|  |  |
| --- | --- |
| Document dela Banque Mondiale**POUR USAGE OFFICIEL SEULEMENT**Rapport N° : PAD1752ASSOCIATION INTERNATIONALE DE DÉVELOPPEMENT DOCUMENT D'ÉVALUATION DE PROJET CONCERNANT LES DONS PROPOSÉS ÀLA RÉPUBLIQUE DE GUINÉE POUR UN MONTANT DE 7,1 MILLIONS DE DST (ÉQUIVALANT À 10 MILLIONS DE DOLLARS US), LA RÉPUBLIQUE DE SIERRA LEONE POUR UN MONTANT DE 7,1 MILLIONS DE DST (ÉQUIVALANT À 10 MILLIONS DE DOLLARS US), ET À LA COMMUNAUTÉ ÉCONOMIQUE DES ÉTATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST (CEDEAO) POUR UN MONTANT de 14,2 MILLIONS DE DST (ÉQUIVALANT À 20 MILLIONS DE DOLLARS US)ET LES CRÉDITS PROPOSÉS ÀLA RÉPUBLIQUE DE GUINÉE POUR UN MONTANT DE 14,2 MILLIONS DE DST (ÉQUIVALANT 20 MILLIONS DE DOLLARS US), LA RÉPUBLIQUE DE SIERRA LEONE POUR UN MONTANT DE 26,4 MILLIONS DE DST (ÉQUIVALANT À 30 MILLIONS DE DOLLARS US), LA RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL POUR UN MONTANT DE 14,2 MILLIONS DE DST (ÉQUIVALANT À 20 MILLIONS DE DOLLARS US)

|  |
| --- |
| ET UN FONDS FIDUCIAIRE MULTIDONATEURS DU MINISTÈRE CANADIEN DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES, DU COMMERCE ET DU DÉVELOPPEMENT POUR UN MONTANT DE 4,06 MILLIONS DE DOLLARS US POUR LA COMMUNAUTÉ ÉCONOMIQUE DES ÉTATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST |

POUR UNPROJET RÉGIONAL D'AMÉLIORATION DES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DES MALADIES EN AFRIQUE DE L'OUEST (PREMIÈRE PHASE D'UNE SÉRIE DE PROJETS)Le 6 juin, 2016*Pratique mondiale - Santé, Nutrition et Population (GHNDR)**Pratique Mondiale - Agriculture et Alimentation (GFADR)**Région Afrique*  |

|  |
| --- |
| La distribution de ce document est limitée. Il ne peut être utilisé par ses destinataires que dans le cadre de l’exercice de leurs fonctions officielles. Son contenu ne saurait par ailleurs être divulgué sans l'autorisation de la Banque mondiale. |

TAUX DE CHANGE

(Taux de change effectif au 30 avril 2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unité monétaire  | =  | FCFA, GNF, SLL, |
| 576 (FCFA), 7 555 (GNF); 3 948,04 (SLL) | = | 1 USD |
| USD | = | DST 1 = 0,70555199 |
| USD | = | EUR 1 = 0,87738539 |

EXERCICE FISCAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1er janvier | – | 31 décembre |

**SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

ACA Analyse coûts-avantages

ACDI Agence canadienne de développement international

ACGF *Africa Catalytic Growth Fund*/Fonds catalyseur de croissance en Afrique

AFENET Réseau Africain d'Épidémiologie de Terrain

AGPM Avis général de passation de marché

AMI Avis à manifestation d'intérêt

AOI Appel d'offres international

AON Appel d'offres national

APPM Avis particulier de passation de marché

ASSL Audit Service Sierra Leone

BAfD Banque Africaine de développement

BIRD Banque internationale pour la reconstruction et le développement

BM Banque mondiale

CAE Communauté d'Afrique de l'Est

CCISD Centre de coopération internationale en santé et développement

CCPM Centres pour le contrôle et la prévention des maladies

CDCN Centre de contrôles des maladies du Nigéria

CEA Centre d’excellence africain

CEDEAO Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest

CEDEAO-CRSA Centre régional de santé animale de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest

CERC *Contingent Emergency Response Component*/Composante d'intervention d'urgence contingente

CGES Cadre de gestion environnementale et sociale

CHAMPS *Child Health and Mortality Prevention Surveillance*/Surveillance de la santé et de

 la prévention de la mortalité infantile

CMI Corps médical international

CORDS *Connecting Organizations for Regional Disease Surveillance*/Réseaux

 d’organisations pour la surveillance régionale des maladies

COU Centre des opérations d'urgence

CPN Comité de pilotage national

CPR Cadre de politique de réinstallation

CPR Comité de pilotage régional

CRPLM Centre régional de prévention et de contrôle des maladies (de la CEDEAO)

CRSA *Regional Animal Health Center*/Centre Régional de Santé Animale

CSP Stratégie de partenariat pays

CSU Couverture de santé universelle

DGFMS Direction de la gestion financière du Ministère de la Santé

DGS Direction Générale de la Santé

DON *Disease Outbreak Notification*/Notification de foyer de maladie

DSR *Disease Surveillance and Response/*Surveillance des maladies et réponse

EAPHLNP *East Africa Public Health and Laboratory Networking Project/Projet Régional de Mise en Réseau de Laboratoires de Santé Publique en Afrique de l'Est*

ECTAD *Emergency Centre for Transboundary Animal Diseases*/Centre d'urgence pour les maladies animales transfrontalières

EDS Enquêtes de démographie et de santé

ÉE Évaluation environnementale

EERP *Ebola Emergency Response Project*/Projet d’intervention d’urgence en cas d’Ébola

EIR Équipe d'intervention rapide

EIR Équipe multidisciplinaire d'intervention rapide

EISMV École Inter-États des Sciences et Médecine Vétérinaires de Dakar

EPT *Emerging Pandemic Threat*/Menace émergente de pandémie

EPT2 Menaces émergentes de pandémie 2

EROM *Emergency Response Operating Manual*/Manuel des opérations d'intervention en cas d'urgence

ESS *Epidemio Surveillance System* /Systèmes d’épidémiosurveillance

ESSAF *Environmental and Social Screening and Assessment Framework*/Cadre de tamisage environnemental et social

FA Fièvre aphteuse

FAO *Food and Agriculture Organization of the United Nations*/Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

FBMG Fondation Bill et Melinda Gates

FCFA Franc de la Communauté Financière Africaine

FELTP *Field Epidemiology and Laboratory Training Program*/ Programme de Formation en Epidémiologie d’Intervention et Gestion de Laboratoire

FETP *Field Epidemiology Training Program*/Programme de formation à l’épidémiologie de terrain

FFMD Fonds fiduciaire multidonateurs

FFPM Forces, faiblesses, possibilités et menaces

FVR Fièvre de la Vallée du Rift

GAC Gouvernance et lutte contre la corruption/Governance and Anti-Corruption

GBM Groupe de la Banque Mondiale

GFATM Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose, le paludisme/Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

GF-TAD *FAO/OIE Global Framework for the Progressive Control of Transboundary Animal Diseases*/Cadre mondial OIE-FAO pour le contrôle progressif des maladies animales transfrontières

GGE *Gross Government Expenditure*/Dépenses publiques brutes

GHSA *Global Health Security Agenda*/Programme de sécurité sanitaire mondiale

GIE Groupe indépendant d'évaluation

GNF Francs guinéens

GNUD Groupe des Nations unies pour le développement

GPAI *Global Program for Avian Influenza Control and Human Pandemic Preparedness and Response*/Programme mondial pour le contrôle de l'influenza aviaire et les plans d'intervention en cas de pandémie humaine

H5N1 Influenza aviaire de souche H5N1

IA Influenza aviaire

IAHP Influenza aviaire hautement pathogène

IDA *International Development Agency* /Assocation internationale de développement

IFC *International Financial Corporation*/Société financière internationale

IFMIS *Integrated Financial Management Information System/*Système d'information de gestion financière intégrée (IFMIS)

IHA Influenza aviaire et humaine

IHPAU *Integrated Health Project Administration Unit*/Unité intégrée d’administration des projets de santé

IJS Indemnité journalière de subsistance

ILRI *International Livestock Research Institute*/Institut international de recherche sur l’élevage

IPC Prévention et contrôle des infections

IPF *Investment Project Financing*/Financement de projet d’investissement

ISR *Implementation Status Report*/Compte rendu de l'état de la mise en œuvre des projets en cours

ISRA Institut Sénégalais de Recherches Agricoles

JEE *Joint External Evaluation*/Évaluation externe conjointe

JICA *Japan International Cooperation Agency*/Agence japonaise de coopération internationale

MAER Ministère de l'Agriculture et de l'Équipement Rural

MAFSA Ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Sécurité Alimentaire

MAT Maladies animales transfrontières

MCMC *Markov Chain Monte Carlo*/Méthode de Monte-Carlo par chaînes de Markov

MDA Ministère de l'Agriculture

MDBS *Mekong Basin Disease Surveillance*/Surveillance des maladies du bassin du Mékong

MECIDS *Middle East Consortium for Infectious Disease Surveillance*/Consortium du Moyen-Orient pour la surveillance des maladies infectieuses

MEDD Ministère de l'Environnement et du Développement Durable

MEP Manuel d’exécution du projet

MEPA Ministère de l'Élevage et de la Production Animale

MERS Syndrome respiratoire Moyen-Orient

MERS-CoV *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*/Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient

MICR Mécanisme intégré de coordination régionale pour la prévention et le contrôle des maladies animales transfrontalières et des zoonoses en Afrique

MIR Maladies infectieuses émergentes

MITS *Minimally Invasive Tissue Sampling*/Prélèvement minimalement invasif de tissus autopsiés

MRG Mécanisme de règlement des griefs

MSA Ministère de la Santé et de l'Assainissement (Sierra Leone)

MSAS Ministère de la Santé et de l'Action Sociale/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales

MSP Ministère de la Santé Publique/Ministère de la Santé et de la Prévention

MT Maladies transmissibles

MTN Maladies tropicales négligées

MVE Maladie à virus Ébola

N-UPC *National Project Coordination Unit*/Unité de coordination nationale du projet

ODD Objectifs de développement durable

ODP Objectif de développement du projet

OIE *World Organization for Animal Health/*Organisation mondiale de la santé animale

OMS Organisation mondiale de la santé

OMS Afrique Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique

OMS/IST/AO Organisation mondiale de la santé - Équipes d'appui inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest

ONG Organisation non-gouvernementale

ONU Nations unies

OOAS Organisation Ouest Africaine de la santé

OSC Organisation de la société civile

PA Protocole d'accord

PACE Programme panafricain pour le contrôle des épizooties

PAR Plan d'action de réinstallation

PASSP Projet d’Amélioration des Services de Santé Primaires

PATH *Program for Appropriate Technology in Health/*Programme de technologie appropriée en Santé (PATH)

PB Procédure de la Banque

PDGM Plan de gestion des déchets médicaux

PFSN Projet de financement Santé et Nutrition

PGD Plan de gestion des déchets médicaux

PGDM Plan de gestion des déchets médicaux

PGES Plan de gestion environnementale et sociale

PGIV Plan de gestion intégrée des pestes et vecteurs

PGS Plan de gestion sociale

PIB Produit intérieur brut

PNAI Plan national d'action intégré

PNUD Programme des Nations unies pour le développement

PNUE Programme des Nations unies pour l'environnement

PO Politique opérationnelle

PPA Peste porcine africaine

PPCB Péripneumonie contagieuse bovine

PPR Peste des Petits Ruminants

PRAPS Projet régional d'appui au pastoralisme au Sahel

PSV Performance des services vétérinaires

PTA Plan de travail annuel

RAM Résistance aux antimicrobiens

RDSR *Regional Disease Surveillance and Response*/Surveillance des maladies régionales et de la riposte

REDISSE *Regional Diseases Surveillance Systems Enhancement*/Projet Régional de Renforcement des Systèmes de Surveillance des Maladies

RESEPI *Regional Network of National Epidemio surveillance Systems*/Réseau régional des systèmes d’épidémiosurveillance nationaux pour l'IAHP et autres maladies prioritaires

RESOLAB *Veterinary Laboratory Network for Avian Influenza and other Transboundary Animal Diseases in West-Africa*/Réseau des laboratoires vétérinaires de diagnostic de l’influenza aviaire et autres maladies transfrontalières en Afrique de l'Ouest

RF *Results Framework*/Cadre de résultats

RHAC *Recovery Health Access Center*/Centre d'accès à la récupération de la santé

RHS Ressources humaines en matière de santé

RIAS *Regional Integration Assistance Strategy*/Stratégie d'aide à l'intégration régionale

RSI Règlement sanitaire international

R-UPC *REDISSE Project Coordination Unit*/Unité de Coordination du projet REDISSE

S&E Suivi et évaluation

SACIDS *Middle East Consortium for Infectious Disease Surveillance*/Centre Sud-Africain pour la surveillance des maladies infectieuses

SAML Société africaine pour la médecine de laboratoire

SdP Série de projets

SESFP Points focaux en matière de protection sociale et environnementale

SIG Système d'information géographique

SIGS Systèmes d'information de gestion de la santé

SIMR Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte

SIS Système d'information sanitaire

SLL *Sierra Leonean Leones* /Leone sierra-léonais

SRAS Syndrome respiratoire aigu sévère

SRG Service de règlement des griefs

SWEDD *Sahel Women Economic Empowerment and Demographic Dividend project*/Projet d'autonomisation des femmes du Sahel et de dividende démographique

TAA Trypanosomiase animale africaine

TB Tuberculose

TIC Technologies de l'information et de la communication

ToR Termes de référence

UA Union africaine

UA-BIRA Bureau interafricain des ressources animales de l'Union africaine

UB Unité de bétail

UEMOA Union économique et monétaire ouest-africaine

UEP Unité d'exécution du projet

UFM Union du fleuve Mano

R-UMOP Unité de mise en œuvre du projet régional

UNDB *United Nations Development Business*/Développement des Affaires de l'ONU

UPC *National Project Coordination Unit*/Unité de Coordination Nationale du projet

US CDC *United States Centers for Disease Control and Prevention*/Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis

USA États-Unis

USAID United States Agency for International Development/Agence des États-Unis pour le développement international

USPPI Urgence de santé publique de portée internationale

V-FEPT *Veterinarian Field Epidemiology Training Program*/Programme de formation en épidémiologie vétérinaire de terrain

WANIDS *West-African Network of Infectious Diseases Surveillance*/Réseau ouest-africain de surveillance des maladies infectieuses

WARDS *West-Africa Regional Disease Surveillance Project*/Projet régional de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vice-président régional : |  | Makhtar Diop  |
| Directeur des opérations dans le pays : |  | Rachid Benmessaoud  |
| Directeurs principaux/Pratiques mondiales : |  | Timothy Grant Evans/Juergen Voegele |
| Responsables de Pratique/Managers : |  | Trina S. Haque/Simeon Kacou Ehui |
| Chefs d'équipe du projet : |  | John Paul Clark/Hadia Nazem Samaha/Nicaise Bleoue Ehoue |

**PROJET RÉGIONAL DE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DES MALADIES**

**EN AFRIQUE DE L'OUEST**

**SOMMAIRE**

[I. CONTEXTE STRATÉGIQUE 1](#_Toc455499881)

[A. Contexte régional 1](#_Toc455499882)

[B. Contexte sectoriel et institutionnel 5](#_Toc455499883)

[C. Objectifs de haut niveau auxquels le projet apporte sa contribution 12](#_Toc455499884)

[II. APPROCHE PROGRAMMATIQUE DU REDISSE 13](#_Toc455499885)

[III. OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU PROJET 14](#_Toc455499886)

[A. Objectifs de développement du projet (ODP) 14](#_Toc455499887)

[B. Bénéficiaires du projet 15](#_Toc455499888)

[C. Indicateurs des niveaux de résultats de l'ODP 15](#_Toc455499889)

[IV. DESCRIPTION DU PROJET 16](#_Toc455499890)

[A. Les composantes du projet 16](#_Toc455499891)

[B. Financement de projets 23](#_Toc455499892)

[C. Série des objectifs et des phases du projet 24](#_Toc455499893)

[D. Enseignements tirés et intégrés dans la conception du projet 24](#_Toc455499894)

[V. MISE EN ŒUVRE 26](#_Toc455499895)

[A. Dispositifs institutionnels et dispositifs de mise en œuvre 26](#_Toc455499896)

[B. Suivi et évaluation des résultats 29](#_Toc455499897)

[C. Durabilité 30](#_Toc455499898)

[VI. PRINCIPAUX RISQUES 32](#_Toc455499899)

[A. Tableau résumant la notation des risques 32](#_Toc455499900)

[B. Explication générale des risques 33](#_Toc455499901)

[VII. RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION 33](#_Toc455499902)

[A. Analyse économique et financière 33](#_Toc455499903)

[B. Technique 37](#_Toc455499904)

[C. Gestion financière 39](#_Toc455499905)

[D. Passation de marchés 40](#_Toc455499906)

[E. Social (y compris les protections) 41](#_Toc455499907)

[F. Environnement (y compris les protections) 41](#_Toc455499908)

[G. Consultation et participation du public et engagement citoyen 42](#_Toc455499909)

[H. Modalités de mise en œuvre de mesures sociales et environnementales (y compris les protections) 42](#_Toc455499910)

[I. Règlements des griefs de la Banque mondiale 43](#_Toc455499911)

[Annexe 1 : Cadre des Résultats et Suivi 44](#_Toc455499912)

[Annexe 2 : Description du projet 65](#_Toc455499913)

[Annexe 3 : Modalités de mise en œuvre 98](#_Toc455499914)

[Annexe 4 : Plan d'appui à la mise en œuvre 147](#_Toc455499915)

[Annexe 5A : Analyse économique et financière 151](#_Toc455499916)

[Annexe 5B : Références 170](#_Toc455499917)

[Annexe 5C : Flambées de maladies chez l’homme par maladie et par pays d’Afrique de l’Ouest (données d’après Bogich et coll. 2012.) 172](#_Toc455499918)

[Annexe 5D : Taux de rendement prévus des investissements dans la prévention 173](#_Toc455499919)

[Annexe 6 : Outil Systématique de Notation des Risques Opérationnels (SORT) 174](#_Toc455499920)

[Annexe 7 : Harmonisation avec d'autres projets soutenus par la Banque mondiale et d'autres partenaires 178](#_Toc455499921)

[Annexe 8 : Cadre renforcé de reddition des comptes du projet 190](#_Toc455499922)

**TABLEAUX :**

[Tableau 1 : Indice de développement humain et composantes sélectionnées 2](#_Toc455499936)

[Tableau 2 : Taux de pauvreté par habitant gagnant 1,90 USD par jour (2011 PPA) 4](#_Toc455499937)

[Tableau 3 : Indicateurs-clés du financement de la santé dans trois pays en 2012 6](#_Toc455499938)

[Tableau 4 : État de l'avancement de la mise en œuvre des processus PSV 9](#_Toc455499939)

[Tableau 5 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1 70](#_Toc455499940)

[Tableau 6 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1 74](#_Toc455499941)

[Tableau 7 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1 78](#_Toc455499942)

[Tableau 8 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1 81](#_Toc455499943)

[Tableau 9 : Approche progressive possible vers la mise en œuvre de « Une seule santé » au niveau national 83](#_Toc455499944)

[Tableau 10 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1 86](#_Toc455499945)

[Tableau 11 : Ventilation du budget de l’IDA par pays 87](#_Toc455499946)

[Tableau 12 : Ventilation du budget proposé par composante 88](#_Toc455499947)

[Tableau 13 : Résumé des conclusions de l’étude bibliographique des observations de la valeur et de l’impact de la mise en réseau régionale dans la surveillance et la réaction aux maladies. 94](#_Toc455499948)

[Tableau 14 : Dispositions Comptables 108](#_Toc455499949)

[Tableau 15 : Comptes bancaires désignés et comptes du projet 109](#_Toc455499950)

[Tableau 16 : Plan d’action de gestion financière 115](#_Toc455499951)

[Tableau 17 : Seuils\*, méthodes de passation de marchés et examen préalable 125](#_Toc455499952)

[Tableau 18 : Plan d’action d’évaluation et d’atténuation des risques 131](#_Toc455499953)

[Tableau 19 : Appui à la mise en œuvre tout au long de la durée du projet 148](#_Toc455499954)

[Tableau 20 : Probabilités annuelles de flambée de chaque catégorie de maladies 157](#_Toc455499955)

[Tableau 21 : Coûts estimés de la mise aux normes OIE et OMS des systèmes de surveillance et de réaction - Pays d’Afrique de l’Ouest (USD) 161](#_Toc455499956)

[Tableau 22 : Impacts économiques prévus - Afrique de l’Ouest, 50 ans, 166](#_Toc455499957)

[Tableau 23 : Rapport annuel avantages/coûts, non cumulé - Afrique de l’Ouest, 5 ans, 100 % d’effort de prévention, USD annuels 166](#_Toc455499958)

[Tableau 24 : Estimations des impacts en termes de pertes évitées d’UB 169](#_Toc455499959)

**FIGURES :**

[Figure 1 : Liens entre l’action communautaire, la surveillance et l’intervention régionale 68](#_Toc455499960)

[Figure 2 : ECOWAS/CEDEAO - Dispositions institutionnelles régionales 99](file:///C%3A%5CUsers%5Cvhaou%5CDocuments%5C1A-Xlations%5C2016%20-%20Current%20Projects%5CWorld%20Bank%5CWorld%20Bank%207%20-%20PAD%20Consolidation%5CA%2B%2B%20-%20Reviewed%20and%20finalized%5CA%20-%20ALL%20French%20Final%20Cover%20to%20A8.docx#_Toc455499961)

[Figure 3 : Dispositions institutionnelles de la Guinée 101](#_Toc455499962)

[Figure 4 : Dispositions institutionnelles pour le Sénégal 101](#_Toc455499963)

[Figure 5 : Mouvements de fonds du Sénégal 103](#_Toc455499964)

[Figure 6 : Dispositions institutionnelles du Sierra Leone 104](#_Toc455499965)

[Figure 7 : Schéma des flux de fonds 110](#_Toc455499966)

[Figure 8 : Le contrôle précoce des maladies zoonotiques est rentable et 154](#_Toc455499967)

[Figure 9 : Grands mécanismes de l’impact économique à court terme 159](#_Toc455499968)

[Figure 10 : Répartition du nombre prévu de flambées de maladies sur 50 ans 163](#_Toc455499969)

[Figure 11 : Répartition des pertes économiques prévues en raison de flambées de maladies sur 50 ans en Afrique de l’Ouest 165](#_Toc455499970)

[Figure 12 : Retour sur investissement pour le REDISSE 167](#_Toc455499971)

|  |
| --- |
| . |
| **FICHE DE DONNÉES** |
| *Afrique* |
| *Projet Régional de Renforcement des Systèmes de Surveillance des Maladies (REDISSE) (P154807)* |
| **DOCUMENT D'ÉVALUATION DE PROJET**  |
| . |
| *AFRIQUE* |
| *0000009322* |
|
| Rapport N° : PAD1752 |
| . |
| **Informations de base**  |
| Numéro du Projet | Catégorie Environnementale | Chef(s) d'équipe |
| P154807  | B - Évaluation partielle  | John Paul Clark, Bleoue Nicaise Ehoue, Hadia Nazem Samaha  |
| Instrument de prêt  | Fragilité et/ou contraintes au niveau des capacités [ ] |
| Financement de projet d’investissement  | Intermédiaires financiers [ ] |
|  | Série de projets [X]  |
| Date du début de la mise en œuvre du projet | Date de clôture de la mise en œuvre du projet |
| 27-juin-2016 | 31-janv-2023 |
| Date prévue d’entrée en vigueur | Date prévue de clôture  |
| 30-nov-2016 (Sénégal et Sierra Leone)30-oct-2016 (Guinée) | 31-janv-2023 |
| Participation IFC  |  |  |
| Non |  |  |
| Responsable de Pratique/Manager | Directeur principal/Pratiques mondiales  | Directeur des opérations dans le pays  | Vice-président régional  |
| Trina S. Haque  | Timothy Grant Evans  | Rachid Benmessaoud  | Makhtar Diop  |
| . |
| Emprunteur : |
| République de Sierra LeoneContact : Mr. Momodu L. Kargbo Titre : Ministre, Ministère de l'économie et des financesN ° de téléphone : 232 22 222 211 Email : acole@mofed.gov.slRépublique du SénégalContact : Mr. Maye Diouf Titre : Chargé de ProgrammeN ° de téléphone : 221 33 823 70 92 Email : mayediouf@hotmail.comRépublique de GuinéeContact : Madame Malado Kaba Titre: Ministre, Ministère de l'Économie et des Finances N ° de téléphone : 244 43108230 Email: sp.srp@sotelgui.net |
| Agence responsable : OOAS  |
| Contact :  | Dr Xavier Crespin  |  | Titre : Directeur général  |
| N ° de téléphone : | (226) 20 97 57 72 |  | Email : wahooas@wahooas.org  |
| . |
| **Données financières du Projet (en millions d'USD)** |
| [ ] | Prêt  | [ X ]  | Don IDA | [ ] | Garantie |
| [ X ]  | Crédit  | X  | Don | [ ] | Autre |
| Coût total du projet : | 114.06 | Financement total de la Banque : | 110.00 |
| Écart de financement : | 0.00 |  |
| . |
| **Source de financement :** | **Montant** |
| EMPRUNTEUR/BÉNÉFICIAIRE | 0.00 |
| Association internationale de développement (IDA)  | 70.00 |
| Don IDA | 40.00 |
| CANADA Agence canadienne de développement international (ACDI) | 4.06 |
| Total | 114.06 |
| . |
| **Décaissements prévus (en millions d'USD)**  |
| Exercice fiscal  | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Annuel  | 8.00 | 15.00 | 20.00 | 20.00 | 22.00 | 20.00 | 5.00 |
| Cumulatif | 8.00 | 23.00 | 43.00 | 63.00 | 85.00 | 105.00 | 110.00 |
| . |
| **Données institutionnelles** |
| **Domaine de pratique (principal)** |
| Santé, Nutrition et Population  |
| **Domaines de pratique contributeurs** |
| Agriculture |
| **Domaines transversaux** |
| [X]  | Changement climatique  |
| [X]  | Fragilité, conflits et violence |
| [ ] | Genre |
| [ ] | Emplois  |
| [ ] | Partenariat public-privé  |
| **Secteurs/Changement climatique** |
| Secteurs (5 au maximum et le % total doit être égal à 100) |
| Secteur principal  | Secteur  | % | Avantages connexes à l'adaptation % | Avantages connexes à l'atténuation % |
| Santé et autres services sociaux  | Santé  | 50 | 10 |  |
| Santé et autres services sociaux  | Autres services sociaux  | 30 |  |  |
| Agriculture, pêche et sylviculture | Production animale | 20 | 10 |  |
| Total | 100 |
|  Je certifie qu’il n’existe aucune information concernant des avantages connexes en matière d'adaptation et d'atténuation liées au changement climatique applicables à ce projet. |
| . |
| **Thèmes**  |
| Thème (5 au maximum et le % total doit être égal à 100) |
| Thème principal | Thème  | % |
| Développement humain  | Autres maladies transmissibles  | 40 |
| Développement humain  | Performance du système de santé  | 40 |
| Développement rural  | Infrastructures et services ruraux  | 15 |
| Développement rural  | Politiques et institutions rurales | 5 |
| Total | 100 |
| . |
| **Objectif(s) de développement proposé(s)** |
| Les objectifs du Projet sont les suivants : (i) renforcer la capacité intersectorielle nationale et régionale pour assurer une meilleure collaboration en matière de surveillance des maladies et de préparation aux épidémies en Afrique de l'Ouest ; (ii) en cas de crise ou d'urgence éligible, fournir une réponse immédiate et efficace à ladite crise ou urgence éligible. |
| . |
| **Composantes** |
| **Nom de la composante** | **Coût (millions d'USD)** |
| Composante 1 : Systèmes de surveillance et d'information  | 27.91 |
| Composante 2 : Renforcement des capacités des laboratoires  | 17.03 |
| Composante 3 : Préparation et intervention en cas d'urgence  | 25.96 |
| Composante 4 : Gestion des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies.  | 14.10 |
| Composante 5 : Renforcement des capacités institutionnelles, gestion de projet, coordination et plaidoyer/défense des intérêts. | 29.06 |
| . |
| **Outil Systématique de Notation des Risques Opérationnels (SORT)** |
| **Catégorie de risques**  | **Notation**  |
| 1. Politique et gouvernance  | Substantiel  |
| 2. Macroéconomie  | Substantiel  |
| 3. Stratégies et politiques sectorielles  | Modéré  |
| 4. Conception technique du projet ou du programme  | Substantiel  |
| 5. Capacités institutionnelles pour la mise en œuvre et la durabilité  | Élevé |
| 6. Fiduciaire  | Substantiel  |
| 7. Environnemental et social  | Substantiel  |
| 8. Parties prenantes  | Substantiel  |
| 9. Autre |  |
| **GLOBAL**  | Substantiel  |
| . |
| **Conformité**  |
| **Politique** |
| Le projet déroge-t-il à la SAP dans son contenu ou sur d’autres considérations importantes ?  | Oui | [ ] | Non | [ X ]  |
| . |
| Le projet nécessite-t-il des dérogations à certaines politiques de la Banque ? | Oui | [ ] | Non | [ X ]  |
| Ont-elles été approuvées par la direction de la Banque ? | Oui | [ ] | Non | [ ] |
| Une éventuelle exemption a-t-elle été soumise à l’approbation du Conseil ? | Oui | [ ] | Non | [ X ]  |
| Le projet répond-il aux critères régionaux quant à la préparation de la mise en œuvre ? | Oui | [ X ]  | Non | [ ] |
| . |
| **Politiques de protection déclenchées par le Projet** | **Oui** | **Non** |
| Évaluation environnementale OP/BP 4.01 | **X**  |  |
| Habitat naturel OP/BP 4.04 |  | **X**  |
| Forêts OP/BP 4.36 |  | **X**  |
| Lutte antiparasitaire OP 4.09 | **X**  |  |
| Ressources culturelles physiques OP/BP 4.11 |  | **X**  |
| Populations autochtones OP/BP 4.10 |  | **X**  |
| Réinstallation involontaire OP/BP 4.12 |  | **X**  |
| Sécurité des barrages OP/BP 4.37 |  | **X**  |
| Projets sur les voies d'eaux internationales OP/BP 7.50 |  | **X**  |
| Projets en zones de litige OP/BP 7.60 |  | **X**  |
| . |
| **Clauses légales** |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Sierra Leone : Comité interministériel |  | 28-fev-2017 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I. A.2. Le Bénéficiaire doit établir au sein du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSA) , au plus tard dans les trois (3) mois suivant la date d'entrée en vigueur, un comité interministériel qui sera responsable de la surveillance des maladies, de la préparation et de la riposte aux épidémies et qui sera en charge de fournir l'orientation de la politique et de la supervision du projet et de déterminer la répartition du financement du projet. Le Comité interministériel sera présidé par le Ministre de la Santé et de l’Hygiène Publique du Bénéficiaire et co-présidé par le Ministre de l’Agriculture, des Forêts et de la Sécurité Alimentaire ; les pouvoirs, le rôle et le détail de sa composition sont décrits dans le Manuel d’exécution du projet du Bénéficiaire, le tout devant être acceptable à l'Association. |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Sierra Leone : Comité de pilotage national |  | 28-fev-2017 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I.A.3. Le Bénéficiaire doit : (i) au plus tard dans les (3) mois suivant la date d'entrée en vigueur, établir au sein du MSA ; et (ii) par la suite, maintenir pendant la mise en œuvre du projet, un Comité « Une seule santé » qui fera fonction d'organe consultatif et d'organe de supervision quant au programme national de surveillance, de préparation et de réponse aux maladies, dont le projet doit faire partie intégrante. Le Comité « Une seule santé » est présidé par le médecin-chef du Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique du Bénéficiaire et co-présidé par le chef des services de l'Agriculture du Ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Sécurité Alimentaire du Bénéficiaire, et doit inclure d'autres ministères, départements et agences concernés ainsi que de hauts représentants des partenaires donateurs. Le Comité «Une seule santé » ainsi établi fera fonction de Comité directeur national et sera investi de la responsabilité, entre autres, de superviser la planification annuelle des activités du projet et le suivi de la mise en œuvre du projet. Le Comité « Une seule santé » se réunira au moins une fois par mois pour procéder, entre autres, à l'examen et à l'approbation de l'avant-projet du Programme de travail et du budget annuels (PTBA) et à l'approbation du rapport annuel qui sera préparé par le coordinateur du projet au plus tard le 31 octobre de chaque année, et pour assurer le suivi et évaluer les progrès accomplis dans la réalisation du PTBA précédent. |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Sierra Leone : Manuel d’exécution du projet |  | 28-fev-2017 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I.E.(b). Le Bénéficiaire doit, au plus tard dans les trois (3) mois suivant la date d'entrée en vigueur, réviser et mettre à jour le Manuel d'exécution du projet sous une forme et selon un contenu jugés satisfaisants par l'Association. |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Sénégal : Comité de pilotage national |  | 28-fev-2017 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I.A.2. Le Bénéficiaire, par l'entremise du cabinet de son Premier Ministre, doit créer, au plus tard dans les trois mois suivant la date d'entrée en vigueur, et par la suite maintenir tout au long de la mise en œuvre du projet, le Comité de pilotage multisectoriel du Programme de sécurité sanitaire mondiale au Sénégal, avec le concours de son secrétariat exécutif et d'un comité technique multisectoriel, tous épaulés par un personnel qualifié, expérimenté et en nombre suffisant, et selon des Termes de référence jugés satisfaisants par l'Association pour assurer la fonction de Comité directeur national et être investis de la responsabilité de superviser la planification annuelle des activités du projet ainsi que le suivi de la mise en œuvre du projet, y compris la préparation par le coordinateur du projet d'un rapport annuel portant sur la mise en œuvre du programme de travail et budget annuels précédents (PTBA) au plus tard le 31 octobre de chaque année. Le Comité national de pilotage sera présidé par le Premier Ministre du Bénéficiaire ; il devra comprendre, entre autres, des représentants du MSAS, du Ministère de l'Élevage et de la Protection des Animaux, du Ministère de l'Agriculture et de l'Équipement Rural, et le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable. Le Comité de pilotage national se réunira au moins deux fois par exercice fiscal pour procéder, entre autres, à l'examen et à l'approbation de l'avant-projet du PTBA et à l'approbation du rapport annuel qui sera préparé par le coordinateur du projet au plus tard le 31 octobre de chaque année, et pour assurer le suivi et évaluer les progrès accomplis dans la réalisation du PTBA précédent. |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Sénégal : Unité de coordination du projet |  | 28-fev-2017 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I.A.3. Le bénéficiaire devoitra maintenir, tout au long de la mise en œuvre du projet et au sein du Ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS), l'Unité de coordination du projet dirigée par le coordinateur du Projet, selon les termes de référence et avec l'appui d'un personnel qualifié, expérimenté et en nombre suffisant, tous jugés satisfaisants par l'Association, assurant ainsi que l'UCP supervise et prend toutes les mesures nécessaires pour assurer une coordination et une gestion des activités du projet appropriées et conformes aux dispositions du présent Accord, y compris, sans s'y limiter : (i) en général, la coordination et la gestion des crédits et la réalisation de l'acquisition, du suivi, de l'évaluation et des fonctions de reporting ; et (ii) en particulier, le transfert des fonds de crédits et le suivi de l'utilisation du produit des crédits par d'autres ministères et partenaires d'exécution. À ces fins, le Bénéficiaire doit, au plus tard trois (3) mois après la date d'entrée en vigueur, recruter pour l'UCP un (1) spécialiste en passation de marchés, un (1) spécialiste en gestion financière, un (1) agent de suivi et d'évaluation, et un (1) spécialiste de la protection, tous répondant aux termes de référence et possédant les qualifications et une expérience jugées satisfaisantes par l'Association. |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Sénégal : Manuel d’exécution du projet |  | 28-fev-2017 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I.E.(b). Le Bénéficiaire doit, au plus tard dans les trois (3) mois suivant la date d'entrée en vigueur, réviser et mettre à jour le Manuel d'exécution du projet sous une forme et selon un contenu jugés satisfaisants par l'Association. |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Guinée : Comité de pilotage national |  | 31-janv-2017 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I.A.2. Le bénéficiaire, doit; (i) au plus tard dans les trois (3) mois suivant la date d'entrée en vigueur, confier la supervision générale du projet au Comité de pilotage national ; et (ii) maintenir par la suite, tout au long de la mise en œuvre du projet, conformément aux termes de référence et avec le soutien d'un personnel qualifié, expérimenté et en nombre suffisant, tous jugés satisfaisants par l'Association, ledit Comité de pilotage national multisectoriel étant investi de la responsabilité de superviser la planification annuelle des activités du Projet ainsi que la mise en œuvre du projet, y compris la préparation par le coordinateur du Projet d'un rapport annuel portant sur la mise en œuvre du précédent PTBA au plus tard le 31 octobre de chaque année. Le Comité national de pilotage est présidé par le Secrétaire Général du MSP, co-présidé par le Secrétaire général de MOLAP, et sa composition doit comprendre des administrateurs du MSP, de MOLAP, du Ministère des Finances du bénéficiaire et des partenaires de développement. Le Comité de pilotage national se réunira au moins deux fois par exercice fiscal pour procéder, entre autres, à l'examen et à l'approbation de l'avant-projet du PTBA et à l'approbation du rapport annuel qui sera préparé par le coordinateur du projet au plus tard le 31 octobre de chaque année, et pour assurer le suivi et évaluer les progrès accomplis dans la réalisation du PTBA précédent. |
| **Nom**  | **Récurrent**  | **Date d'échéance**  | **Fréquence** |
| Guinée : Manuel d’exécution du projet |  | 30-nov-2016 |  |
| **Description de la clause** |
| APPENDICE 2. SECTION I.E.(b). Le Bénéficiaire doit, au plus tard dans le mois (1 mois) suivant la date d'entrée en vigueur, réviser et mettre à jour le Manuel d'exécution du projet sous une forme et selon un contenu jugés satisfaisants par l'Association. |
| . |
| **Conditions**  |
| **Source des fonds** | **Nom**  | **Type** |
| IDA  | Conditions concernant la Guinée et le Sénégal | Décaissement |
| **Description des conditions**  |
| SECTION IV.B.1.(b). Aucun retrait ne sera effectué en vertu de Cat 2, jusqu'à ce que/à moins que le bénéficiaire (i) n'ait adopté le PGES et/ou le PGD, et que ces mêmes documents aient fait l'objet de consultations et aient été divulgués conformément aux exigences de l'Association ; et (ii) n'ait vérifié, par le biais de son propre personnel, d'experts extérieurs, ou d'institutions environnementales/sociales existantes, que les activités prévues à la Partie 2.1 répondent aux exigences concernant la gestion de l'environnement, la gestion sociale et la gestion des déchets. |
| **Source des fonds** | **Nom**  | **Type** |
| IDA  | Conditions concernant les pays participants | Décaissement |
| **Description des conditions**  |
| SECTION IV.B.1. (c). Aucun retrait ne sera effectué : pour des dépenses d'urgence en vertu de la Partie 3.3 du Projet, à moins que et jusqu'à ce que l'Association ait obtenu satisfaction, et ait notifié le Pays participant de sa satisfaction, à savoir que l'ensemble des conditions suivantes ont été respectées vis-à-vis desdites dépenses d'urgence. |
| **Source des fonds** | **Nom**  | **Type** |
| IDA  | Conditions concernant la Sierra Leone | Décaissement |
| **Description des conditions**  |
| SECTION IV.B.1. (b). Aucun retrait ne sera effectué en vertu de la Cat 2, jusqu'à ce que/à moins que le Bénéficiaire (i) n'ait vérifié, par le biais de son propre personnel, d'experts extérieurs, ou d'institutions environnementales/sociales existantes, que les activités prévues à la Partie 2.1 répondent aux exigences des autorités nationales et locales en matière de gestion de l'environnement, de gestion sociale et de gestion des déchets, et qu'elles répondent aux procédures d'examen énoncées dans le PGES et/ou le PGD. |
| **Source des fonds** | **Nom**  | **Type** |
| Don IDA | Conditions concernant la CEDEAO | Entrée en vigueur |
| **Description des conditions**  |
| ARTICLE V. 5.01. Les conditions supplémentaires concernant l'entrée en vigueur comportent les éléments suivants, à savoir que l'Accord complémentaire en matière de dons a été signé au nom du Bénéficiaire et de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). |
| **Source des fonds** | **Nom**  | **Type** |
| Don IDA | Conditions concernant la CEDEAO | Entrée en vigueur |
| **Description des conditions**  |
| ARTICLE V. 5.02. Les Questions juridiques supplémentaire (Additional Legal Matter) portent sur les éléments suivants, à savoir que l'Accord complémentaire en matière de dons a été dûment autorisé ou ratifié par le Bénéficiaire et l'OOAS et constitue un accord juridiquement contraignant entre le Bénéficiaire et l'OOAS, conformément aux dispositions qui y sont énoncées. |
| **Source des fonds** | **Nom**  | **Type** |
| Don IDA | Conditions concernant la CEDEAO | Décaissement |
| **Description des conditions**  |
| SECTION IV.B.1 (b). Aucun retrait ne sera effectué en vertu de la Catégorie (2), jusqu'à ce que/à moins que le pays participant sur le territoire duquel il est proposé d'effectuer la Partie 5.2 (iii) du Projet : (i) n'ait adopté le plan de gestion environnementale et sociale (PGES) et/ou un plan de gestion des déchets (PGD), selon le cas, et que ces mêmes documents aient fait l'objet de consultations et aient été divulgués conformément aux exigences de l'Association ; et (ii) n'ait vérifié, par le biais de son propre personnel, d'experts extérieurs, ou d'institutions environnementales/sociales existantes, que les activités prévues à la Partie 5.2 (iii) du Projet répondent aux exigences des autorités nationales et locales en matière de gestion de l'environnement, de gestion sociale et de gestion des déchets, et qu'elles répondent aux procédures d'examen énoncées dans le PGES et/ou le PGD, selon le cas, aux les dispositions de Manuel d’exécution du projet. |
| **Composition de l'équipe**  |
| **Personnel de la Banque** |
| **Nom**  | **Rôle**  | **Titre**  | **Spécialisation**  | **Unité**  |
| John Paul Clark  | Chef d'équipe (Responsable ADM) | Spécialiste principal de la santé | Maladies transmissibles | GHN07  |
| Bleoue Ehoue Nicaise  | Chef d'équipe | Agroéconomiste principal  | Sécurité agricole et alimentaire  | GFA01  |
| Hadia Nazem Samaha  | Chef d'équipe | Responsable principale des opérations | Systèmes de santé et prestations de services | GHN07  |
| Elzbieta Sieminska  | Spécialiste en approvisionnement (Responsable ADM ) | Spécialiste en chef en approvisionnement  | Passation des marchés | GGO01  |
| Daniel Rikichi Kajang  | Spécialiste de la passation de marchés  | Spécialiste principal de la passation de marchés  | Passation des marchés | GGO01  |
| Innocent Kamugisha  | Spécialiste de la passation de marchés  | Spécialiste de la passation de marchés  | Passation des marchés | GGO01  |
| Komana Rejoice Lubinda  | Spécialiste de la passation de marchés  | Spécialiste principal de la passation de marchés  | Passation des marchés | GGO01  |
| Mahamadou Sissoko Bambo  | Spécialiste de la passation de marchés  | Spécialiste principal de la passation de marchés  | Passation des marchés | GGO07  |
| Mamadou Mansour Mbaye  | Spécialiste de la passation de marchés  | Consultant  | Passation des marchés | GGO07  |
| Mamata Tiendrebeogo  | Spécialiste de la passation de marchés  | Spécialiste principal de la passation de marchés  | Passation des marchés | GGO01  |
| Moustapha Ould El Bechir  | Spécialiste de la passation de marchés  | Spécialiste principal de la passation de marchés  | Passation des marchés | GGO07  |
| Bella Diallo | Spécialiste en gestion financière  | Spécialiste principal en gestion financière | Gestion financière  | GGO25  |
| Abdoulaye Touré  | Membre d'équipe  | Agroéconomiste en chef | Agroéconomie  | GFA01  |
| Abimbola Adubi  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de l'agriculture | Agriculture | GFA01  |
| Abou Gueye  | Spécialiste de la protection | Consultant  | Protection sociale | GSU01  |
| Adetunji A. Oredipe  | Membre d'équipe  | Agroéconomiste principal  | Agroéconomie  | GFA01  |
| Aissatou Chipkaou  | Membre d'équipe  | Analyste des opérations | Opérations | GHN07  |
| Akinrinmola Oyenuga Akinyele | Membre d'équipe  | Spécialiste principal en gestion financière | Gestion financière  | GGO25  |
| Amadou Alassane  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de l'agriculture | Sécurité agricole et alimentaire  | GFA01  |
| Amos Abu  | Spécialiste de la protection | Spécialiste principal de l'environnement  | Environnement | GEN07  |
| Ayodeji Oluwole Odutolu  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Santé génésique, maternelle et infantile | GHN07  |
| Benjamin P. Loevinsohn  | Membre d'équipe  | Spécialiste en chef de la santé publique  | Santé publique | GHN07  |
| Brahim Sall  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal du développement rural  | Développement rural  | GFA01  |
| Caroline Aurélie Planté | Membre d'équipe  | Spécialiste de l'élevage  | Élevage | GFA04  |
| Cheick Traoré  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la passation de marchés  | Passation des marchés | GGO07  |
| Cheikh A. T. Sagna | Spécialiste de la protection | Spécialiste principal du développement social | Développement social | GSU01  |
| Christophe Lemière  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Prestations de services de santé | GHN07  |
| Edson Correia Araujo | Membre d'équipe  | Économiste principal | Économie | GHN07  |
| El Hadj Adama Touré  | Membre d'équipe  | Agroéconomiste en chef | Politique agricole | GFA01  |
| Enias Baganizi  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Santé publique | GHN07  |
| Erick Herman Abiassi  | Membre d'équipe  | Agroéconomiste principal  | Agroéconomie  | GFA01  |
| Faly Diallo  | Membre d'équipe  | Directeur financier | Finance et décaissement | WFALN  |
| Francisca Ayodeji Akala  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Santé, Nutrition et Population  | GHN06  |
| François G. Le Gall | Membre d'équipe  | Conseiller  | Santé animale  | GFA01  |
| Haidara Ousmane Diadie  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Santé publique | GHN07  |
| Hardwick Tchale  | Membre d'équipe  | Agroéconomiste principal  | Agroéconomie  | GFA01  |
| Ibrahim Magazi | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Santé publique | GHN07  |
| Isabella Micali Drossos  | Conseiller juridique | Premier conseiller juridique | Juridique | LEGAM |
| Jean-Philippe Tré | Membre d'équipe  | Agroéconomiste principal  | Agroéconomie  | GFA01  |
| Michael Sexton  | Membre d'équipe  | ET Consultant  | Prestations de services de santé | GHN07  |
| Moussa Dieng | Membre d'équipe  | Consultant  | Santé  | GHN07  |
| Ngor Sene | Membre d'équipe  | Spécialiste en gestion financière  | Gestion financière  | GGO13  |
| Nicole Hamon  | Membre d'équipe  | Temporaire  | Soutien opérationnel | GHNDR  |
| Norosoa Andrianaivo | Membre d'équipe  | Assistante principale du programme | Opérations | GHN03  |
| Oluwayemisi Busola Ajumobi  | Membre d'équipe  | Consultant  | Santé  | GHNDR  |
| Patrick Lumumba Osewe | Évaluation par les pairs | Spécialiste principal en matière de santé  | Santé  | GHNDR  |
| Patrick Piker Umah Tete | Membre d'équipe  | Spécialiste principal en gestion financière | Gestion financière  | GGO25  |
| Rianna L. Mohammed-Roberts  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Prestations de services de santé | GHN03  |
| Salamata Bal  | Spécialiste de la protection | Spécialiste principal du développement social | Protection sociale | GSU01  |
| Salimatou Drame-Bah | Membre d'équipe  | Assistante au programme | Soutien opérationnel | AFMGN |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Shiyong Wang  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Santé publique | GHN07  |
| Shunsuke Mabuchi  | Membre d'équipe  | Spécialiste principal de la santé | Financement fondé sur les résultats | GHN07  |
| Stéphane Forman | Évaluation par les pairs | Spécialiste en chef de l'élevage | Élevage | GFA01  |
| Sydney Augustus Olorunfe Godwin | Membre d'équipe  | Spécialiste en gestion financière  | Gestion financière  | GGO31 |
| Upulee Iresha Dasanayake  | Spécialiste de la protection | Consultant  | Protection sociale | AFCF1  |
| **Équipe élargie** |
| **Nom**  | **Titre**  | **Téléphone bureau** | **Lieu**  |
|  |  |  |  |
| . |
| **Lieux** |
| **Pays**  | **Première division administrative**  | **Lieu**  | **Prévu**  | **Réel**  | **Commentaires** |
|  |  |  |  |  |  |
| . |
| **Consultants (seront divulgués dans le Résumé opérationnel mensuel)**  |
| Consultants requis ? | Oui  |

#

# CONTEXTE STRATÉGIQUE

## Contexte régional

1. La récente épidémie de la maladie à virus Ébola (MVE) en Afrique de l'Ouest a confirmé l'importance critique du renforcement des systèmes nationaux de surveillance des maladies et de la collaboration inter-pays pour permettre de détecter les foyers de maladies plus tôt et d'y répondre plus rapidement et plus efficacement, de sorte à minimiser les pertes humaines et les coûts économiques. L'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest a aussi démontré que la maladie peut engendrer des retombées rapides et importantes à même de transcender les frontières locales et nationales. Le virus Ébola s'est déclaré dans une région rurale reculée de la Guinée pour se propager rapidement non seulement dans des zones urbaines fortement peuplées, mais aussi dans les nations voisines en conséquence de la porosité des frontières (Libéria, Sierra Leone) à l'intérieur d'une vaste sous-région (Mali, Nigéria, Sénégal), pour ensuite atteindre d'autres parties du globe, conséquence de l'interconnectivité des systèmes de transports et de commerce[[1]](#footnote-1). Le concept du programme proposé pour l'amélioration des systèmes de surveillance régionale des maladies (REDISSE) est donc en lien avec l'engagement pris par la communauté mondiale vis-à-vis des pays d'Afrique de l'Ouest en réponse aux énormes pertes humaines et économiques conséquences de l'épidémie d'Ébola ; cet engagement a pour objectif le renforcement des systèmes de santé déficients, que ce soit face aux maladies humaines, aux maladies animales et autres catastrophes, pour mieux préparer la région à gérer les épidémies futures, et par la même minimiser le potentiel de répercussions de ces épidémies à travers la région, la nation et le monde.
2. Les avantages régionaux et les externalités positives d'une surveillance et d'une réponse efficace face à la maladie sont importants. L'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et le *Centre régional de santé animale (CRSA)*, tout deux basés à Bamako[[2]](#footnote-2) et tous deux affiliés à la CEDEAO, seront responsables de la coordination régionale du programme REDISSE, ainsi que de la mise en œuvre des activités régionales spécifiques et de la supervision quotidienne du projet. L'action collective et la collaboration transfrontalières sont essentielles et seront privilégiées tout au long du projet : (i) le projet appuiera les efforts des pays pour harmoniser les politiques et les procédures ; (ii) les pays seront habilités à engager une planification conjointe, la mise en œuvre et l'évaluation des activités du programme par delà les frontières tant au niveau national et qu'à celui des districts régionaux, et ; (iii) le projet favorisera le partage des ressources d'actifs spécialisés à coût élevé tels les laboratoires et les centres de formation de référence et les produits de base difficiles d'accès. La capacité du système régional à assurer la surveillance et la réponse dépend de la solidité des systèmes nationaux individuels ainsi que des capacités d'intervention tant en première ligne qu'au niveau de la communauté, systèmes et capacités qui doivent être mis en place dans ces pays. En d'autres termes, un réseau régional de surveillance de la maladie vaut ce que vaut son maillon le plus faible. Le REDISSE propose donc de renforcer l'entière « chaîne des valeurs » de la surveillance des maladies par le biais d'institutions communautaires, régionales et nationales.
3. Le programme REDISSE est en cours d'élaboration sous forme d'un série de projets interdépendants (SdP). Cette approche est jugée nécessaire compte tenue de la forte demande de participation au programme émanant des divers pays, la multiplicité et la complexité des sujets traités, du grand nombre de parties prenantes et le besoin d'un calendrier accéléré pour la préparation du projet. La série de projets appuie un programme comprenant de multiples emprunteurs (les États-membres de la CEDEAO), auxquels tous auraient besoin de participer pour que les objectifs du programme puissent aboutir. Cette approche sert de plateforme à un haut niveau d'harmonisation, de coopération et de coordination des politiques et de la réglementation entre les pays avec pour but des retombées positives qui iront au-delà des frontières de chaque pays, créant ainsi des biens publics régionaux, générant des externalités positives, ou atténuant les effets négatifs.[[3]](#footnote-3) Le premier de ces SdP (REDISSE I) sera consacré à la Guinée, au Sénégal et à la Sierra Leone.
4. Les pays d'Afrique de l'Ouest font partie de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), qui comprend 15 pays et plus de 310 millions de personnes. La CEDEAO est une organisation régionale qui sert à promouvoir l'intégration économique dans la toute la région de Afrique de l'Ouest. La région est très hétérogène en termes de développement culturel, économique et humain. Dans l'ensemble, les États membres se classent en bas de l'échelle de l'indice de développement humain du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD)[[4]](#footnote-4) ; en 2015, l'espérance de vie à la naissance et le revenu national brut par habitant des pays de la région variait de 45,6 à 75,1 et de 873 à 6 365 respectivement. (Tableau 1).

**Tableau 1 : Indice de développement humain et composantes sélectionnées**

**par pays visés par le REDISSE I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pays**  | **Indice de développement humain**  | **Espérance de vie à la naissance** | **Revenu national brut par habitant**  |
| Cap-Vert  | 0,64 | 75,1 | 6,365 |
| Ghana  | 0,57 | 61,1 | 3,532 |
| Nigéria  | 0,50 | 52,5 | 5,353 |
| Sénégal  | 0,49 | 63,5 | 2,169 |
| Bénin  | 0,48 | 59,3 | 1,726 |
| Togo | 0,47 | 56,5 | 1,129 |
| Côte d'Ivoire  | 0,45 | 50,7 | 2,774 |
| Gambie  | 0,44 | 58,8 | 1,557 |
| Libéria  | 0,41 | 60,6 | 752 |
| Mali  | 0,41 | 55,0 | 1,499 |
| Guinée-Bissau  | 0,40 | 54,3 | 1,090 |
| Guinée  | 0,39 | 56,1 | 1,142 |
| Burkina Faso  | 0,39 | 56,3 | 1,602 |
| Sierra Leone  | 0,37 | 45,6 | 1,815 |
| Niger  | 0,34 | 58.4 | 873 |

**Source** : Données provenant du rapport sur le développement humain du PNUD (2015)

1. La plupart des estimations récentes montrent que les maladies transmissibles (MT) représentent plus d'un tiers de la charge globale de morbidité et que la majeure partie de cette charge affecte les pays d'Afrique de l'Ouest**[[5]](#footnote-5)**. Les pays de cette région sont fortement exposés aux flambées de maladies infectieuses, y compris celles d'origine animale (maladies zoonotiques). L'Organisation mondiale de la santé (l’OMS) a établi que sur 55 flambées de maladies signalées en Afrique au cours de la dernière décennie, 42 ont eu lieu en Afrique de l'Ouest. Les flambées courantes dans la région comprennent le choléra, la dysenterie, le paludisme, les fièvres hémorragiques (p. ex., la maladie à virus Ébola, la fièvre de la Vallée du Rift, la fièvre de Crimée-Congo, la fièvre de Lassa, la fièvre jaune), et la méningite à méningocoques. L'Afrique de l'Ouest subit également une charge disproportionnée de paludisme, de tuberculose (TB), du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de maladies tropicales négligées, dont beaucoup présentent un risque de recrudescence, conséquence de l'usage de la drogue et de la résistance aux insecticides.
2. Au cours des quarante dernières années, le monde a du faire face à l'apparition d'une à trois maladies infectieuses émergentes par an**.** Parmi les maladies infectieuses chez l'homme, la majorité est d'origine animale, avec plus de 70 pour cent des maladies infectieuses émergentes zoonotiques provenant de la faune sauvage[[6]](#footnote-6). Les flambées récentes — maladie d'Ébola virale (MVE), grippe aviaire H7N9, syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), virus de Marburg, virus Nipah, encéphalopathie spongiforme bovine, VIH/SIDA fournissent de nombreuses preuves sur les effets catastrophiques des maladies zoonotiques émergentes sur la santé et l'économie. L'Afrique de l'Ouest est à la fois un foyer de maladies infectieuses émergentes (MDEPS) et une région où la charge des maladies zoonotiques est particulièrement élevée (voir la carte ci-dessous). Dans cette région, l'apparition de maladies émergentes et ré-émergentes liées à l'interface homme-animal-écosystème se fait de plus en plus fréquente. Comme en témoignent les récentes épidémies d'Ébola en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria, et la réapparition et la propagation d'une influenza aviaire hautement pathogène (HPAI) (H5N1)[[7]](#footnote-7), les maladies hautement contagieuses traversent facilement les frontières de la région par le biais des déplacements de personnes, d’animaux et de biens.
3. Les principaux facteurs de l'émergence de nouvelles maladies infectieuses comprennent le comportement humain, l'évolution démographique, la technologie et l'industrie, le développement économique, l'utilisation des terres, les voyages et le commerce à l'international, l'adaptation et l'évolution microbienne, et la détérioration des mesures de santé publique. La population de l'Afrique subsaharienne a doublé entre 1975 et 2001 ; le Centre de recherche sur la population et la santé en Afrique prédit une nouvelle hausse pouvant atteindre 1,9 milliards d'habitants en 2050. La densité de la population urbaine a considérablement augmenté (soit de 223 pour cent en Guinée entre 1960 et 2012 ; et de 178 pour cent et 275 pour cent pour la Sierra Leone et le Libéria respectivement entre 1961-2013) et ce principalement en raison de la migration des zones rurales vers les zones urbaines. Le lien entre déforestation et foyers de maladies épidémies infectieuses est bien documenté[[8]](#footnote-8) ; la déforestation et l'empiètement sur les habitats naturels seraient aussi responsables de l'épidémie de la maladie à virus Ébola (MVE) en Afrique de l'Ouest. Selon les données de l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture des Nations unies (FAO), la déforestation en Afrique de l'Ouest se fait à un rythme deux fois supérieur au rythme mondial[[9]](#footnote-9). La déforestation a été particulièrement sévère en Guinée et en Sierra Leone, une grande partie du paysage étant remplacés par des mosaïques de forêts et de terres agricoles. La guerre civile et les troubles sociaux sont aussi fréquemment de mise en Afrique de l'Ouest. L'instabilité sociale et ses conséquences sur la délocalisation de populations et la dégradation des services gouvernementaux fournissent un terrain fertile à la propagation rampante des maladies infectieuses.
4. La plupart des pays d'Afrique de l'Ouest figurent parmi les pays comptant les plus faibles revenus et où la pauvreté est très répandue. Plus de 40 pour cent de la population dans les pays d'Afrique sub-saharienne vit, en moyenne, avec moins de 1,9 USD par jour. Dans les pays en question, c’est en Sierra Leone que la pauvreté se fait le plus sévèrement ressentir (Tableau 2).

**Tableau 2 : Taux de pauvreté par habitant gagnant 1,90 USD par jour (2011 PPA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pays**  | **Prévalence de la pauvreté (%)**  |
| Guinée  | 35,3\* |
| Sénégal  | 38\*\*\* |
| Sierra Leone  | 52,3\*\* |
| Moyenne des pays d'Afrique subsaharienne | 42,7\* |

***Source*** : <http://povertydata.worldbank.org/poverty/country>

***Remarque***: \*2012; \*\* 2011;\*\*\*2009.

1. Les épidémies de maladies infectieuses peuvent avoir des impacts dévastateurs sur la situation sociale et économique fragile des pays. La Banque mondiale (BM) estime qu'un cas de pandémie grave, telle la grippe espagnole de 1918, engendre un coût global de 3 billions d'USD[[10]](#footnote-10). Ceci est comparable à l'impact de la crise financière mondiale de 2008. En Afrique de l'Ouest, la récente épidémie de MVE a clairement sapé les progrès durement acquis dans la lutte contre la pauvreté, y compris les progrès en matière de développement humain et de croissance économique en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, ainsi que dans la région dans son ensemble. Dans ces trois pays, il est estimé une perte de production s'élevant à 1,6 milliard d'USD, ce qui représente plus de 12 pour cent de la production combinée de ces pays. L'épidémie a également entraîné la fermeture des écoles pendant au moins 6 mois dans les trois pays ; plus de 16 600 enfants y ont aussi perdu un ou deux de leurs parents. Dans l'ensemble, la baisse du produit intérieur brut (PIB) pour les 15 pays de la CEDEAO a été évaluée à environ 1,8 milliard d'USD en 2014 ; elle devrait atteindre 3,4 milliards d'USD en 2015 et 4,7 milliards d'USD en 2016[[11]](#footnote-11). Les pertes économiques s’élèvent bien au-delà du fardeau quotidien qu'infligent les maladies endémiques, humaines et animales, y compris les zoonoses, au peuple africain.
2. La santé des animaux est essentielle à la santé publique et à la croissance durable du secteur de l'élevage**.** L'élevage joue un rôle important dans l'espace CEDEAO car elle contribue en moyenne à 44 pour cent de son PIB agricole[[12]](#footnote-12). L'élevage concerne pratiquement tous les ménages ruraux et représente un facteur crucial dans la lutte contre la pauvreté rurale, à la fois directement, par les revenus qu'il génère, et indirectement, en permettant l'intensification agricole et en contribuant à la sécurité alimentaire, la nutrition et à un développement économique plus important. La CEDEAO dans son ensemble affiche un déficit commercial pour les produits animaux et ce déficit commercial est particulièrement marqué dans les pays côtiers. La demande pour les produits d'élevage devrait continuer à croître de manière significative dans les prochaines décennies, en fonction de l'évolution démographique ; elle serait ensuite propulsée par une augmentation de l'urbanisation et des revenus.[[13]](#footnote-13) Cette évolution implique une augmentation des risques d'apparition de maladies (fréquence et/ou gravité), et un impact plus marqué de ces maladies.

## Contexte sectoriel et institutionnel

**Santé humaine**

1. Nombreux sont les pays en Afrique de l'Ouest dont la performance des systèmes de santé est faible. Ils souffrent d'une insuffisance chronique de ressources financières et humaines, de capacités institutionnelles et d'infrastructures limitées, de piètres systèmes d'information en matière de santé, d'inégalités et de discriminations rampantes quant à la disponibilité des services, de l'absence de participation de la communauté, du manque de transparence et de responsabilité, et d'un besoin de renforcement des capacités de gestion. Les dépenses du secteur public en matière de santé sont généralement faibles. Aucun des États membres de la CEDEAO ne dépasse l'objectif d'Abuja qui préconise de consacrer 15 pour cent [[14]](#footnote-14) des dépenses publiques brutes (GGE) à la santé. Les dépenses à la charge des patients en matière de santé sont élevées dans toute la sous-région, pour les pays affiliés au REDISSE I ; elles varient d'un minimum de 34 pour cent au Sénégal à un maximum de 76 pour cent des dépenses totales de santé en Sierra Leone (Tableau 3). La Guinée et la Sierra Leone ont une faible densité et une répartition inéquitable tant des services que des professionnels de santé en raison d'une faible production, d'une faible motivation, de formations insuffisantes, d'un manque de fournitures de qualité et de la perte de professionnels de la santé, en particulier de médecins et d'infirmières, conséquence des effets de l'émigration (fuite des cerveaux). Cette situation s'est aggravée lors de l'épidémie de MVE et de ses répercussions néfastes sur la vie des professionnels de santé.

**Tableau 3 : Indicateurs-clés du financement de la santé dans trois pays en 2012**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pays**  | **DPGS en % du DPG** | **OOP en % des TDS** | **TDS par habitant**  | **DPG en % du PIB** |
| Guinée  | 7 | 67 | 32 | 2 |
| Sénégal  | 10 | 34 | 51 | 3 |
| Sierra Leone  | 12 | 76 | 96 | 2 |

***Source*** : OMS, WHO African Region Expenditure Atlas, 2014.

**Remarque**: DPGS : dépenses publiques générales de santé ; DPG : dépenses publiques générales ; OOP : out of pocket payments/dépenses à la charge des foyers ; TDS : total des dépenses de santé.

1. L'Organisation Mondiale de la Santé, en conjonction avec d'autres partenaires, a développé un outil d'Évaluation externe conjointe-Règlement sanitaire international (2005) (JEE-RSI) pour évaluer les capacités des pays à prévenir, détecter et rapidement répondre aux menaces à la santé publique. Cet outil permet aux pays d'identifier les besoins les plus urgents au sein de leur système de sécurité sanitaire, d'établir les priorités pour l'amélioration de la préparation, de la réponse et de l'action, et aidera à suivre, par le biais d'évaluations régulières, les progrès réalisés par pays dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)[[15]](#footnote-15). L'outil JEE s'organise autour de 4 composantes (la prévention, le détection, la réponse, et autres risques et points d'entrée visés par le RSI), et chaque capacité de base y est évaluée sur une échelle d'avancement comportant 5 paliers (de 1-aucune capacité à 5-capacité durable)[[16]](#footnote-16). L'outil JEE fera usage de conclusions obtenues lors d'évaluations réalisées par des outils d'évaluation équivalents (évaluations OIE-PSV, voir la description dans la section Santé animale). Des auto-évaluations menées par les pays eux-mêmes[[17]](#footnote-17) et portant sur les capacités de surveillance, de préparation et de réponse à la maladie en Guinée, au Sénégal et en Sierra Leone, ainsi que les enseignements tirés des épidémies de MVE ont révélés certaines faiblesses dans les systèmes de santé en termes de surveillance, de préparation et de réponse aux épidémies. Ceux-ci comprennent : (i) le manque des professionnels de santé en matière de surveillance des maladies, de préparation et de réponse, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) des structures de surveillance et d'intervention au niveau communautaire, qui soit n'existent pas, soit nécessitent de profondes améliorations ; (iii) une pénurie d'infrastructures de laboratoires pour assurer un diagnostic rapide et de qualité des maladies à potentiel épidémique ; (iv) le manque d'interopérabilité entre les différents systèmes d'information entrave l'analyse et l'utilisation des informations permettant la prise de décisions et l'élaboration de mesures d'atténuation de la maladie ; (v) les normes en matière de prévention et de contrôle des infections, les infrastructures et les pratiques sont en général inadéquates ; (vi) les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement sont insuffisants et inefficaces; et (vii) d'importantes lacunes dans les capacités d'intervention rapide au niveau régional en cas d'épidémie, dans le stockage des produits de première nécessité, dans le partage d'informations et la collaboration. Des résultats similaires ont également été documentés dans le cadre des évaluations de base du Programme de sécurité sanitaire mondiale (GHSA) menées dans un certain nombre de pays, dont le Libéria et la Sierra Leone.
2. Suite aux épidémies de MVE, des plans de remise en état et de renforcement des systèmes de santé ont été élaborés pour une durée d'au moins cinq ans en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Créer un système de santé résilient pour répondre efficacement aux urgences sanitaires a été universellement identifié comme l'un des piliers stratégiques de ces plans. Au niveau national, des comités de renforcement des systèmes de santé ou des structures similaires ont été mis en place pour diriger et coordonner les efforts visant à renforcer le système de santé national dans les trois pays. Avec l'aide de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), un plan de renforcement du système de santé a également été développé au Sénégal. Dans les trois pays, le REDISSE appuiera et complétera les initiatives en cours qui visent au renforcement des systèmes de santé prises par les gouvernements nationaux et soutenues par la Banque mondiale et autres partenaires de développement.

***Santé animale***

1. Le secteur de la santé animale dans la région de la CEDEAO se caractérise par une forte incidence et la prévalence**[[18]](#footnote-18)** de maladies infectieuses transmissibles, tant zoonotiques et non-zoonotiques, qui ont un profond impact sur la santé vétérinaire et publique, le commerce, le développement rural et les moyens de subsistance. Parmi les maladies infectieuses les plus graves pour l'Afrique, la [[19]](#footnote-19)CEDEAO et GF-TAD}[[20]](#footnote-20) attirent l'attention sur la péripneumonie contagieuse bovine (PPCB), la fièvre aphteuse (FA), la peste porcine africaine (PPA), la fièvre de la vallée du Rift (FVR), la peste de petits ruminants (PPR), la trypanosomiase africaine animale (TAA), l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP), et la rage. Un rapport récent l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) résumant les évaluations des Services vétérinaires dans les pays de la CEDEAO[[21]](#footnote-21) a mis en évidence le manque de ressources budgétaires des services et l'inadéquation entre les ressources humaines nécessaires et celles qui sont effectivement disponibles à la prévention et au contrôle des maladies animales. En termes d'action stratégique nécessaire au maintien de la santé des animaux, tous les pays estiment avoir besoin d'améliorer la couverture de leurs programmes de surveillance, ainsi que le contrôle des maladies animales hautement prioritaires. Le manque de préparation, l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières, ainsi que le manque de collaboration intersectorielle ont été à nouveau soulignés par la FAO et l'OIE comme étant les causes de l'échec d'une réponse rapide et efficace face à la résurgence de l'influenza aviaire hautement pathogène dans la région.
2. L'amélioration de la santé animale exige des investissements accrus et durables dans les Services vétérinaires nationaux pour répondre aux normes internationales de qualité définies par l'OIE**[[22]](#footnote-22)**. Les pays qui omettent de prévenir, de détecter, d'informer, de réagir et de contrôler tout problème sanitaire, comme les maladies infectieuses ou la résistance aux antimicrobiens, mettent en danger d'autres pays, d'où l'importance de l'approches régionale. L'ensemble des pays de la région se sont engagés à participer au programme de Performance des Services vétérinaires (PSV) de l'OIE, un programme qui propose des évaluations indépendantes, tant qualitatives (évaluations PSV) que quantitatives (Analyses des écarts PSV), des Services vétérinaires, en identifiant leurs points forts et leurs faiblesses, en définissant les priorités concernant les interventions et le coût des activités jugées nécessaires pour pallier aux lacunes. Certains pays ont également bénéficié d'appui pour réviser leur législation vétérinaire. L'outil d'évaluation PSV[[23]](#footnote-23) est composé de 46 compétences cruciales, regroupées par 4 (Ressources humaines, physiques et financières, Responsabilités et capacités techniques, Interaction entre les parties intéressées, Accès au marchés), chacune faisant l'objet d'une évaluation sur une échelle de 1 (non respect) à 5 (respect intégral). Il est prévu d'effectuer régulièrement des évaluations PSV de façon à mesurer les progrès réalisés et formuler les recommandations visant à assurer l'amélioration continue. Cet outil, et le JEE, seront essentiels aux activités de suivi et d'évaluation du projet.

**Tableau 4 : État de l'avancement de la mise en œuvre des processus PSV**

**dans les 5 pays en question (mars 2016)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Guinée  | Sénégal  | Sierra Leone  |
| Évaluation PSV de l'OIE | Mai 2007 (public)  | Févr. 2008 | Févr. 2010 |
| Analyse des écarts PSV  | Juin 2009 (public)Sept. 2012 (public) | Mars 2010 | Mars 2012  |
| Appui à la législation | Juil. 2011 | Juil. 2014  | - |

1. Un financement gouvernemental insuffisant et l'intérêt limité des bailleurs de fonds pour soutenir les services vétérinaires n'ont à ce jour permis aucun progrès conséquent visant à résoudre les problèmes systémiques. Certains programmes importants dans le secteur de la santé animale méritent cependant que l'on s'y intéresse, tels le programme EPT2[[24]](#footnote-24), financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre dans la plupart des pays de la CEDEAO, par l'intermédiaire de la FAO et autres organismes de mise en œuvre ; le soutien de la FAO aux pays infectés par l'IAHP[[25]](#footnote-25) ; et le soutien du Bureau Interafricain des Ressources Animales (UA-BIRA) par le biais du programme Vet-Gov[[26]](#footnote-26). Au cours des 15 dernières années, deux principaux programmes régionaux et mondiaux ont contribué de manière significative à renforcer les services vétérinaires nationaux, à savoir le Programme panafricain pour le contrôle des épizooties PACE[[27]](#footnote-27) et le Programme mondial pour le contrôle de l'influenza aviaire financé par la Banque mondiale[[28]](#footnote-28) mis en œuvre dans de nombreux pays de la région. Les enseignements et les meilleures pratiques dérivés de ces deux programmes sont pris en compte dans le présent projet. Les réseaux comprenant le Réseau régional des systèmes nationaux d’épidémiosurveillance pour l’influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) et autres maladies animales prioritaires en Afrique de l’Ouest (RESEPI) et le Réseau Ouest Africain des laboratoires vétérinaires de diagnostic de l’influenza aviaire et autres maladies transfrontalières (RESOLAB)[[29]](#footnote-29) ont également été soutenus et facilités par la FAO sous différents projets et remis en 2012 à la CEDEAO.
2. La santé animale est perçue comme priorité par les deux communautés économiques régionales d'Afrique de l'Ouest. L'ECOWAS et l'Union économique et monétaire ouest-africaine (l'UEMOA)**[[30]](#footnote-30)** ont pour objectif d'harmoniser les systèmes de santé animale au niveau national. L'UEMOA, qui comprend 8 pays dans la région, a progressé sur nombre de fronts, en particulier sur l'harmonisation des réglementations relatives aux produits médicinaux vétérinaires, malgré les contraintes administratives, humaines, organisationnelles et financières qui en ont entravé les progrès. En 2012, les pays membres de la CEDEAO ont nommé le CRSA — une plateforme informelle créée à l'origine en 2006 par l'OIE, la FAO et l'UA-BIRA — centre technique spécialisé pour la santé animale de la CEDEAO[[31]](#footnote-31). Un plan opérationnel pour le CRSA a été développé en août 2014. Les retards dans le recrutement du personnel et l'établissement d'un budget opérationnel dédié ont cependant empêché la mise en œuvre de ce plan et le déploiement des activités de cette institution conformément à son mandat. Le CRSA reçoit actuellement l'appui d'un nombre limité d'initiatives à objectifs spécifiques, y compris le développement plus conséquent du programme « Une seule santé » dans la région, et du développement des Mécanismes intégrés de coordination régionale pour la prévention et le contrôle des maladies animales transfrontalières (MAT) et des zoonoses (MICR). Le Projet régional d'appui au pastoralisme au Sahel (PRAPS) financé par l'Association internationale de développement (l'IDA), qui soutient l'amélioration de la santé animale dans 6 pays du Sahel ouest-africain, vise aussi spécifiquement à contribuer à la mise en œuvre du CRSA[[32]](#footnote-32).
3. Aborder de front les problèmes multisectoriels exige une collaboration intersectorielle et multidisciplinaire efficace. Pourtant, très peu de pays ont adopté une approche coordonnée, suivant les grandes lignes du concept « Une seule santé ». La réaction à la crise IAHP depuis 2005 a contribué à renforcer la coopération entre les secteurs de la santé humaine et vétérinaire dans de nombreux pays de la région, mais en l'absence d'un programme dédié encourageant une telle approche commune, l’approche de type silo reste privilégiée. D'importantes leçons ont néanmoins été apprises et suffisamment d'expérience a été acquise ; et la réussite de programmes régionaux en matière de contrôle des maladies prioritaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la région, a démontré l'efficacité d'une approche coordonnée au niveau régional en matière de surveillance et la réponse aux maladies.
4. Coordination des partenaires Le paysage des partenaires au développement dans la sous-région est complexe, en particulier dans les pays les plus touchés par l'épidémie de MVE de 2014-2015. L'épidémie d'Ébola a déclenché une réaction internationale d'ampleur et rassemblé de nombreux partenaires pour faire face à la crise et soutenir le programme post-Ébola dans la remise en état et le renforcement des systèmes de santé. Il a également souligné la nécessité de mettre l'accent sur le renforcement des capacités de surveillance et d'intervention dans la sous-région vis-à-vis des maladies humaines et zoonotiques. Les partenaires au développement se penchant sur ces questions dans la sous-région comptent des banques de développement, des donateurs multilatéraux et bilatéraux et des fondations privées ; des institutions spécialisées du système onusien ; des organismes techniques tels que les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies et le Centre chinois pour le contrôle et la prévention des maladies ; des institutions universitaires et de recherche et un grand nombre d'organisations internationales et non gouvernementales locales.
5. Comme indiqué à l'Annexe 2, dans ce type d'environnement, la duplication des efforts peut engendrer des risques d'une utilisation inefficace des ressources et d'une incapacité à traiter les écarts en matière de ressources, de politiques et de programmes. On estime que des fonds et d'autres formes de soutien continueront à être injectés dans la région, et en particulier, dans les trois pays touchés par la MVE (la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria) pendant les trois à cinq années à venir. La coordination des ressources et des activités proposées par les diverses organisations partenaires restera en conséquence un défi de taille pour les gouvernements nationaux. Des mécanismes permettant de coordonner les secteurs de la santé tant humaine qu'animale aux niveaux national et régional doivent être élaborés afin de maximiser l'impact d'une aide croissante et de favoriser la durabilité des résultats escomptés. Le pouvoir de rassemblement de la Banque mondiale jouera un rôle prépondérant dans la création d'une coalition d'institutions techniques et financières à l’échelle nationale, régionale et mondiale pour appuyer un programme de surveillance et de préparation aux maladies en Afrique de l'Ouest. Le programme REDISSE comblera une lacune importante en offrant un appui régional et financier, ce qui renforcera les investissements existants et servira de plateforme à l'alignement et l'harmonisation.
6. La Banque mondiale occupe une place de choix dans la mobilisation de financements importants au profit de cette initiative multisectorielle et le rassemblement de partenaires techniques et financiers de premier ordre et expérimentés dans le domaine de la surveillance des maladies et la préparation aux épidémies. La Banque mondiale a forgé des liens stratégiques avec un groupe de partenaires de base en matière de développement, y compris ceux qui travaillant à la mise en œuvre du GHSA dans le cadre du développement du projet REDISSE. Le programme REDISSE lui-même fournira des moyens aux institutions régionales et aux gouvernements nationaux pour mettre en place les mécanismes de coordination nécessaires.

## Objectifs de haut niveau auxquels le projet apporte sa contribution

1. Le projet s'inscrit dans la mission de la Banque mondiale visant à mettre fin à l'extrême pauvreté et à promouvoir le partage de la prospérité. Les maladies transmissibles et non-transmissibles compromettent gravement la santé, l'éducation et les revenus potentiels des personnes vivant dans la région de la CEDEAO et frappent plus durement les populations les plus vulnérables. Par conséquent, alléger le fardeau économique affectant non seulement les particuliers, mais aussi la région dans son ensemble est un élément-clé en faveur de la justification économique d'investissements dans ces interventions. Les stratégies de partenariat pays (CPS) pour les trois pays ciblés par ce projet prônent la nécessité de renforcer la capacité des systèmes de santé, dont la surveillance des maladies est un pilier essentiel, afin d'améliorer la santé et de réduire la vulnérabilité. La CPS de la Guinée pour la période 2014-2017 met l'accent sur l'importance de renforcer le capital humain et note en particulier que, pour la Guinée, les progrès vers la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) reposent sur l'amélioration du système de soins de santé. La CPS en ce qui concerne le Sénégal pour la période de 2013 à 1017 soutient les priorités établies dans le cadre de laStratégie nationale de développement économique et social, y compris l'amélioration de la prestation des services, la coopération régionale, la résilience et la gestion des risques de catastrophe. La stratégie pays la plus récente pour la Sierra Leone à eu lieu de 2010 à 2012 ; elle établit la nécessité d'investir dans le développement humain.
2. Le projet vient en complément des investissements émanant à la fois de la BM et de ceux des partenaires au développement et destinés au renforcement des systèmes de santé, au contrôle et la surveillance des maladies (voir Annexe 7 pour les détails). L'établissement de cette complémentarité est particulièrement important dans les pays les plus touchés par l'épidémie de MVE et qui connaissent en outre un afflux important et rapide d'aide au développement. Par exemple, dans le cadre de cette épidémie, le gouvernement de la Sierra Leone désire apporter de considérables améliorations à ses capacités de surveillance et d'action face aux maladies. Ayant vécu de première main les conséquences dévastatrices de la propagation transfrontalière du virus Ébola, le gouvernement reconnaît également l'importance primordiale de la surveillance et des institutions traitant de maladies régionales pour la coopération transfrontalière et la collaboration inter-pays. Cela est également vrai pour la Guinée. Le programme REDISSE proposé est cependant l'une des rares initiatives qui met en exergue l'importance des éléments régionaux et transfrontaliers lorsqu'il s'agit de surveillance des maladies, de préparation et de réponse aux épidémies.
3. Ce projet s'inscrit dans le pilier n° 3 de la Stratégie d'aide à l'intégration régionale (RIAS) pour la région (2008/rev 2011), pour l'élaboration d'interventions coordonnées de fourniture de biens publics régionaux. La RIAS identifie spécifiquement les programmes régionaux et sous-régionaux destinés à aborder les dimensions transfrontalières de la prévention et du contrôle des maladies comme secteurs de priorité.
4. Le programme contribue à la mise en œuvre du RSI (2005) et du Code sanitaire des animaux terrestres de l'OIE et du manuel y afférent, du programme « Une seule santé », du Programme d’action pour la sécurité sanitaire mondiale, de la couverture de santé universelle et de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).
5. Le Plan d'action sur le changement climatique de la Banque mondiale souligne l'importance des systèmes intelligents de surveillance et d'alerte précoce en matière de climat. Les systèmes de surveillance du climat appuyés par ce projet réduiront la vulnérabilité des populations et des animaux domestiques et augmenteront leur résilience face aux impacts que le changement climatique peut avoir sur la transmission de maladies, tout en fournissant des co-bénéfices d'adaptation au changement climatique.
6. La Banque mondiale et ses principaux partenaires travaille à la mise au point d'un Mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie (*Global Pandemic Emergency Facility* ou PEF). Ce dernier a été approuvé par le Banque mondiale en 2016 ; il a pour objet de fournir un soutien immédiat aux pays faisant face à des foyers d'infection et satisfaisant à certains critères déclencheurs prédéfinis, tels une urgence sanitaire de portée internationale (USPPI) ou un évènement particulier [notification de foyer de maladie/*disease outbreak notification* (DON)], par le biais à la fois d'un mécanisme de financement d'assurances et d'un mécanisme de financement public. Dans un premier temps, le PEF concerne soixante-dix-sept pays de l'IDA et vise à mettre des fonds à la disposition d'un pays dans un délai maximum de un à deux jours. Le programme REDISSE vient compléter le PEF comme suit : (i) en privilégiant leurs capacités de surveillance des maladies et de préparation aux épidémies, les pays seront à même de mieux contenir les épidémies avant qu'elles ne se transforment en un évènement USPPI ou DON et ne déclenchent un PEF ; et (ii) en incluant une composante d'intervention d'urgence contingente (CERC), les pays faisant face à une épidémie seront en mesure de mobiliser rapidement des fonds provenant du projet lui-même ce qui pourrait aussi aider à prévenir la nécessité de déclencher un PEF.
7. Pour finir, le projet contribuera à réduire le fardeau que représentent les maladies au sein des populations pauvres et vulnérables en particulier, atténuant par là même les risques sanitaires et économiques posés par les maladies infectieuses chez les humains et les animaux, réduisant les menaces d'apparition de nouveaux foyers de maladies, et promouvant ainsi la sécurité sanitaire mondiale. À l'échelle mondiale, la création d'un réseau régional en Afrique de l'Ouest servira à exploiter les fortes capacités des autres réseaux régionaux dans le but d'améliorer la coopération régionale et mondiale des pays membres de la CEDEAO, de réaliser de meilleurs résultats en matière de santé des populations et de promouvoir la sécurité sanitaire mondiale.

# APPROCHE PROGRAMMATIQUE DU REDISSE

1. Le programme répond aux quatre critères régionaux d'utilisation des fonds régionaux de l'Association internationale de développement (IDA) **:** (i) comporter trois ou plusieurs pays : le projet en comporte trois : le Sénégal, la Guinée, et la Sierra Leone pour la première Phase car elle est préparée sous forme d'une série de projets intégrés. La Phase 2 inclura le Libéria, le Nigéria, le Ghana, le Togo, le Bénin, la Guinée Bissau et la Côte d'Ivoire. la Phase 3 inclurait potentiellement la Gambie, le Mali, le Niger, le Cap Vert et le Burkina Faso ; (ii) disposer des avantages, soit économiques ou sociaux, qui dépassent les frontières nationales ; (iii) refléter le vif intérêt des organismes régionaux et des pays de la région dans le projet ; et (iv) offrir une plateforme assurant un haut niveau d'harmonisation des politiques des différents pays. Ces critères minimum pris en compte, il est important de noter que la collaboration et l'action collective transfrontalières vis-à-vis des menaces sanitaires représentent un des exemples les plus clairs du concept de bien public mondial. La hausse de la fréquence des épidémies et la rapidité de la propagation des maladies exigent un alignement des systèmes régionaux de surveillance et d'informations et une harmonisation des politiques et des procédures opérationnelles standards.
2. Le programme (REDISSE) sera entrepris sous forme d'une série interdépendante de projets qui permettra éventuellement de mobiliser et d'appuyer l'ensemble des 15 pays membres de la CEDEAO. Le présent projet, le REDISSE I, est le premier de la série. Elle cible à la fois les pays extrêmement vulnérables (la Guinée et la Sierra Leone) et un pays dont les systèmes de surveillance sont plus efficaces et servent d'hôtes à d'importants actifs régionaux (le Sénégal).
3. Le REDISSE II devrait être livré au cours du deuxième trimestre de l'exercice financier 2017 (EF17). Le financement du REDISSE II est estimé à 102 millions d'USD. La livraison de ce projet lors de l'exercice fiscal 2017 laissera davantage de temps pour procéder aux consultations, évaluations et planifications nécessaires pour assurer l'état de préparation des pays. Feront partie du REDISSE II les pays suivants : le Libéria, le Nigéria, la Côte d'Ivoire, la Guinée Bissau, le Ghana, le Togo, le Bénin. La plupart des pays faisant partie du REDISSE II ont participé à un forum de préparation du projet en collaboration avec les pays compris dans la phase 1 ; la préparation et de la planification du projet ont déjà bien avancé dans plusieurs des pays faisant partie du REDISSE II (notamment le Libéria et Nigéria). À tous les deux, les REDISSE I et II rassemblent un bloc de pays équatoriaux et côtiers possédant des frontières communes et des profils épidémiologiques similaires qui s'étendent du Sénégal à l'ouest jusqu'au Nigéria à l'est. Sous réserve de la disponibilité des fonds, le REDISSE III devrait être livré au quatrième trimestre 2017 et ciblerait le Niger, le Burkina Faso, le Cap Vert, le Mali et la Gambie.
4. La série de projets sera mis en œuvre dans le cadre de la Stratégie intégrée de surveillance et de la réponse aux maladies africaines (SIMR), des normes et des lignes directrices internationales de l'OMS, de l'OIE et de l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture des Nations unies (FAO), favorisant ainsi une approche « Une seule santé ». Cela aidera les pays dans la mise en place d'une approche coordonnée pour détecter et faire rapidement face aux menaces régionales de santé publique. La coopération entre les pays ouest-africains en matière de prévention et de contrôle des maladies transfrontalières potentielles représente un bien public régional.

# OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DU PROJET

## Objectifs de développement du projet (ODP)

1. Les objectifs du REDISSE I sont les suivants : (i) renforcer la capacité intersectorielle nationale et régionale pour assurer une meilleure collaboration en matière de surveillance des maladies et de préparation aux épidémies en Afrique de l'Ouest, abordant par là-même les faiblesses systémiques dont souffrent les systèmes de santé animale et humaine et qui entravent l'efficacité de la surveillance et de la réponse aux maladies ; (ii) en cas de crise ou d'urgence éligible[[33]](#footnote-33), fournir une réponse immédiate et efficace à ladite crise ou urgence éligible. Le Projet abordera les faiblesses systémiques dont souffrent les systèmes de santé animale et humaine et qui entravent l'efficacité de la surveillance et de la réponse aux maladies. Le projet comprendra également une composante d'intervention d'urgence contingente (CERC) pour améliorer la capacité de réaction du gouvernement en cas d'urgence, conformément aux procédures régies par le paragraphe 13 de la PO 10.00 (Financement des projets d'investissement), qui permet la prise en charge de la prévention et de la préparation aux catastrophes et des activités de renforcement des capacités par un projet autonome assorti d'une composante de financement conditionnel, par le biais d'un CERC sous réserve des exigences de la politique exceptionnelles énoncées au paragraphe 12 de l'OP 10.00.

## Bénéficiaires du projet

1. Le bénéficiaire principal du projet REDISSE sera l'ensemble de la population des pays de la CEDEAO. Dans le cadre du REDISSE I, l'ensemble des 15 pays participeront à la politique et aux activités de normalisation régionales menées par l'OOAS et CRSA. La Guinée, le Sénégal et la Sierra Leone recevront en outre un financement destiné au renforcement des systèmes. Le REDISSE I devrait permettre d'aider plus de 33,3 millions de personnes[[34]](#footnote-34) (12,3 millions en Guinée, 14,7 au Sénégal et 6,3 en Sierra Leone), dont les moyens de subsistance sont susceptibles d'être affectés par la maladie.
2. Les seconds bénéficiaires comprennent les fournisseurs de services (publics et privés), ainsi que les institutions nationales et régionales intervenant dans la santé humaine et animale. L'OOAS sera l'un des principaux bénéficiaires institutionnels de ce projet, aux côtés du CRSA ainsi que du Centre régional de prévention et de contrôle des maladies (CRPLM) et d'autres partenaires techniques régionaux. La population de la région bénéficiera donc également de capacités régionales renforcées pour prévenir, détecter et réagir rapidement lorsque confrontée à des événements sanitaires d'importance.

## Indicateurs des niveaux de résultats de l'ODP

1. Quatre des six indicateurs de niveau de l'ODP seront basés sur une l'Évaluation externe conjointe (JEE) périodique pour assurer le suivi des progrès dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (voir Annexe 1). Les indicateurs clés répertoriés ci-après seront utilisés pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des ODP :
	1. Les progrès vers la création d'un réseau « Une seule santé » actif et fonctionnel (progrès régionaux notés de 1 à 5 sur l'échelle de Likert) ;
	2. Les capacités d'analyses des laboratoires quant à la détection des maladies prioritaires : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus sur 5 ;
	3. Les progrès accomplis dans l'établissement de systèmes de surveillance reposant sur un évènement et un indicateur : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus sur 5 ;
	4. La disponibilité des ressources humaines pour satisfaire aux exigences applicables aux capacités principales requises par le RSI : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 3 ou plus sur 5 ;
	5. Un plan multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique nationale a été créé et mis en œuvre : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus sur 5 ;
	6. Progrès réalisés quant à la collaboration et l'échange d'informations entre les pays : nombre de pays ayant réalisé un score de 4 ou plus sur 5.

# DESCRIPTION DU PROJET

## Les composantes du projet

1. La conception du projet REDISSE comprend le changement d'un paradigme fondé sur la réaction aux crises à un qui embrasse une approche de la réduction des risques de catastrophe et une meilleure gestion des risques. Pour ce faire, il procède au renforcement des systèmes de santé animale et humaine, et des liens nécessaires au niveau national et régional pour gérer les menaces de maladies infectieuses. En tant que tel, le projet comprendra les 5 composantes suivantes : (1) des systèmes de surveillance et d'information ; (2) le renforcement des capacités de laboratoire ; (3) la préparation et l'intervention en cas d'urgence ; (4) la gestion des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies ; et (5) le renforcement des capacités institutionnelles, la gestion du projet, la coordination et le plaidoyer.
2. Les pays détermineront la priorité des interventions en s'aidant du cadre et des options fournis ci-dessous de façon à assurer que le Projet REDISSE renforce les interventions existantes et viennent en complément de ce qui est financé dans le cadre de projets en existence soutenus par l'IDA ou par d'autres partenaires. Les interventions proposées en vertu des composantes reposent sur des consultations exhaustives avec les gouvernements, les entités régionales, et autres partenaires clés.
3. S'étendant à toutes les activités qu'il comprend, le projet favorisera le partenariat avec le secteur privé afin d'améliorer les zones de faiblesses connues dans la fourniture de biens publics.

**Composante 1 : Systèmes de surveillance et d'information. *Coût total, y compris les imprévus équivalant à 27,91 millions d'USD dont 23,85 provenant de l'IDA et 4,06 provenant du FFMD.***

1. La première composante appuiera le renforcement des systèmes nationaux de surveillance et de reporting et leur interopérabilité aux différents échelons des systèmes de santé. Cette composante appuiera les efforts nationaux et régionaux de surveillance des maladies prioritaires (y compris les maladies émergentes, réémergentes et endémiques) et la déclaration en temps opportun des urgences de santé publique humaine et animale en conformité avec le RSI (2005) et le Code sanitaire des animaux terrestres de l'OIE. Sur la base d'évaluations approfondies de la surveillance des maladies effectuées au cours des premiers mois de la mise en œuvre, les activités relevant de cette composante appuieront (i) la mise en place de liens appropriés entre les systèmes d'informations nationaux de surveillance de la santé des animaux et de la santé humaine, et entre les systèmes nationaux et les systèmes régionaux/internationaux de surveillance et de reporting des maladies ; (ii) la collaboration transfrontalière en matière de surveillance (y compris la surveillance active/reposant sur un événement, passive et syndromique) pour la détection précoce de cas ; (iii) reporting en temps opportun par des agents de surveillance au niveau communautaire ainsi que des services de santé et vétérinaires de district, et la minimisation des temps d'exécution entre la collecte d'échantillons, les résultats et le rapport du laboratoire ; (iv) l'utilisation des données de surveillance pour l'analyse des risques (évaluation, gestion et communication) pour mettre en œuvre des interventions de prévention et de contrôle des épidémies appropriées dans la sous-région. La composante 1 comprendra trois sous-composantes.

*Sous-composante 1.1 Soutenir la coordination des systèmes et des processus de surveillance au niveau communautaire dans les secteurs de la santé animale et humaine. Coût total, y compris les imprévus équivalant à 11,04 millions d'USD dont 7,63 provenant de l'IDA et 3,41 provenant du FFMD.*

1. Cette sous-composante impliquera le renforcement des structures et des processus de surveillance au niveau communautaire dans les pays faisant face à des lacunes dans la détection d'événements au sein des communautés (humaines et animales). Cela entraînera l'amélioration des capacités de surveillance active, passive et basée sur des rumeurs au niveau communautaire, y compris dans les zones transfrontalières, et l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan visant à assurer une couverture territoriale adéquate pour la surveillance de la communauté au niveau central.

*Sous-composante 1.2 Développer l'interopérabilité des systèmes de surveillance et de reporting. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 10,32 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. La deuxième sous-composante appuiera : (i) l'évaluation des systèmes et des réseaux de surveillance de la santé humaine et animale existants visant à hiérarchiser les interventions tant au sein qu'entre les secteurs-clés ; (ii) l'examen et la mise à jour des priorités des maladies nationales et régionales, et l'examen et l'élaboration de lignes directrices, de protocoles et d'outils harmonisés visant à améliorer la surveillance et les processus de reporting ; (iii) le développement des méthodologies et des protocoles communs pour une circulation et une utilisation efficaces des données de surveillance (applicable aux acteurs publics et privés intervenant dans la surveillance des maladies); iv) le développement d'infrastructures de technologies de l'information et de la communication (TIC) pour faciliter l'interopérabilité intersectorielle des systèmes de surveillance et de reporting au niveau national et régional ; et (v) la création de liens nécessaires entre les systèmes de surveillance et de reporting et les systèmes de gestion des incidences au niveau national.

*Sous-composante 1.3 Mettre en place un système d'alerte précoce pour la prévision des tendances sanitaires infectieuses. Coût total, y compris les imprévus équivalant à 6,55 millions d'USD dont 5,9 provenant de l'IDA et 0,65 provenant du FFMD.*

1. Cette sous-composante impliquera la mise en place d'un système d'alerte précoce, y compris l'utilisation de systèmes d'information géographique (SIG) pour étudier les profils de maladies infectieuses et faire des prédictions quant à l'évolution des épidémies, y compris les zoonoses, et d'identifier les zones à risques potentiellement élevés d'apparition de foyers de maladies dans la région. Les activités y afférentes appuieront le suivi des tendances qui se produisent en matière de maladies infectieuses, telles la résistance aux antimicrobiens (RAM) et la résistance aux insecticides, et l'impact des changements climatiques sur l'apparition de maladies infectieuses dans la région.

**Composante 2 : Renforcement des capacités des laboratoires. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 17,03 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. L'objectif de cette composante est de mettre en place des réseaux de laboratoires de santé publique, vétérinaires et privés, efficaces, de haute qualité, et accessibles pour le diagnostic des maladies infectieuses humaines et animales, et d'établir une plateforme de réseaux régionaux pour améliorer la collaboration pour la recherche en laboratoire. Le projet cherche à répondre aux faiblesses critiques des systèmes de laboratoires au sein des pays, afin de promouvoir une collaboration intersectorielle à travers les pays (aux niveaux national et régional). Il vise à accomplir cette tâche par le biais de réseaux de laboratoires de santé publique et de santé animale efficaces qui suivraient des politiques, des stratégies et des protocoles harmonisés au niveau régional, conformes aux pratiques internationalement reconnues, afin d'assurer des résultats rapides et de haute qualité. Cette composante comprend trois sous-composantes.

*Sous-composante 2.1 Examen, mise à niveau et appui aux installations de laboratoires de réseau. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 5,81 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante comprend : (i) l'évaluation des installations de laboratoires et des réseaux de santé humaines et animales déjà existants pour la hiérarchisation des interventions ; (ii) l'augmentation des services de laboratoires (y compris la biosécurité et la biosûreté) ; (iii) le soutien à l'amélioration de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, y compris la mise en place de systèmes de suivi et de gestion des stocks efficaces; (iv) le soutien technique des systèmes intégrés d'information de laboratoires et leur interopérabilité avec les systèmes intégrés de surveillance et de reporting des maladies ; et (v) l'appui au renforcement des systèmes d'assurance qualité pour les services de diagnostic.

*Sous-composante 2.2 Améliorer la gestion des données et la gestion des échantillons. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 7,21 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante appuiera le renforcement de la gestion des échantillons, y compris : (i) la rationalisation du processus d'envoi d'échantillons aux laboratoires, qui comprend l'utilisation du renforcement des laboratoires sous-nationaux pour le diagnostic plutôt que de s'en remettre à un laboratoire central dans la mesure du possible ; et (ii) l'amélioration de l'efficacité des systèmes de transport et d'élimination des échantillons, y compris par le biais de partenariats avec le secteur privé, et l'utilisation de réseaux de laboratoires privés accrédités pour la confirmation de cas sanitaire. De plus, des mesures visant à améliorer la gestion des données comprendront : (i) le renforcement des compétences du personnel de laboratoire pour l'analyse et l'utilisation des données de surveillance en laboratoire ; (ii) le renforcement des systèmes de gestion des données de laboratoires pour un reporting en amont ou en aval plus efficace ; (iii) la réalisation de l'interopérabilité des systèmes de gestion des données, si possible.

*Sous-composante 2.3 Améliorer les fonctions de mise en réseau des laboratoires régionaux de référence*. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 4,01 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante fournira un appui à l'amélioration de l'assurance qualité, notamment (i) l'élaboration de normes communes, de systèmes, de procédures et de protocoles d'assurance qualité; (ii) l'introduction de mécanismes de revue par les pairs ; (iii) l'application de la procédure d'accréditation en cinq étapes et de l'assistance technique pour appuyer l'accréditation des laboratoires soutenues par l'Organisation Mondiale de la Santé - Afrique (OMS-Afrique); et (iv) un appui pour procéder à des évaluations de la qualité et le recrutement d'experts externes et inter-laboratoires entre les pays participants pour assurer l'encadrement des laboratoires. Cela permettra (i) de renforcer les structures existantes et éventuellement d'identifier de nouveaux laboratoires régionaux de référence pour les maladies spécifiques ou les techniques de diagnostic, (ii) de renforcer le réseautage et le partage des informations régionales entre les pays ; et (iii) d'harmoniser les politiques d'assurance qualité des laboratoires dans les différents pays de la région, sur la base des normes internationales.

**Composante 3 : Préparation et intervention en cas d'urgence. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 25,96 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. Cette composante appuiera les efforts nationaux et régionaux visant à améliorer les capacités de préparation et d'intervention face aux épidémies de maladies infectieuses. Les activités relevant de cette composante soutiendront (i) la mise à jour et/ou l'élaboration de plans de préparation et d'intervention d'urgence intersectoriels (au niveau national et régional) pour les maladies prioritaires, et veilleront à leur intégration dans un cadre national plus large de gestion des risques de catastrophes en tous genres ; (ii) des mises à l'essai, des évaluations et une amélioration des plans régulières ; (iii) l'expansion de la capacité d'intervention rapide du système de santé, y compris l'allocation et l'utilisation des structures et des ressources pré-identifiés déjà en existence (au niveau national et régional) pour les interventions d'urgence, la prévention et le contrôle des infections (PCI). La composante 3 comprendra trois sous-composantes :

*Sous-composante 3.1 Améliorer la coordination et la collaboration intersectorielles en matière de préparation et de réponse. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 6,01 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante appuiera : (i) les activités de renforcement de partenariats (y compris avec le secteur privé) pour la préparation aux épidémies et la gestion des risques de catastrophes ; (ii) l'amélioration et l'harmonisation des politiques, de la législation et des procédures d'exploitation qui incluent des représentants d'autres secteurs pertinents, y compris l'environnement, les douanes/l'immigration, l'éducation, l'application de la loi ; et (iii) l'étude de l'établissement de mécanismes de financement nationaux et régionaux pour assurer une mobilisation rapide des ressources pour les urgences en matière de santé animale et de santé publique.

*Sous-composante 3.2 Renforcer la capacité d'intervention d'urgence. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 19,95 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante appuiera le renforcement des centres d'opérations d'urgence (COU) et les capacités d'intervention rapide aux niveaux national et régional. Les activités relevant de cette sous-composante appuieront (i) la mise en place et la gestion d'une base de données des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide (EIR) qui seront disponibles pour un déploiement rapide ; (ii) le développement et la gestion des mécanismes de stockage régional (physiques et virtuels) pour assurer la disponibilité des approvisionnements des pays au cours d'interventions d'urgence ; et (iii) la mobilisation et le déploiement rapides des ressources en cas d'apparition de foyers majeurs de maladies infectieuses.

*Sous-composante 3.3 Composante d'intervention d'urgence contingente (0 USD).*

1. L'objectif de cette sous-composante est de renforcer les capacités de réponses en cas d'urgence pour renforcer les capacités de réponse du Gouvernement en cas d'urgence, conformément aux procédures régies par le PO/PB 10.00, paragraphe 13 (Intervention rapide en cas de crise et d'urgence). Il existe une probabilité modérée, voire élevée, pour que durant la vie du projet, un ou plusieurs pays aient à faire face à une épidémie ou une flambée de maladie importante ou à toute autre urgence sanitaire ayant un impact négatif majeur sur l'économie ou la société (p. ex. l'Ébola), et qui entraînerait une demande de sollicitation de la Banque mondiale pour l'atténuation, la réponse et le redressement de la(les) région(s) affectées par une telle urgence. En prévision d'un tel événement, cette composante d'intervention d'urgence contingente (CERC) prévoit un processus de demande à suivre par un pays faisant partie du REDISSE I pour obtenir l'appui de la Banque mondiale dans l'atténuation, l'intervention et le redressement des districts affectés par une telle épidémie. La CERC fera office d'option de financement de première ligne lors d'une intervention d'urgence ; les fonds de 'l'IDA national' qui n'ont pas été utilisés seront réaffectés à cette sous-composante en cas d'urgence.
2. Un « Manuel des opérations d'intervention en cas d'urgence » (EROM) sera élaboré par chaque pays comme condition de décaissement. Les pays rédigeront l'EROM immédiatement pour assurer que la CERC soit en place le plus vite possible dans le cas où une urgence se déclarerait dans le tout début de la mise en œuvre du projet. Les déclencheurs de la CERC devront être clairement définis dans l'EROM pour être acceptés par la Banque mondiale. Les décaissements seront effectués en vertu d'une liste approuvée de biens, de travaux et de services requis pour soutenir l'atténuation, l'intervention et le rétablissement des crises.

**Composante 4 : Gestion des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 14,1 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. La composante 4 est transversale car les travailleurs de la santé animale et humaine sont les piliers de la surveillance des maladies (Composante 1), des laboratoires (Composante 2) et de la préparation et de l'intervention (Composante 3). Une gestion efficace des ressources humaines vise à amener les bonnes personnes possédant les bonnes compétences au bon endroit au bon moment. Cette composante comprendra deux sous-composantes.

*Sous-composante 4.1 Cartographie, planification et recrutement des professionnels de santé. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 2,5 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante comprend : (i) l'évaluation des effectifs actuels en termes de nombre, de répartition géographique et des capacités (y compris les acteurs privés) ; (ii) le renforcement des capacités pour la gestion des ressources humaines en matière de surveillance et réponse face aux maladies ; (iii) le soutien aux gouvernements dans leurs capacités à recruter des travailleurs de la santé et créer un environnement incitatif pour encourager les personnes qualifiées à travailler dans le secteur public ; et (iv) l'utilisation d'acteurs privés pour offrir des activités du secteur public par le biais de délégations de pouvoirs (des mandats sanitaires pour les vétérinaires, p. ex.).

*Sous-composante 4.2 Améliorer la formation, la motivation et la rétention des professionnels de santé. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 11,6 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante comprend une formation pour le développement des capacités des ressources humaines en matière de surveillance, de préparation et d'intervention. Conscient de l'importance de la participation de la communauté à la surveillance des maladies, un enseignement essentiel tiré de la crise Ébola, le projet met l'accent sur une formation au niveau de la communauté, plutôt que sur une formation ne s'adressant uniquement qu'aux cadres de haut niveau.
2. Le projet analysera et examinera le sujet d'un environnement incitatif au sein duquel fonctionnent les travailleurs de la santé. Armé d'une meilleure compréhension de cet environnement, le projet cherchera à mettre en œuvre des activités créant des incitations qui non seulement attirent ceux qui possèdent des compétences pertinentes vis-à-vis du secteur public, mais aussi améliorent le sentiment de motivation et de rétention du personnel.

**Composante 5 : Renforcement des capacités institutionnelles, gestion de projet, coordination et plaidoyer/défense des intérêts. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 29,06 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. Cette composante concerne notamment tous les aspects liés à la gestion du projet. Celle-ci comprend les aspects fiduciaires (gestion financière et passation de marchés), le suivi et l'évaluation (S&E), la génération et la gestion des connaissances, la communication et la gestion (renforcement des capacités, suivi et évaluation) des mesures d'atténuation et de protection socio-environnementales. Elle prévoit également un appui institutionnel transversal crucial, satisfaisant aux besoins de renforcement des capacités et de formation identifiés dans les cinq pays et par l'OOAS et le CRSA quant aux activités de renforcement des capacités techniques spécifiques entreprises par le biais des quatre composantes techniques (y compris la gestion de la recherche opérationnelle). Elle appuiera une évaluation régulière, externe et indépendante, des capacités des systèmes nationaux en matière de santé humaine et animale par l'utilisation d'outils de référence (telles que le PSV de l'OIE et la JEE) pour identifier les faiblesses et piloter les progrès. Cette composante contribuera au développement et viendra compléter d'autres projets et initiatives tels que le Projet régional de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest (WARDS) (qui appuient le développement des capacités institutionnelles de l'OOAS), le Projet régional de mise en réseau de laboratoires de santé publique en Afrique de l'Est (EAPHLN), le Programme de sécurité sanitaire mondiale (GHSA) et le Programme sur les menace de pandémie émergente (EPT2) ainsi que d'autres activités plus discrètes visant à favoriser l'harmonisation d'un réseau fonctionnel de surveillance et de réponses aux maladies régionales dans la région de la CEDEAO.
2. Un soutien sera également apporté à la mise en place de plates-formes nationales et régionales de coordination de l'initiative « Une seule santé » dans le but de développer des synergies, une planification conjointe, la mise en œuvre et la communication. Des stratégies seront adoptées pour produire, à partir de sources nationales, des données factuelles qui pourront être utilisées pour plaider en faveur de financements accrus et durables au profit de la surveillance et de la préparation en matière des maladies.

Cette composante comprendra deux sous-composantes :

*Sous-composante 5.1 Coordination du projet, gestion fiduciaire, suivi et l'évaluation, génération de données et gestion des connaissances.**Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 20,83 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. L'OOAS accueillera l'unité de coordination de REDISSE (R-UCP) au niveau régional, alors que les ministères compétents responsables ou d'autres institutions soutenant la mise en œuvre du projet REDISSE dans les trois pays accueilleront chacun une unité de coordination nationale (N-UCP). Le REDISSE : (i) renforcera les capacités des institutions nationales (CRSA) et régionales afin que les fonctions principales de gestion de projet, y compris la planification opérationnelle, la gestion financière, les passations de marché, et les politiques de protection sociale et environnementale puissent être exécuter efficacement conformément aux directives et procédures de la BM ; le renforcement des capacités du CRSA sera particulièrement mis en exergue pour assurer le leadership régional dans le domaine de la santé animale ; (ii) améliorera les systèmes de S&E, y compris les systèmes d'information de gestion courante de la santé (SIGS) et autres sources de données, sans oublier les Évaluations externes conjointes semestrielles (JEE) du RSI (2005) et les évaluations réalisées selon le processus PSV ; (iii) gèrera le programme de recherche opérationnelle et l'analyse économique des foyers de maladies et d'épidémies dans la région de la CEDEAO mis en place par les institutions nationales et régionales ; (iv) promouvra la conception des études d'évaluation d'impact pour mesurer l'impact des interventions du projet ; et (v) coordonnera les rôles des institutions nationales et régionales existantes afin de mieux soutenir les activités prévues. Les R-UCP et les N-UCP individuels travailleront tous deux en étroite collaboration avec les organismes environnementaux et sociaux au niveau national pour assurer la prise en compte de leurs législations respectives.
2. REDISSE financera également la génération de données concernant les activités de santé animale et humaine dans les pays de la CEDEAO, éléments essentiels à l'orientation et à la calibrations des investissements.

*Sous-composante 5.2 Appui institutionnel, renforcement des capacités, plaidoyer et communication. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 8,23 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Le REDISSE permettra d'évaluer et de renforcer les capacités au niveau national et régional. Il fournira un appui technique et des investissements pour améliorer les prestations de services de l'OOAS[[35]](#footnote-35) et autres institutions ou organisations pertinentes transversales qui relèvent du développement du secteur de la santé animale et humaine régionalement. À cette fin, le projet appuiera : (i) la conduite des capacités d'analyse des écarts (y compris les dotations en personnel, les compétences, l'équipement, les systèmes, et autres variables) ; (ii) l'identification des possibilités de synergies et d'enrichissement mutuel au sein des différentes opérations relatives à la surveillance et à la réponse en matière de maladies, par le biais d'une approche progressive pour l'opérationnalisation d'« Une seule santé » au niveau national, avec le soutien des institutions régionales ; et (iii) l'amélioration des institutions nationales de santé publique. REDISSE s'attachera également à appuyer une plus grande coordination et participation des trois pays dans les processus de décision et d'élaboration des politiques régionales de la CEDEAO, ainsi que parmi les organisations publiques et non-publiques régionales.
2. Le projet favorisera le plaidoyer et la communication en faveur du projet « Une seule santé ». Cela comprendra : (i) la production et la diffusion des enseignements tirés aux niveaux national et régional par le biais des plateformes « Une seule santé » nationales et régionales respectivement ; et (ii) la sensibilisation sur les questions stratégiques aux niveaux de la prise de décision et de l'élaboration des politiques des pays et des communautés économiques régionales pour accroître et maintenir l'allocation des ressources octroyées à la surveillance, la préparation et la réponse aux maladies.

## Financement de projets

1. L'instrument de prêt est un Financement de projets d'investissement (IPF). Il sera financé par des crédits et des dons de l'IDA pour un montant équivalant à 90 millions d'USD (voir tableau ci-dessous : allocation par pays) et par un don de l'IDA pour un équivalent de 20 millions d'USD pour financer des activités gérées par l'OOAS. Les dons et les crédits distribués par l'IDA pour la Phase I du projet équivalent à un montant total de 110 millions d'USD. En outre, pour financer les activités figurant à la composante 1, il est proposé de financer un don d'un montant de 4,06 millions d'USD dans le cadre d'un Fonds d'affectation spéciale multi-donateurs (FFMD) de surveillance et de réponse aux maladies en Afrique de l'Ouest. Il est prévu que le soutien de la Banque couvrira six exercices fiscaux allant de 2016 à 2022.

 La ventilation proposée du budget de l'IDA par pays pour le projet est la suivante :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pays/Institution régionale** | **IDA national** | **IDA régional** | **Total** |
| CEDEAO/OOAS |  | 20,0 | 20,0 |
| Sénégal  | 15,0 | 15,0 | 30,0 |
| Sierra Leone  | 10,0 | 20,0 | 30,0 |
| Guinée  | 10,0 | 20,0 | 30,0 |
| **Total Phase 1** | **35,0** | **75,0** | **110,0** |

## Série des objectifs et des phases du projet

1. Le premier projet de la série (SdP) sera livré au cours de l'exercice 2016. Le REDISSE I comprend trois pays tout à fait prêts opérationnellement à recevoir des investissements visant l'amélioration des systèmes de surveillance. Ceux-ci comprennent deux pays extrêmement vulnérables et un pays dont les systèmes de surveillance sont plus efficaces et servent d'hôtes à d'importants actifs régionaux. La Guinée et la Sierra Leone, qui (de même que le Libéria) ont été le plus touchées par l'épidémie d'Ébola (MVE), et le Sénégal sont inclus dans le premier projet de la série. Les pays post-Ébola ont un besoin urgent d'assistance dans l'établissement de capacités essentielles en matière de santé publique, y compris la surveillance et la réponse aux maladies. Un afflux important d'assistance technique et financière liée à la crise MVE a permis à ces pays d'évaluer leurs besoins, de définir les priorités et d'établir des plans de rétablissement et de renforcement des systèmes de santé. Le Sénégal, qui a surmonté la crise MVE en identifiant et contenant rapidement les cas importés de la maladie, possède des systèmes de surveillance des maladies qui fonctionnent mieux et dont on peut dériver les bonnes pratiques pour la sous-région.

## Enseignements tirés et intégrés dans la conception du projet

1. La conception du programme REDISSE bénéficie d'un riche ensemble d'enseignements tirés de multiples sources. Ceux-ci comprennent :
2. les réalisations et les défis rencontrés lors d'opérations de la Banque mondiale visant au renforcement des systèmes de santé et au contrôle des maladies et lors de projets régionaux contribuant à la capacité de surveillance des maladies affectant le santé humaine et animale, y compris l'EAPHLNP, le WARDS, et le PRAPS.
3. une littérature exhaustive portant sur les dispositifs en existence de mise en réseau de la surveillance et de la réponse face aux maladies régionales dans d'autres régions, y compris le : (i) le réseau de santé publique dans la région des îles du Pacifique ; (ii) le réseau de surveillance des maladies infectieuses d'Afrique de l'Est dans la Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE) ; (iii) le réseau de surveillance des maladies du Bassin du Mékong (MDBS) dans la région du bassin du Mékong ; (iv) le réseau du Consortium du Moyen-Orient pour la surveillance des maladies infectieuses (MECIDS) au Moyen-Orient ; et (v) le réseau du Centre Sud-Africain pour la surveillance des maladies infectieuses (SACIDS). En Annexe 2 se trouve un résumé des éléments et des enseignements clés tirés des études analytiques.
4. Les meilleures pratiques et les enseignements tirés des initiatives internationales et des projets de développement partenaires comprenant des objectifs similaires tels le Programme de sécurité sanitaire mondiale (GHSA) et les projets associés comme le EPT2 financé par USAID, dont l'objectif est de minimiser l'impact de nouveaux « pathogènes à potentiel élevé » d'origine zoonotique.
5. Les enseignements tirés des grandes épidémies de maladies infectieuses, y compris l'actuelle épidémie du virus Zika, l'épidémie de MVE de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest, les épidémies de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ainsi que le MERS-CoV), le choléra et la méningite, entre autres. Le Programme mondial pour le contrôle de l'influenza aviaire et les plans d'intervention en cas de pandémie humaine (GPAI) qui ont été mis au point pour lutter contre l'épidémie de IAHP H5N1 et déployés à partir de 2006 dans 62 pays pour 83 opérations, est une source d'enseignements particulièrement pertinents pour le projet REDISSE. Ces enseignements ont été recueillis dans un rapport du Groupe indépendant d'évaluation de la Banque mondiale (GIE) en 2014, intitulé « *Responding to Global Public Bads – Learning from evaluation of the World Bank experience with Avian Influenza 2006-2013 ».*
6. Un set détaillé des enseignements tirés et intégrés dans la conception du projet est inclus à l'Annexe 2. Certaines des expériences les plus marquantes ainsi que les enseignements qui en ont étaient tirés et intégrés au présent projet sont indiqués ci-dessous :
7. Renforcement des capacités institutionnelles : la conception du projet prend en compte à bon escient la nécessité de renforcer les capacités institutionnelles au niveau national et régional.
8. Prise en compte des faiblesses dans le Cadre des S&E/résultats : en matière de qualité, les difficultés initiales les plus fréquemment citées dans les revues du GIE sont : la faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation, y compris des indicateurs qui mesurent les résultats plutôt que le renforcement des capacités et l'utilisation d'un trop grand nombre d'indicateurs, qui submergent les capacités limitées des unités de gestion de projet. Le projet REDISSE se penchent sur un ensemble d'indicateurs OPD permettant d'évaluer les progrès de l'amélioration des capacités institutionnelles et du cadre de résultats et fait appel à des outils existants tels que l'outil d'Évaluation externe conjointe utilisé pour évaluer la capacité des pays à mettre en œuvre le RSI (2005) et le PSV de l'OIE (Performance des services vétérinaires).
9. Activités du projet clairement définies : Le projet REDISSE traite de l'importance d'identifier à la fois les activités mises en œuvre par les pays et les activités mises en œuvre par les institutions régionales qui contribuent au caractère de bien mondial, et donc à la régionalité du projet.
10. Amélioration de la coopération intersecteurs entre les pays et avec les partenaires au développement : la conception du programme REDISSE encourage la coopération entre les secteurs grâce à l'adoption du programme « Une seule santé » et par la création de liens entre les systèmes de surveillance des maladies et de préparation aux épidémies et les systèmes de gestion de toutes les catastrophes au niveau national et régional. La collaboration entre les pays et avec les partenaires au développement sera facilitée par la mise en place de plateformes nationales et régionales pour une planification et une coordination des ressources communes conjointes.
11. Création de meilleurs systèmes de santé : la conception du projet contribue ainsi au renforcement de la mise en place de capacités à long terme des systèmes entre les deux secteurs afin de détecter et de répondre plus efficacement aux maladies infectieuses de nature zoonotique de façon plus intégrée.
12. Engagement du secteur privé : en adoptant les enseignements tirés d'autres projets régionaux, le projet favorise également le partenariat avec le secteur privé dans le but d'améliorer les performances dans les domaines où le secteur privé peut proposer des avantages comparables à ceux du secteur public, comme la gestion de la logistique et de la chaîne d'approvisionnement ou le développement des technologies de l'information.
13. Assurer le rapport coût-efficacité des interventions : le rapport du GIE souligne que, alors que de nombreux projets étaient favorables au renforcement des capacités de diagnostic, les investissements y afférents privilégiaient bien plus l'infrastructure et l'équipement des laboratoires plutôt que les capacités humaines et le développement des systèmes. Le projet REDISSE tiendra compte du rapport coût-efficacité dans tous les aspects de la planification stratégique et de la mise en œuvre.
14. Responsabilité du client : il est un autre enseignement d'importance qui veut que, face aux menaces posées par les maladies infectieuses, chaque pays est individuellement aussi essentiel à la coordination et à réussite d'un programme régional que l'appui des partenaires donateurs et autres organismes internationaux. Les activités de communication du REDISSE visent à assurer que ce sujet reste au premier rang des priorités des ministres et des chefs d'État de la région et à encourager l'investissement national dans l'entretien des systèmes visant à la durabilité.
15. Plans de durabilité : bien que les efforts de la BM aient contribués avec succès au développement et à la gestion du GPAI, leur incapacité à maintenir le renforcement de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses n'a pas permis à certains pays d'être suffisamment préparés à faire face à de nouvelles menaces ou à des menaces récurrentes. Il a été établi que la meilleure approche consisterait à s'éloigner de l'intervention d'urgence pour plus se consacrer au renforcement des capacités à long terme et des systèmes de santé par le biais d'interventions intersectorielles ; c'est cette approche qui est incorporée dans la conception du projet REDISSE.

# MISE EN ŒUVRE

## Dispositifs institutionnels et dispositifs de mise en œuvre

1. La mise en œuvre du projet sera coordonnée par l'OOAS, une organisation affiliée à la CEDEAO, qui accueillera le secrétariat régional du projet. Dans le cadre de cette coordination régionale, les gouvernements des trois pays participants mettront en œuvres des missions à l'échelle nationale. L'OOAS offrira également son appui à ces pays tant directement et que par le biais d'accords de services et de protocoles d'accord (PA) avec des organisations techniques telles que le CRSA, une autre organisation affilée à la CEDEAO, l'OMS et l'OIE. Ce dispositif proposé est entièrement conforme aux recommandations du GIE en matière de projets régionaux[[36]](#footnote-36). L'Annexe 2 présente les diverses activités du projet ainsi que les entités (gouvernements ou partenaires) responsables de leur mise en œuvre.
2. L'OOAS répond à tous les critères d'admissibilité pour recevoir un financement régional de l'IDA : le bénéficiaire est une organisation régionale en bonne et due forme possédant le statut juridique et la capacité fiduciaire qui lui permettent de recevoir des fonds de subvention et l'autorité légale pour mener à bien les activités financées. Comme le confirme le protocole international fondateur de l'OOAS (protocole CEDEAO A/P.2/7/87), l'OOAS est une organisation régionale en bonne et due forme qui possède les capacités juridiques pour poursuivre les activités proposées dans le cadre du projet. De fait, conformément à l'article III du Protocole mentionné ci-dessus, l'objectif de l'OOAS est le suivant : « L’Organisation Ouest Africaine de la Santé («ci-après dénommée l’Organisation de la santé ») a pour objectif d’offrir le niveau le plus élevé en matière de prestations de soins de santé aux populations de la sous-région grâce à l’harmonisation des politiques des États membres, de la mise en commun des ressources et de la coopération entre les États membres et les pays tiers, en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région ».
3. La gouvernance du projet sera assurée par un Comité directeur régional (CDR). Le CDR sera composé de représentants des ministères impliqués de l'ensemble des trois pays et se réunira deux fois par an. L'OOAS assumera la fonction de secrétariat du CDR. Une unité de coordination du projet (R-UPC) a été établie au sein de l'OOAS et relève du Directeur Général de l'OOAS et de la Banque mondiale. Le R-UPC sera chargée de l'administration quotidienne des activités régionales, de la passation de marchés, de la gestion financière, de la programmation ainsi que du suivi et de l'évaluation ; elle assurera aussi le suivi et la supervision de la mise en œuvre du projet. L'OOAS appuiera aussi la gestion des connaissances et l'apprentissage régional. Outre le REDISSE, la R-UPC appuiera la mise en œuvre de trois autres projets régionaux financés par la l'IDA: ont appuyé les projets régionaux les WARDS, le Projet d'autonomisation des femmes du Sahel et de dividende démographique (SWEDD), et le Sahel contre le paludisme et les maladies tropicales négligées projet (NTD). Le R-UPC a été récemment renforcé par le recrutement de personnel supplémentaire. Il y aura un coordinateur de projet en charge du REDISSE qui sera responsable de la coordination technique au niveau régional. L'OOAS et le CRSA, ce dernier en un premier temps sous l'égide de l'OIE, seront également responsables de l'exécution des activités régionales identifiées (par exemple, l'harmonisation régionale des protocoles de surveillance et de reporting ; les programmes de formation du personnel de santé). et d'apporter leur appui aux pays sur des sujets spécifiques.
4. En ce qui concerne les flux financiers, les fonds de l'IDA seront mis à la disposition de l'OOAS (grâce à un don régional octroyé directement par l'IDA). L'Accord financier sera signé entre la Banque mondiale et la CEDEAO qui établira un accord auxiliaire avec l'OOAS. L'OOAS allouera une partie du produit du don régional au soutien de la mise en œuvre des activités régionales en matière de santé animale et d'assistance technique ciblée aux pays pris en charge par le Centre régional de santé animale de Bamako soutenu par l'OIE. Ce soutien est prévu jusqu'à ce que le CRSA ait les capacités minimales nécessaires pour mener à bien les activités du projet.
5. Dans les pays, les unités de coordination nationale du projet (UCP) seront responsables de la coordination générale et la gestion des activités du projet. L'UCP interviendra dans tous les secteurs pour renforcer l'efficacité et la concordance lors de leur intervention dans la mise en œuvre de projets. Compte tenu de la nature multisectorielle des activités proposées, un Comité de pilotage national (CPN), déjà en existence ou qui devra être mis en place, supervisera la planification annuelle et pilotera la mise en œuvre du projet, tandis qu'une unité de mise en œuvre du projet sera mise en place pour coordonner et gérer les activités du projet (voir Annexe 3 pour les détails concernant spécifiquement chacun des trois pays), ainsi que pour assurer le transfert et le suivi de l'utilisation des fonds par d'autres ministères et partenaires de mise en œuvre. Dans tous les pays, l'organisme de mise en œuvre fonctionnera comme un « ministère parapluie », chargé de coordonner la mise en œuvre des différentes composantes par ministères sectoriels (agriculture, élevage, santé, environnement, etc.) et les organisations non-gouvernementales (ONG). Chaque ministère technique sera représenté aux CPN et aux CPR.
6. Les dispositions suivantes propres à chaque pays seront mise en place :
7. La Guinée : Il sera établi un Comité de pilotage du programme « Une seule santé » et de l'agriculture sous l'égide du Ministère de la Santé ; ce comité assurera la fonction d'organe consultatif et de surveillance du projet. L'Unité de mise en œuvre du projet (UMP) sera hébergée par le projet de renforcement des services de santé primaires en vigueur au Ministère de la Santé ; elle sera responsable des passations de marchés et de la gestion financière, et assurera le respect de toutes les directives de mise en œuvre et de reporting du GBM pour le REDISSE. D'autres organismes de mise en œuvre, tel le Ministère de l'Agriculture et les directions générales de la santé au sein du Ministère, seront financés par le biais de PA pour les livrables convenus en tenant compte des indicateurs et des cibles associés.
8. Sénégal :la gouvernance générale du REDISSE I sera assurée par le Comité de pilotage multisectoriel du Programme de sécurité sanitaire mondiale au sein du Ministère du Premier Ministre au Sénégal avec son secrétariat exécutif et son comité technique multisectoriel One Health. Conformément au programme pour une meilleure harmonisation et un meilleur alignement de l'aide, le projet proposé sera mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), en collaboration étroite avec le Ministère de l'Élevage et de la Production Animale (MEPA), le Ministère de l'Agriculture et de l'Équipement Rural (MAER) et le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD). D'autres ministères (tels le Ministère des Forces Armées et le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique) appuieront aussi le projet et faciliteront sa mise en œuvre.
9. Le compte spécifique au projet sera géré par le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Planification ; des sous-comptes seront créés au sein des MEPA, MAER et MEDD. Le REDISSE utilisera la feuille de route déjà en existence au MSAS pour la mise en œuvre du Projet de financement Santé et Nutrition. Par conséquent, la DGFMS (la Direction de la gestion financière du MSAS) sera responsable de la gestion financière et des passations de marchés en lien avec le projet, et ses capacités seront renforcées. La Direction Générale de la Santé (DGS) du MSAS sera responsable de la mise en œuvre technique, par le biais de la coordination du projet en cours de la Banque mondiale, avec en plus un chargé du programme REDISSE, un spécialiste S&E et le personnel de soutien. Le Cabinet du MSAS sera responsable de la coordination et de suivi.
10. Sierra Leone : un comité interministériel de surveillance des maladies, de préparation et de réponse aux épidémies présentera les lignes directrices de la politique et de la supervision du programme REDISSE I ainsi que la répartition du financement du projet. Un comité « Une seule santé » sera établi et aura pour mandat d'approuver les plans de suivi du projet, de piloter les progrès techniques, de prodiguer des conseils pour la mise en œuvre du projet, et d'assurer de façon régulière le reporting et la diffusion des résultats.
11. Le gouvernement de la Sierra Leone a mis en place une Unité intégrée d'administration des projets (IHPAU) au sein des bureaux du Secrétaire permanent du Ministère de la Santé afin que tous les projets financés par des donateurs puissent être gérés de manière centralisée par une unité créée à cet effet au sein de la structure MSA. L'IHPAU en assurera la gestion financière, les passations de marchés en temps opportun, et l'efficacité dans la surveillance, la responsabilisation et la formation concernant le projet REDISSE I et tous les projets financés par les donateurs. Les directions et les départements du MSA et du MAFSA seront responsables de la mise en œuvre du projet dans tout le pays en liaison avec les responsables de la mise en œuvre dans les districts.

## Suivi et évaluation des résultats

1. L'ensemble des indicateurs à surveiller et documenter pour évaluer la performance et les progrès accomplis afin d'atteindre les objectifs du projet sont décrits dans le Cadre de résultats (RF) à l'Annexe 1. Sont prévus un RF global pour mesurer les progrès régionaux et des RF spécifiques à chaque pays et présentant des objectifs annuels personnalisés. Les résultats seront communiqués annuellement dans les rapports sur l'état de la mise en œuvre (ISR). Les spécialistes S&E de l'OOAS piloteront le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du projet. Comme indiqué à l'Annexe 1, la plupart des indicateurs reposent sur les normes internationales en vigueur pour ce qui est de l'évaluation de la conformité aux dispositions du RSI et de l'OIE et de l'évaluation des progrès(l'outil JEE et l'outil d'évaluation PSV de l'OIE respectivement pour minimiser la charge que représente la collecte des données pour les pays. Les sources de données pouvant également varier selon les pays, l'OOAS établira un mécanisme pour assurer la qualité desdites données.
2. Le projet appuiera le renforcera des systèmes nationaux d'information sanitaire pour recueillir et communiquer des données de qualité. Le suivi et l'évaluation seront menés au niveau national par les trois pays participants et regroupés au niveau régional par l'OOAS. Les pays auront la charge de mener des auto-évaluations annuelles en utilisant les outils JEE et PSV de l'OIE ; les JEE seront réalisées par des experts externes tous les deux ans pour valider la qualité des données et des résultats obtenus par le biais des auto-évaluations nationales. En principe, les évaluations externes PSV de l'OIE devraient être effectuées peu avant la JEE pour pouvoir en reporter les résultats dans la JEE. L'OOAS coordonnera les activités de S&E du projet dans son ensemble, sur la base d'un manuel de M&E détaillant les exigences requises pour tous les pays ainsi qu'au niveau régional. Ceci sera harmonisé par le biais de manuels d’exécution du projet (MEP) pour tous les organismes de mise en œuvre ; ceux-ci devraient être prêts dans les trois mois suivant l'approbation du projet. L'OOAS mettra aussi en œuvre les efforts de collecte d'indicateurs spécifiques concernant les activités de niveau régional, et veillera à ce que l'ensemble des pays participants fournissent des données et des informations de la qualité requise et en temps opportun. L'OOAS fournira également un appui technique en matière de M&E aux pays participants et encouragera l'apprentissage transfrontalier. Au niveau national, les UCP des trois pays participants seraient responsables de la collecte et de la compilation de toutes les données au niveau national et bénéficieraient de l'aide de partenaires externes par le biais d'évaluations externes, y compris le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC-États-Unis) et l'OMS pour le secteur de la santé humaine, et l'OIE pour le secteur de la santé animale.

## Durabilité

1. Le développement d'un système de surveillance et de réponse aux maladies résistantes tant dans le secteur de la santé humaine que celui de la santé animale exige un investissement à long terme (voir : Annexe 5A Analyse économique et financière). Un rapport du GIE[[37]](#footnote-37) portant spécifiquement sur la réponse mondiale face à l'épidémie d'influenza aviaire (IA) notait que « malgré l'importance cruciale de la mise en place de systèmes solides capables de répondre à la fois à la prévention et au contrôle des graves menaces pesant sur la santé humaine et animale, importance martelée chaque fois que survient un crise sanitaire majeure, une fois les projets concernant l'Influenza aviaire (IA) finalisés, aucune suite n'a été accordée à l'appui octroyé à la plupart des pays pour le contrôle des maladies zoonotiques et la préparation à la pandémie. Ceci était principalement du au fait que le risque perçu par les pays était moindre qu'initialement redouté, [et était] alimenté par les changements de priorités de la communauté des donateurs [une fois la crise initiale passée]. Le Programme mondial de lutte contre l'Influenza aviaire (GPAI) lui-même, contrairement à d'autres programmes mondiaux, a été conçu en tant qu'effort ponctuel comprenant une enveloppe de financement fixe plutôt qu'un programme institutionnel de renforcement des capacités à long terme ».
2. Le rapport du Groupe indépendant d'évaluation (GIE) concluait que « la non-durabilité résulte d'une combinaison de plusieurs facteurs : (i) un manque de vision politique et de leadership de haut niveau, le faible niveau d'information et de sensibilisation, la faible visibilité des différentes parties prenantes et leur faible collaboration, (ii) des faiblesses institutionnelles, y compris le manque de capacités techniques, financières et de gestion, ainsi que (iii) des infrastructures et des équipements physiques insuffisants, peu adaptés ou pas correctement entretenus, que ce soit du côté du secteur public ou privé.
3. La durabilité a également été réduite dans certains cas où les activités étaient largement sous-traitées, laissant peu de responsabilités aux organismes gouvernementaux. Aborder les projets et les activités de manière cohérente et coordonnée entraînerait une réduction considérable du risque de non-durabilité des résultats. Comme l'a souligné le rapport du GIE, l'accent ne devrait pas porter principalement sur des infrastructures et des équipements coûteux, mais plutôt sur le développement des systèmes et de capacités humaines. Les opérations visant à développer ou à renforcer ces systèmes contribuent à l'accroissement de leur durabilité et de leur rentabilité. Certaines actions nécessitent souvent plus de temps que celui qui leur est d'ordinaire accordé pendant la durée de vie du projet, tels les cadres juridiques, la réforme et la stabilisation des politiques et des stratégies, la formation et le recrutement d'un personnel de haut niveau et les activités coordonnées au niveau régional, entre autres. La décision d'utiliser l'approche SdP pour systématiquement traiter les systèmes de santé des faiblesses des pays d'Afrique de l'Ouest sélectionnés pour mettre en œuvre le RSI (2005) et les normes de l'OIE, l'établissement et l'investissement dans des plateformes visant à la collaboration et à une visibilité continue et de haut niveau de la surveillance et de la réponse aux maladies, et éventuellement l'extension de cette collaboration régionale en matière de surveillance des maladies à tous les pays d'Afrique de l'Ouest, prennent en compte les conclusions du rapport du GIE.
4. Le projet vise à générer un impact durable sur les capacités de surveillance et de réponse aux maladies au niveau national et régional par le biais des interventions suivantes :
5. les politiques de surveillance et de réponse, les procédures opérationnelles standards, et les directives techniques pertinentes seront examinées et mises à jour ;
6. le personnel, pour les secteurs de la santé tant humaine et animale qu'environnementale, suivra des formations portant sur des sujets techniques différents tels que l'épidémiologie, la communication des risques, l'analyse en laboratoire, la gestion de l'information sur la santé, l'intervention rapide, etc. Le projet favorisera le dialogue et l'identification des meilleures pratiques pour le développement du personnel de santé, la motivation et la rétention pour assurer que les postes cruciaux au sein des systèmes de santé publique, en particulier, pour ce qui est de la surveillance et de la réponse aux maladies dans les secteurs de la santé tant humaine qu'animale, soient pourvus et que le personnel soit retenu. En outre, des simulations et des exercices seront organisés pour le personnel qualifié pour tester l'efficacité et la réactivité des systèmes de surveillance et de réponse aux maladies développés au sein du projet. Le jumelage entre les institutions de la région et les centres d'excellence hors des régions sera exploré comme moyen d'appuyer les initiatives de formation initiées dans le cadre du projet. Un autre élément d'importance sera le renforcement des capacités de gestion au sein des ministères concernés afin de mieux gérer les ressources (humaines et financières) et les opérations ;
7. l'examen et l'établissement de priorités quant à la surveillance et au contrôle des maladies dans chaque pays ont été prévus dans le cadre du projet en vue d'améliorer l'efficacité technique et allocative du financement des systèmes de surveillance et de contrôle des maladies affectant les humains et les animaux dans ces pays. Comme la situation actuelle le suggère, les pays ont tendance à avoir de multiples systèmes verticaux de surveillance des maladies couvrant un large éventail de maladies, dont certaines contribuent peu à la charge de morbidité. Des évaluations de la charge de morbidité régulières et l'établissement de priorités basées sur les conclusions de ces évaluations permettront de rationaliser le programme de surveillance des maladies et d'en améliorer le ciblage ; et
8. des supports pour la sensibilisation, la communication et le plaidoyer seront adaptés à des publics stratégiques, avec une attention particulière envers les dirigeants politiques et les décideurs.

Suite à l'épidémie de MVE 2014/2015 dans la région, la Banque mondiale a offert son appui au Libéria, la Sierra Leone et à la Guinée dans l'évaluation de la viabilité financière quant à la surveillance et l'intervention. Cet effort sera élargi pour inclure tous les pays participant au projet dans le but d'identifier des stratégies pour maintenir le financement de la surveillance et de la réponse aux maladies à partir de sources de revenus internes.

1. Il importe d'assurer que, lors de la préparation du budget, les gouvernements accordent la priorité à la surveillance des maladies. Bien que le développement de ces systèmes de santé soit reconnu de bien public et malgré l'apparition régulière de nouvelles menaces et l'engagement des dirigeants politiques et des principaux organismes à faire avancer ce dossier, de nombreux pays en voie de développement pourraient préférer régler d'autres questions pressantes au détriment des systèmes de santé publique. Sans soutien financier à moyen et à long terme, externe et ciblé, les pays pourraient ne pas vouloir s'engager dans cette voie ou soutenir les efforts déployés précédemment. Le projet a commencé à identifier et à s'intéresser aux possibilités de collaboration concernant les investissements courants et futurs des pays ou des organisations de développement, afin de créer des synergies et d'assurer le maintien des investissements et des résultats. L'un des engagements principaux concerne le gouvernement des États-Unis et d'autres contributeurs au Programme de sécurité sanitaire mondiale (GHSA). De plus, la Banque mondiale a entrepris l'élaboration d'un mécanisme de mise en commun des contributions de plusieurs donateurs, le FFMD du REDISSE, avec l'objectif d'assurer une meilleure coordination des ressources et de l'engagement à long terme au renforcement des capacités des systèmes de santé pour la surveillance et la réponse aux maladies.

# PRINCIPAUX RISQUES

## Tableau résumant la notation des risques

|  |  |
| --- | --- |
| **Catégorie de risque**  | Notation  |
| 1. Politique et gouvernance  | Substantiel  |
| 2. Macroéconomie  | Substantiel  |
| 3. Stratégies et politiques sectorielles  | Modéré  |
| 4. Conception technique du projet ou du programme  | Substantiel  |
| 5. Capacités institutionnelles pour la mise en œuvre et la durabilité  | Élevé |
| 6. Fiduciaire  | Substantiel  |
| 7. Environnemental et social  | Substantiel  |
| 8. Parties prenantes  | Substantiel  |
| **GLOBAL**  | Substantiel  |

## Explication générale des risques

1. L'Outil systématique de notation des risques opérationnels (SORT) fournit des détails sur les risques majeurs et les mesures d'atténuation proposées (Annexe 6).
2. La notation globale des risques pour le projet entre dans la catégorie « Substantiel ». La notation globale est basée sur une évaluation des risques des composantes dont les risques sont jugés « Substantiel » dans six catégories : (i) Politique et Gouvernance; (ii) Macroéconomie ; (iii) Conception technique du Projet ou du Programme ; (iv) Environnement et Social, et (v) Fiduciaire, et (vi) les Parties prenantes ; La prise de risques concernant les stratégies et les politiques sectorielles sont jugées « Modéré » ; tandis que les risques associés aux capacités institutionnelles de mise en œuvre et durabilité sont jugés « Élevé ».
3. Un examen des rapports et des prévisions par pays publiés par l'Economist Intelligence Unit indiquent que les risques politiques et de gouvernance sont hétérogènes à travers les territoires de la CEDEAO. Les risques concernant la politique et la gouvernance de la Guinée et de la Sierra Leone sont évalués comme "important" tandis qu'ils sont jugés "Faible" pour le Sénégal.

# RÉSUMÉ DE L'ÉVALUATION

## Analyse économique et financière

1. Il existe de solides arguments économiques en faveur d’investissements dans les systèmes intégrés de surveillance des maladies et de réponse. Prévenir et combattre les foyers de maladies animales génère de grands avantages économiques en réduisant les menaces d'épidémies et de pandémies. Les bénéfices tirés de la surveillance des maladies vont bien au-delà des bénéfices sanitaires provenant de la réduction du nombre d'infections, de la diminution de la mortalité et de la morbidité, et du coût des soins de santé. Les épidémies affectent l'activité économique car elles réduisent la demande (du fait de la baisse des revenus des particuliers, de l'investissement et des exportations) et l'offre (de fait de la baisse de la production agricole et de la fermeture d'entreprises dans de nombreux secteurs), et qu'elles réduisent aussi la main-d'œuvre, le capital et la productivité, qui constituent les éléments majeurs de la croissance (PNUD, 2014). Les dernières épidémies d'Ébola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone auraient entraîné des pertes de production estimées à 12 pour cent de la production combinée de ces trois pays. Les pertes régionales de production en raison du ralentissement du taux de croissance ont été estimées à 7,35 milliards d'USD en 2014 (Banque mondiale, 2014). À l'échelle mondiale, les répercussions économiques des graves pandémies ont été estimées à 4,8 pour cent du produit intérieur brut (PIB) mondial, soit environ 3 billions d'USD au cours du 21ème siècle (Jonas, 2013). Comparé à l'estimation des investissements nécessaires au développement d'un système global de surveillance et de réponse aux maladies qui fonctionne bien, il est estimé que la suppression de pertes de cette envergure pourraient engendrer un retour annuel sur investissement atteignant les 123 pour cent (Banque mondiale, 2012).
2. En renforçant les capacités intersectorielles et inter-pays liées à la surveillance et la réponse aux maladies, le projet REDISSE améliorera les capacités des états-membres de la CEDEAO à rapidement détecter et répondre aux menaces de santé publique de portée internationale. En fin de compte, le projet contribuera à réduire considérablement le fardeau des maladies qui pèse en particulier sur les populations pauvres et vulnérables, atténuant les risques sanitaires et économiques posés par les maladies infectieuses chez les humains et les animaux, et réduisant les menaces de futurs foyers de maladies, favorisant ainsi la sécurité sanitaire mondiale. À l'échelle mondiale, la création d'un réseau régional en Afrique de l'Ouest servira à exploiter les fortes capacités des autres réseaux régionaux dans le but d'améliorer la coopération régionale et mondiale des pays membres de la CEDEAO, de réaliser de meilleurs résultats en matière de santé des populations et de promouvoir la sécurité sanitaire mondiale.
3. Justification du financement/provision du secteur public.
4. Trois raisons principales soutiennent une approche régionale relevant du secteur public à l'égard du réseau de surveillance et de réponse aux maladies en Afrique de l'Ouest. La première est tout simplement la charge économique écrasante que les maladies infectieuses, individuellement et collectivement, imposent à la région, limitant ainsi le développement économique régional et national. Les maladies transmissibles diminuent la productivité, nuisent à la base des ressources humaines et dissuadent les investissements étrangers en Afrique. Par exemple, la tuberculose (TB) entraîne des pertes annuelles d'environ 12 milliards d'USD pour l'économie mondiale. Les patients atteints de tuberculose perdent en moyenne 3 à 4 mois de travail par an, soit des pertes de revenus s'élevant de 30 à 40 pour cent des revenus du ménage (Fonkwo, 2008). Il a été démontré que le paludisme ralentit la croissance économique de 1,3 pour cent par an dans les pays où le paludisme est endémique. Les maladies infectieuses, en particulier celles qui entraînent des épidémies, continuent de provoquer des perturbations coûteuses pour le commerce et les échanges dans toutes les régions du monde. Les pertes potentielles résultant de pandémies sont substantielles et s'élèvent à au moins 30 milliards d'USD par an (Jonas, 2013). L'impact économique associé à l'IAHP H5N1 entre 2003 et 2006 a entraîné près de 2 pour cent de pertes de PIB en Asie de l'Est (OIM, 2009). Au vu de l'interconnexion régnant de la monde, un pathogène provenant d'un village reculé peut atteindre des villes d'importance en 36 heures (Jonas, 2013). Pour ce qui est de la santé animale, l'OIE estime que près de 10 pour cent de la production animale est perdue à cause de maladies sévissant dans les pays où les services vétérinaires sont insuffisants ; la plupart de ces maladies pourraient être évitées et/ou contrôlées de manière efficace et rentable.
5. La deuxième raison repose sur le statut de bien public mondial attribué à un système de surveillance des maladies, qui à la fois n'est pas assujetti à la concurrence (pas de rivaux) et est non-exclusif. L'avantage de prévenir la propagation des maladies infectieuses bénéficient aux particuliers et aux pays ; il n'y a cependant aucun moyen pratique pour limiter ces avantages à ceux qui contribuent à le maintenir (non-exclusivité). De plus, la consommation par une personne ne réduit pas la disponibilité aux autres, que ce soit à l'intérieur des nations ou au-delà (non-rivalité) (Jonas, 2013 ; OMS, 2015). Les avantages d'un système de surveillance et de réponse vont au-delà des frontières nationales car une épidémie non détectée ou non contrôlée est plus à même de se propager à d'autres pays (OMS, 2005). Ces avantages sont acquis à tous les pays, d’où la qualification de « pur » bien public mondial. Les biens publics mondiaux ont un désavantage : il n'y a aucun moyen pratique de faire payer ceux qui en bénéficient [problème du « free-rider » (passager clandestin)]. Pour cette raison, il vaut mieux que la surveillance et la réponse aux maladies infectieuses soient financées par les gouvernements plutôt que par des particuliers (WHO, 2005). Et pour finir, il existe aussi nombre d'externalités qui justifient le financement public de la surveillance et de la réponse aux maladies. Par exemple, la réduction des risques de maladies zoonotiques peut aider à accroître les capacités des pays à entreprendre le commerce du bétail à l'échelle internationale. Cela peut également se traduire par la réduction de la pauvreté pour deux raisons : tout d'abord, le fardeau des maladies infectieuses affecte les pauvres de manière disproportionnée ; d'autre part, l'élevage représente une part relativement importante du revenu des ménages pauvres, et les maladies animales réduisent inexorablement leur bien-être tout en augmentant leur vulnérabilité (Jonas, 2013).
6. La troisième raison est basée sur le partage des ressources dans le but d'améliorer l'efficacité. Des exemples de réapparition de la poliomyélite, de la méningite, du choléra et de la fièvre jaune dans les pays d'Afrique occidentale, maladies que l'on croyait éliminées ou contrôlées, mettent en exergue la nécessité d'une réponse régionale coordonnée. Des ressources coûteuses de haut niveau, telles que les laboratoires référencés de niveau 3, les instituts de recherche spécialisés et les centres de formation avancée peuvent efficacement répondre aux besoins de plus d'un pays. Établir ces ressources dans tous les pays serait un gaspillage et ferait double emploi, en particulier lorsque l'on considère la masse critique d'un personnel hautement qualifié et le volume des services. Des économies de coûts sont aussi réalisables par la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé. La Banque mondiale estime que les économies de coûts s'élèvent de 10 à 15% du coût total du système suivant la prévalence des maladies (Banque mondiale, 2012).
7. L'analyse économique du projet REDISSE examine la justification économique de l'investissement dans la surveillance et la réponse aux maladies en Afrique de l'Ouest. L'analyse identifie tous les avantages potentiels des composantes et des activités du projet, les quantifie en unités monétaires et les compare aux coûts du projet par le biais d'une analyse coûts-avantages ACA.
8. Les épidémies affectent l'économie de deux façons différentes. Tout d'abord, par les effets directs de la morbidité et de la mortalité sur l'utilisation des ressources de soins de santé et par la réduction de la participation de la population active (temporairement ou de façon permanente, les travailleurs étant malades, mourants ou prenant soin de malades). Deuxièmement, la crainte de la contagion entraîne des effets sur le comportement. Elle réduit également la participation de la population active (travailleurs restant à la maison par crainte d'exposition), perturbe les transports, motive les gouvernements à restreindre l'entrée des citoyens des pays touchés, ferme les frontières, et influe sur les décisions du secteur privé et perturbe les échanges, les voyages, et le commerce (Banque mondiale, 2014).
9. Chercher à éviter la contamination entraîne, au sein des populations, des changements de comportement impactant profondément les activités économiques. Les particuliers modifient leur comportement (i) en réduisant leurs voyages par transport aérien ; (ii) en évitant tout voyage vers des zones infectées; et (iii) en réduisant la consommation de services tels que les repas au restaurant, le tourisme, les transports en commun, et les courses non essentielles (Jonas, 2013). Lors de l'épidémie de SRAS de 2003, par exemple, « seules » 8 000 personnes avaient été infectées pour moins de 800 décès. Les voyages en avion vers le RAS de Hong Kong en Chine avaient diminué de 75 pour cent au cours de l'épidémie et de 50 à 60 pour cent, en moyenne, pendant les 4 mois où l'épidémie était active. Les ventes au détail avaient diminué de 15 pour cent au plus fort de l'épidémie, et d'environ 9 pour cent au cours des quatre mois en question (Jonas, 2013; Siu et Wong, 2004).

***Modélisation des impacts potentiels de flambées de maladies***

1. Mesurer les impacts des flambées de maladies est difficile car ce sont des événements sporadiques, avec des points de données trop limités pour en estimer les probabilités. Pour surmonter les incertitudes en matière de vraisemblance de la valeur de paramètres clés (probabilité d'une pandémie et les dommages économiques y afférents), cette analyse a utilisé un modèle de simulation. Les impacts probables résultants de l'intervention proposée seront traités en tant que variables aléatoires avec distributions hypothétiques. Plus précisément, 1 000 simulations seront effectuées dans les 50 prochaines années (2016-2065) sur la base d'une probabilité annuelle de pandémie en Afrique de l'Ouest située dans une fourchette de 0,01 à 0,03, et prenant en compte la possibilité d'une pandémie légère, modérée et sévère (Banque mondiale, 2012 ; Jonas, 2013).[[38]](#footnote-38) L'analyse assume aussi que l'impact économique total sur une année donnée affectera la PIB dans une fourchette comprise entre -0,07 et -4,8 pour cent, ce qui inclut les estimations de l'impact d'une pandémie légère, modérée et grave (Banque mondiale, 2012 ; Jonas, 2013).[[39]](#footnote-39)
2. Contrôler un foyer épidémique en Afrique de l'Ouest représenterait un bénéfice total de 7.2 milliards d'USD par an. La répartition des pertes économiques prévues présente une queue droite relativement longue, ce qui implique la possibilité non négligeable de pertes extrêmes (cependant, la queue est plus courte que celle présente dans des exercices similaires au niveau mondial). Il est supposé que cette estimation a pris en compte les avantages liés à la santé (mortalité et morbidité évitée) et les avantages économiques. Basées sur la répartition des coûts proposée par la Banque mondiale (Banque mondiale, 2008), les pertes dues à la mortalité sont estimées à 864 millions d'USD (12 pour cent), les pertes de productivité dues à la morbidité et l'absentéisme à 2 milliards d'USD (28 pour cent), et les pertes prévues en raison des changements de comportement visant à éviter l'infection à 4,32 milliards d'USD (60 pour cent. Il est possible que l'analyse sous-estime les avantages liés au système de surveillance et de réponse aux maladies ; les raisons en sont les suivantes : (i) elle ne calcule pas l'impact attendu sur les maladies endémiques ; (ii) elle ne prend en compte que les impacts en Afrique de l'Ouest ; et (iii) elle assume que les risques d'occurrences pandémiques seront les mêmes au cours de ce siècle qu'au cours de la période considérée (50 ans).
3. La valeur actuelle nette des coûts du projet, si l'on suppose un taux constant de décaissement, est estimée à 230 millions d'USD. En appliquant la constante estimée de l'impact annuel moyen lors des trois premières années du projet, il est possible de calculer un rapport coûts-bénéfices égal à 108,73 d'USD, soit un retour prévu de 108,73 d'USD pour chaque 1 USD investi dans le contexte du projet.[[40]](#footnote-40) Bien que très élevés, ces résultats reposent sur des paramètres soumis à une forte variabilité. De plus, ceux-ci reposent sur des prévisions d'impacts économiques estimés au moyen de simulations effectuées sur une période de plus de 50 ans ; pour des mesures plus précises, il est nécessaire de mettre en œuvre une simulation différente sur une période de 5 ans. Un tel calcul, tenant compte des gains cumulatifs du PIB, dégage un rapport coûts-bénéfices encore plus élevé (631,01USD).[[41]](#footnote-41) L'analyse de sensibilité est présentée à l'Annexe 5 de l'analyse économique.

## Technique

1. Approche régionale. La nature régionale du projet est tout à fait pertinente et justifiée, compte tenu de la nature transfrontalière des maladies infectieuses, facilitées par les déplacements de personnes, du bétail et de biens aux niveaux national et régional. En outre, compte tenu du fait que de nombreux pathogènes peuvent se transmettre entre les animaux et les êtres humains (plus de 60 pour cent), il est indispensable d'organiser la coordination et l'échange de connaissances et d'informations entre les secteurs concernés par la santé animale et humaine au niveau régional au sein des pays.
2. La sécurité sanitaire est un bien public national/régional. La réalisation de l'objectif du programme de renforcement de la sécurité régionale de la santé de la CEDEAO exige une solide coopération entre les pays membres. Chaque pays nécessite un renforcement de ses domaines techniques clés pour être en mesure de rapidement détecter et prévenir les maladies, et d'être préparé à intervenir face aux maladies à tendance épidémique/épizootique. Les systèmes de santé tant humaine qu'animale doivent en particulier être renforcés principalement dans les domaines où la collaboration porte sur des intérêts croisés. Le RSI et l'OIE établissent les normes et directives internationales primordiales pour le renforcement des systèmes nationaux de santé publique humaine et vétérinaire. Le JEE-RSI et le processus PSV de l'OIE fournissent les cadres nécessaires pour satisfaire progressivement à ces normes.
3. Outre le renforcement des systèmes nationaux de santé publique vétérinaire et humaine et de leurs mécanismes de coopération régionaux respectifs, il y a un besoin urgent d'établir, ou de renforcer, et de maintenir une solide collaboration entre les systèmes nationaux et régionaux afin de mieux gérer les risques qui surviennent à l'interface entre animal-homme-écosystème (concept « Une seule santé »). Pour ce faire, il sera accordé une attention particulière aux fonctions publiques considérées comme essentielles et prioritaires (santé publique vétérinaire et santé publique humaine) qui permettraient de réduire ces risques. Évaluer ces fonctions essentielles, combler les fossés entre systèmes et ministères et réduire les écarts de capacités feraient partie des éléments pivots du programme. Il existe actuellement des outils d'évaluation des pays pour les deux systèmes (Procédure d’évaluation de la performance des Services vétérinaires, l'outil d'Évaluation externe conjointe (JEE) et le cadre de suivi du RSI) ainsi que des passerelles bien identifiées entre ces outils pour les compétences « Une seule santé ».
4. Finalement, les pays mettront en place une plateforme « Une seule santé » nationale et nécessaire à la collaboration intersectorielle, la planification et le suivi, et, lorsque cela est souhaitable, la mise en œuvre conjointe. Au niveau régional, nombre d'activités appuieront la mise en place d'un réseau de plateformes « Une seule santé » pour les pays en question.
5. Domaines techniques devant être renforcés. Toutes les activités proposées contribueront à l'objectif du programme ; cependant, seules certaines seront mises en œuvre au niveau des pays et d'autres au niveau régional. Pour la surveillance de la santé publique à la fois humaine et animale, il est nécessaire d'agir dans les domaines suivants identifiés comme secteurs-clés. Au niveau régional, nombre d'activités appuieront les réseaux sectoriels se rapportant à ces quatre domaines : (i) les systèmes de surveillance et d'information ; (ii) le renforcement des capacités des laboratoires ; (iii) la préparation aux épidémies et les capacités interventions en cas d'urgence ; et (iv) le développement du personnel.
6. Les systèmes de surveillance donneront soit aux pays soit aux régions les capacités de détecter l'apparition de foyers et de menaces pour la santé publique à temps pour permettre d'intervenir de manière appropriée, pertinente et coordonnée. Des capacités fondamentales sont nécessaires tant pour la surveillance basée sur des indicateurs (y compris syndromique) que pour la surveillance basée sur des événements, afin de soutenir les activités de prévention, de contrôle et d'intervention ciblant les maladies infectieuses établies et les menaces émergentes pour la santé publique. Une surveillance solide, soutenue par la technologie moderne de l'information, permettra de reconnaître en temps opportun l'émergence d'agents pathogènes relativement rares ou n'ayant pas encore fait l'objet d'une description dans les pays concernés.
7. Capacités des laboratoires. Il y a nécessité d’un système ou d’un réseau national de laboratoires pour pouvoir détecter et caractériser de manière sûre et précise les pathogènes causant des maladies épidémiques, y compris les menaces à la fois connues et nouvelles, provenant de toutes les régions du pays. En milieu laborantin, la qualité peut se définir en termes de précision, de fiabilité et de rapidité des résultats d'analyses et est nécessaire à l'identification des menaces émergentes pour la santé publique et pour mettre en œuvre les interventions appropriées. Bien qu'il soit important de renforcer les capacités des laboratoires à chaque niveau des systèmes de santé de chaque pays, les ressources concernant les fonctions spécialisées et de haut niveau seront partagées, par souci d'efficacité et de qualité, au niveau régional.
8. Préparation et riposte en cas d'urgence. La préparation et la riposte aux menaces de santé publique implique la promotion de l'expertise d'intervention d'urgence au niveau local, la création de programmes de gestion des urgences en matière de santé publique connectés et robustes, des systèmes et des plateformes de surveillance pour soutenir la planification et la prise de décision, et un personnel de santé publique bien formé. Cela inclut une expertise des services de santé tant humaine qu'animale, le cas échéant. Il faudra mettre en place et soutenir des équipes d'intervention rapide au sein de la santé publique. Il conviendrait de même que des équipes vétérinaires d'intervention rapide soient prêtes à intervenir en cas d'épidémies de maladies animales d'importance majeure. La participation d'autres secteurs et acteurs clés (par exemple, les forces de l'ordre, les douanes, l'armée ...) lors d'interventions d'urgence devrait également être assurée pour toute suspicion de foyers zoonotiques, la collaboration entre la santé publique et les services vétérinaires étant alors justifiée. Les plateformes « Une seule santé » sont nécessaires à la collaboration, la planification, le suivi et l'évaluation de mise dans une approche multisectorielle, et les interventions conjointes lors de maladies/problèmes spécifiques.
9. Le développement de la main-d'œuvre.Un personnel multisectoriel, pleinement compétent, coordonné, évalué, et équipé est nécessaire aux activités de prévention, de détection et d'intervention qui doivent être entreprises efficacement en réponse tant aux fonctions de routine que des urgences en matière de santé publique. Bien qu'il y ait nécessité de développer des capacités supplémentaires en matière de personnel de surveillance et de laboratoires, et de préparation et d'intervention d'urgence au sein des pays participants, les ressources en personnel, en particulier dans des domaines spécialisés, peuvent être exploitées au niveau régional, selon le cas.

## Gestion financière

1. Dans le cadre de la préparation du projet REDISSE, il a été mené une évaluation de la gestion financière des unités de mise en œuvre. L'évaluation (voir l'évaluation complète en Annexe 3) portait sur les entités de coordination de mise en œuvre au niveau national, soit le Ministère de la Santé en Guinée, au Sénégal et en Sierra Leone (utilisant les UM en existence au sein des ministères respectifs), le Ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Sécurité Alimentaire en Sierra Leone ainsi que l'OOAS.
2. Afin de renforcer les dispositions concernant la gestion financière du projet, dans les trois mois suivant la mise en vigueur du projet, les manuels de gestion financière devront être préparés par les MSP en Sierra Leone et dans un délai d'un mois pour la Guinée, alors que toute autre entité chargée de la mise en œuvre devra inclure les dispositions concernant la gestion financière de son projet dans son propre manuel de mise en œuvre du projet; L'OOAS et les MSP du Sénégal et de la Guinée devront recruter un comptable qualifié et expérimenté pour tenir les comptes des fonds du projet dans les trois mois de la mise en vigueur du projet. Le MSP guinéen devra affecter du personnel existant ou recruter un auditeur interne qualifié et expérimenté dans les trois mois suivant la mise en vigueur du programme ; et chacune des entités en charge de la mise en œuvre du programme dans les trois pays devra mettre en place un mécanisme de traitement des plaintes fonctionnel afin d'améliorer la prestation des services dans les six mois suivant la mise en vigueur du programme.
3. Le Manuel des opérations d'intervention en cas d'urgence (EROM) et la Lettre de décaissement devra inclure les modalités de décaissement détaillées applicables selon la CERC du projet proposé. Dans le cadre de cette disposition, il pourrait être fait usage d'une liste positive, qui figurerait dans l'EROM, et qui comprendrait les éléments permettant de procéder à un décaissement. Si une liste positive des dépenses est utilisée, on devra convenir des pièces à l'appui requises pour procéder à la validation des demandes de décaissement (par exemple, des factures et des connaissements pour les importations de produits alimentaires) et les consigner dans l'EROM et la Lettre de décaissement.
4. L'évaluation conclue que les dispositions de gestion financière en place répondent aux exigences minimales de la Banque mondiale, sous réserve de l'application des principes de responsabilité accrue (voir Annexe 8) ; et offrent donc l'assurance raisonnable de pouvoir fournir des informations précises et en temps opportun sur l'état du projet ainsi que le requiert la Banque mondiale. Les risques résiduels concernant la gestion financière globale ont reçus la notation de « Substantiel » pour les trois pays (le Libéria, la Guinée et la Sierra Leone), et « Modéré » pour l'OOAS.

## Passation de marchés

1. Les passations de marchés dans le cadre du projet proposé seront réalisées conformément aux directives de la Banque mondiale : « Directives : Passation de Marchés de fournitures, de travaux et de services (autres que les services de consultants) financés par des prêts de la BIRD et des crédits et dons de l’IDA par les Emprunteurs de la Banque mondiale » datées janvier 2011 et révisées juillet 2014, « Directives : Sélection et l'emploi de Consultants par les Emprunteurs de la Banque mondiale dans le cadre des Prêts de la BIRD et des Crédits et des Dons de l'IDA » datées janvier 2011 et révisé juillet 2014, et les « Directives sur la prévention et la lutte contre la fraude et la corruption dans les projets financés par des prêts de la BIRD et des crédits et des dons de l'IDA », en date du 15 octobre 2006, et révisées en janvier 2011, ainsi que d'autres dispositions stipulées dans la convention de financement.
2. Toutes les entités contractantes ainsi que les soumissionnaires et les prestataires de services, à savoir les fournisseurs, les entrepreneurs et les consultants sont tenus de respecter les plus hauts standards déontologiques lors de la passation de marchés et l'exécution des contrats financés dans le cadre du projet, conformément aux paragraphes 1.16 des Directives de passation des marchés et aux paragraphes 1.23 des Directives concernant les consultants.
3. Les passation de marchés seront effectuées par : (A) au niveau régional par l'OOAS et le CRSA; et (B) au niveau des pays : (i) en Guinée, par l'Unité de coordination de projet du PASSP au sein du Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène Publique ; (ii) au Sénégal par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour quatre ministères qui mettront le Projet en œuvre ( les Ministères de : la Santé et de la Prévention, l'Environnement, l'Agriculture et de l'Élevage) ; (iii) en Sierra Leone par l'Unité intégrée d’administration des projets de santé (IHPAU) dans les bureaux du secrétaire permanent du Ministère de la Santé Publique et de l'Assainissement et par le Ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Sécurité Alimentaire (MAFSA).
4. Pour une description détaillée des passations de marchés et des arrangements institutionnels, se référer à l'Annexe 3 - Modalités d'exécution du projet.

## Social (y compris les protections)

1. Les impacts sociaux et les bénéfices nets du projet se doivent d'être positifs, car ils appuieront la création de technologies de laboratoires et de systèmes de surveillance respectueux de l'environnement et socialement acceptables, et de mécanismes sûrs et sécurisés en matière d'élimination des déchets médicaux et autres liés aux activités du projet, dans les pays participants. La majorité des activités du projet devant avoir lieu dans des installations appartenant au gouvernement sur des terrains gouvernementaux, le projet n'impliquera pas l'acquisition de terrains entraînant une réinstallation involontaire ou une restriction à l'accès aux ressources ou aux sources de subsistance de la population. La PO 4.12 (Réinstallation involontaire) ne sera donc pas déclenchée pour le projet, et celui-ci ne financera aucune activité pouvant déclencher cette politique.

## Environnement (y compris les protections)

1. Le REDISSE I a été classé en catégorie B en raison de la faible ampleur de la nature et de l'amplitude des risques et des impacts pressentis sur l'environnement naturel et physique. Le projet devrait dans l'ensemble avoir des effets positifs sur l'environnement grâce à son appui à la surveillance, au contrôle et à l'endiguement des maladies, y compris les zoonoses. Des impacts négatifs sont liés à la réhabilitation/la mise à niveau des installations médicales entre autres, et à la gestion des ravageurs et la gestion des déchets médicaux et animaux. Les politiques de protection déclenchées par le REDISSE I comprennent l'évaluation environnementale (PO/PB 4.01), et la lutte antiparasitaire (PO 4.09). Chaque pays a préparé un Plan de gestion des déchets médicaux (PGDM) pour lequel il a procédé à des consultations, un Plan de gestion intégrée des vecteurs de maladies (PGIVM), et un Cadre de gestion environnementale et sociale (CGES) qui ont été communiqués au sein des pays, sur le site web de l'OOAS, et sur l'InfoShop (voir tableau ci-dessous). Les CGES reposent sur des cadres déjà en existence pour les projets de santé et les projets agricoles. Lors de la mise en œuvre du projet, des Plans de gestion environnementale et sociale et/ou des Plans de gestion de déchets (PGD) seront élaborés, feront l'objet de consultations et communiqués ; ils traiteront, entre autres, des déchets animaux.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instrument de protection | Communication dans le pays | Communication par le biais de l'InfoShop |
| Guinée  |
| CGES |  27 avril 2016 |  27 avril 2016 |
| PGDM |  27 avril 2016 |  27 avril 2016 |
| PGIVM |  27 avril 2016 |  27 avril 2016 |
| Sénégal  |
| CGES |  26 avril 2016 |  26 avril 2016 |
| PGDM |  26 avril 2016 |  26 avril 2016 |
| PGIVM |  26 avril 2016 |  26 avril 2016 |
| Sierra Leone  |
| CGES |  29 avril 2016 |  29 avril 2016 |
| PGDM |  29 avril 2016 |  29 avril 2016 |
| PGIVM |  29 avril 2016 |  29 avril 2016 |

## Consultation et participation du public et engagement citoyen

1. La conception et la préparation du REDISSE I sont profondément ancrées dans une démarche incluant la consultation et la participation du public. Une série de réunions a eu lieu à Dakar (décembre 2015 et mars 2016) et dans chaque pays (janvier 2016) et ont offert une plateforme pour des discussions ouvertes et le recueil d'expériences pour mieux encadrer la conception et la préparation du REDISSE I. Le recours à la CEDEAO en tant qu'entité régionale de coordination du programme, en particulier à travers l'une de ses branches (l'OOAS), vient confirmer l'approche d’une coordination consultative et inclusive sur laquelle le REDISSE I est élaboré. De plus, la préparation et la mise en œuvre des instruments de protection environnementale se feront de manière consultative et participative. De même, la préparation, la validation et la divulgation publique des quatre instruments visant la protection environnementale et sociale de chaque pays se dérouleront toutes de la même façon afin d'assurer une large participation du public (prenant en compte les considérations des femmes, des jeunes, des personnes âgées, des handicapés et des groupes vulnérables) par le biais de mécanismes de responsabilisation sociale qui devraient favoriser les initiatives de développement durable. La consultation et la participation faisant partie d'un processus itératif, le modus operandi sera maintenu tout au long du cycle de vie du programme REDISSE.

## Modalités de mise en œuvre de mesures sociales et environnementales (y compris les protections)

1. Pour assurer une mise en œuvre adéquate et en temps opportun des mesures de protection afférentes aux instruments de protections connexes et des documents d'évaluation de projets, y compris les juridiques, une équipe de Points focaux en matière de protection sociale et environnementale (SESFP) sera désignée pour former une petite unité de protection au sein de l'Organisme régional de mise en œuvre (CEDEAO-OOAS). Le spécialiste de la protection sociale sera responsable de l'évaluation et du développement social — y compris les questions liées au genre, aux jeunes et aux groupes vulnérables ; le spécialiste de la protection environnementale sera responsable des mesures de protection de l'environnement et de gestion des ressources naturelles -- y compris les questions se rapportant aux questions liées au changement climatique. De même, la même mise en place sera instaurée dans chaque pays bénéficiaire pour assurer le suivi du traitement approprié des questions sociales et environnementales dans leurs projets nationaux respectifs. Les OOAS et SESFP nationaux travailleront étroitement avec les spécialistes de la protection de la Banque mondiale, qui feront en sorte que les capacités techniques des SESFP s'améliorent tout au long du cycle de vie du projet.
2. Lors de l'exécution du projet, ils travailleront tous les deux en étroite collaboration avec les spécialistes de la protection de la Banque mondiale et veilleront à ce que les normes de qualité afférentes aux documents traitant de la protection soient respectées et fassent l'objet d'un reporting adéquat. De même les OOAS-SESFP travailleront avec les SESFP nationaux pour préparer et partager, avec la Banque mondiale, les rapports périodiques des spécialistes de la protection (à clarifier dans le Manuel d’exécution du projet) sur les progrès de la mise en œuvre et du suivi des protections. Ensemble, les équipes s'entendront sur les recommandations de base à mettre en place après chaque mission de renforcement de la mise en œuvre/supervision pour en assurer la conformité avec les documents juridiques.

## Règlements des griefs de la Banque mondiale

1. Les communautés et les particuliers qui pensent être négativement affectés par un projet soutenu par la Banque mondiale (BM) peuvent soumettre leurs plaintes par le biais des mécanismes de règlement des griefs existants ou au Service du règlement des griefs (SRG) de la BM. Le SRG assure passer rapidement en revue les plaintes reçues afin de répondre aux préoccupations liées au projet. Les communautés et les particuliers affectés par le projet peuvent soumettre leurs plaintes au Panel d'inspection indépendant de la Banque mondiale qui détermine si un préjudice a eu lieu, ou pourrait avoir lieu, en conséquence du non-respect des politiques et procédures de la BM. Les plaintes peuvent être présentées à tout moment après que les préoccupations aient été portées directement à l'attention de la Banque mondiale, et qu'il ait été donné à la Direction de la Banque mondiale l'occasion d'y répondre. Pour plus d'informations sur la façon de soumettre une plainte au SRG de la Banque mondiale, veuillez consulter [http://www.worldbank.org/GRS](http://www.worldbank.org/GRM) . Pour plus d'informations sur la façon de soumettre une plainte au Panel d'inspection de la Banque mondiale, veuillez consulter [www.inspectionpanel.org](http://www.inspectionpanel.org/).

|  |
| --- |
| Annexe 1 : Cadre des Résultats et Suivi |
| . |
| **Pays : Afrique** |
| **Nom du projet : Programme régional d'amélioration des systèmes de surveillance des maladies (REDISSE) (P154807)** |
| . |
| **Cadre de résultats** |
| . |
| **Objectifs de développement du projet**  |
| . |
| Énoncé de l'ODP |
| Les objectifs du Projet sont les suivants : (i) renforcer la capacité intersectorielle nationale et régionale pour assurer une meilleure collaboration en matière de surveillance des maladies et de préparation aux épidémies en Afrique de l'Ouest, abordant par là-même les faiblesses systémiques dont souffrent les systèmes de santé animale et humaine et qui entravent l'efficacité de la surveillance et de la réponse aux maladies ; (ii) en cas de crise ou d'urgence éligible, fournir une réponse immédiate et efficace à ladite crise ou urgence éligible. |
| **Ces résultats en sont au** | Stade de projet |
| . |
| **Indicateurs de l'objectif de développement du projet** |
|  |  | Valeurs cibles cumulatives |
| Nom de l'indicateur  | Base | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 | Cible visée |
| Progrès réalisés dans la création d'une plateforme « Une seule santé » active et fonctionnelle (progrès régionaux notés de 1 à 5 sur l'échelle de Likert) ; | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| Les capacités d'analyses des laboratoires quant à la détection des maladies prioritaires : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre)  | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| Les progrès accomplis dans l'établissement de systèmes de surveillance reposant sur un évènement et un indicateur : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre)  | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 |
| Disponibilité des ressources humaines pour mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 3 ou plus (Nombre) ;  | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| Un plan multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique nationale a été créé et mis en œuvre : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre)  | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 |
| Progrès réalisés quant à la collaboration et l'échange d'informations entre les pays : nombre de pays ayant réalisé un score de 4 ou plus (Nombre) | 0,00 | 0,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| GUINÉE - Détection des maladies prioritaires : capacités d'analyses des laboratoires (notation nationale des capacités) (Nombre) | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Progrès accomplis dans l'établissement de systèmes de surveillance reposant sur un évènement et un indicateur (notation nationale des capacités) (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Disponibilité des ressources humaines pour mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI (notation nationale des capacités) (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| GUINÉE - Un plan multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique nationale a été créé et mis en œuvre (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Collaboration et échange d'informations entre les pays : progrès réalisés (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Détection des maladies prioritaires : capacités d'analyses des laboratoires (notation nationale des capacités) (Nombre) | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Progrès accomplis dans l'établissement de systèmes de surveillance reposant sur un évènement et un indicateur (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Disponibilité des ressources humaines pour mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Un plan multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique nationale a été créé et mis en œuvre (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Collaboration et échange d'informations entre les pays : progrès réalisés (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Détection des maladies prioritaires : capacités d'analyses des laboratoires (notation nationale des capacités et moyenne régionale) (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Progrès accomplis dans l'établissement de systèmes de surveillance reposant sur un évènement et un indicateur (notation nationale des capacités) (Nombre) | 2.50 | 2.50 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Disponibilité des ressources humaines pour mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI (notation nationale des capacités) (Nombre) | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| SIERRA LEONE - Un plan multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique nationale a été créé et mis en œuvre (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Collaboration et échange d'informations entre les pays : progrès réalisés (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| . |
| **Indicateurs de résultats intermédiaires**  |
|  |  | Valeurs cibles cumulatives |
| Nom de l'indicateur  | Base | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 | Cible visée |
| Système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 |
| Qualité des systèmes de laboratoires : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 |
| Maladies zoonotiques/pathogènes prioritaires : systèmes de surveillance en place : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 3 ou plus (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| Stratégie concernant le personnel : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 |
| Système d'envoi et de transport des échantillons : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| Programme de formation en épidémiologie appliquée en place, tel le FETP : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | 0,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| Systèmes de reporting efficace pour soumission à l'OMS, l'OIE/FAO : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 5 ou plus (Nombre) ; | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 |
| Mécanismes établis et fonctionnels de lutte contre les zoonoses infectieuses et les zoonoses potentielles : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 |
| Personnel de santé humaine et vétérinaire : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 |
| mécanismes régionaux de capacité de pointe et du stockage mis en place (capacité basée sur une échelle de Likert en 5 points) | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 |
| Nombre de « policy briefings » concernant l'état actuel de la surveillance et de la réponse aux maladies dans la région présentée lors de réunions des chefs d'État de la CEDEAO et des ministres concernés (Santé, Agriculture, Finance, et Environnement) | 0,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 |
| Délai d'exécution entre la date du prélèvement des échantillons et la date de réception des résultats pour les maladies prioritaires : nombre de présentant un délai d'exécution de 3 jours ou moins (Nombre) | 0,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 |
| Citoyens et/ou communautés participant à la planification/la mise en œuvre/l'évaluation des programmes de développement (Oui/Non) | Non | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Nombre total des bénéficiaires du projet et pourcentage de femmes/filles | 0,00 | 107,00 | 110,00 | 113,00 | 116,00 | 129,00 | 123,00 |
| GUINÉE - Système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique (notation nationale des capacités) (Nombre) | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Qualité des systèmes de laboratoire (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Systèmes de surveillance des maladies zoonotiques/pathogènes prioritaires en place (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Stratégie concernant le personnel (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Système d'envoi et de transport d'échantillons (notation nationale des capacités) (Nombre) | 0,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Programme de formation en épidémiologie appliquée en place, tel le FETP (notation nationale des capacités) (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Systèmes de reporting efficace pour soumission à l'OMS, l'OIE/FAO (notation nationale des capacités) (Nombre) | 2,25 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 5,00 |
| GUINÉE - Mécanismes de lutte contre les zoonoses infectieuses et les zoonoses potentielles établis et fonctionnels (notation nationale des capacités et moyenne régionale) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Personnel de santé humaine et vétérinaire (notation nationale des capacités) (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| GUINÉE - Délai d'exécution entre la date du prélèvement des échantillons et la date de réception des résultats pour les maladies prioritaires (Jours) | 5,00 | 5,00 | 4,00 | 4,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| GUINÉE - Citoyens et/ou communautés participant à la planification/la mise en œuvre/l'évaluation des programmes de développement (Oui/Non) | Non | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| GUINÉE - Nombre total de bénéficiaires directs du projet  | 0,00 | 12,28 | 12,60 | 12,93 | 13,30 | 13,62 | 13,98 |
| GUINÉE - Femmes/filles bénéficiaires du projet (pourcentage) | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| SÉNÉGAL - Système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique (notation nationale des capacités) (Nombre) | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Qualité des systèmes de laboratoire (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Systèmes de surveillance des maladies zoonotiques/pathogènes prioritaires en place (Nombre) | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Stratégie concernant le personnel (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Système d'envoi et de transport d'échantillons (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Programme de formation en épidémiologie appliquée en place, tel le FETP (notation nationale des capacités) (Nombre) | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Systèmes de reporting efficace pour soumission à l'OMS, l'OIE/FAO (notation nationale des capacités) (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 5,00 | 5,00 |
| SÉNÉGAL - Mécanismes de lutte contre les zoonoses infectieuses et les zoonoses potentielles établis et fonctionnels (notation nationale des capacités et moyenne régionale) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Personnel de santé humaine et vétérinaire (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| SÉNÉGAL - Délai d'exécution entre la date du prélèvement des échantillons et la date de réception des résultats pour les maladies prioritaires (Jours) | 5,00 | 5,00 | 4,00 | 4,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| SÉNÉGAL - Citoyens et/ou communautés participant à la planification/la mise en œuvre/l'évaluation des programmes de développement (Oui/Non) | Non | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| SÉNÉGAL - Nombre total de bénéficiaires directs du projet  | 0,00 | 14,70 | 15,03 | 15,40 | 15,79 | 16,18 | 16,58 |
| SÉNÉGAL - Femmes/filles bénéficiaires du projet (pourcentage) | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| SIERRA LEONE - Système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Qualité des systèmes de laboratoire (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Systèmes de surveillance des maladies zoonotiques/pathogènes prioritaires en place (Nombre) | 1.50 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| SIERRA LEONE - Stratégie concernant le personnel (notation nationale des capacités et moyenne régionale) (Nombre) | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Système d'envoi et de transport d'échantillons (notation nationale des capacités) (Nombre) | 2,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Programme de formation en épidémiologie appliquée en place, tel le FETP (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| SIERRA LEONE - Systèmes de reporting efficace pour soumission à l'OMS, l'OIE/FAO (notation nationale des capacités) (Nombre) | 3,00 | 3,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| SIERRA LEONE - Mécanismes de lutte contre les zoonoses infectieuses et les zoonoses potentielles établis et fonctionnels (notation nationale des capacités et moyenne régionale) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| SIERRA LEONE - Personnel de santé humaine et vétérinaire (notation nationale des capacités) (Nombre) | 1,00 | 1,00 | 2,00 | 2,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| SIERRA LEONE - Délai d'exécution entre la date du prélèvement des échantillons et la date de réception des résultats pour les maladies prioritaires (Jours) | 5,00 | 5,00 | 4,00 | 4,00 | 3,00 | 3,00 | 3,00 |
| SIERRA LEONE - Citoyens et/ou communautés participant à la planification/la mise en œuvre/l'évaluation des programmes de développement (Oui/Non) | Non | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| SIERRA LEONE - Nombre total de bénéficiaires directs du projet (Nombre)  | 0,00 | 6,32 | 6,49 | 6,66 | 6,84 | 7,03 | 7,22 |
| SIERRA LEONE - Femmes/filles bénéficiaires du projet (Pourcentage) | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| . |

|  |
| --- |
| **Description des indicateurs** |
| . |
| **Indicateurs de l'objectif de développement du projet** |
| Nom de l'indicateur  | Description (définition de l'indicateur, etc.) | Fréquence | Source des données/Méthodologie | Responsable(s) de la collecte des données |
| Progrès réalisés dans la création d'une plateforme « Une seule santé » active et fonctionnelle (progrès régionaux notés de 1 à 5 sur l'échelle de Likert) ; | Où 1 = aucune capacité ; 2 = structure de gouvernance établie et approuvée ; 3 = un plan d'action pour la collaboration régionale a été développé et approuvé ; 4 = le plan d'action est budgétisé et mis en place ; 5 = cinquante pour cent des budgets opérationnels pour la mise en œuvre du plan d'action régional proviennent de budgets nationaux - Informations supplémentaires : Les aspects multisectoriels du projet « Une seule santé » nécessitent la mise en place d'une plateforme sous forme de mécanisme de gouvernance, d'un plan d'action opérationnel, et d'un cadre S&E pour déterminer les responsabilités et les zones d'interface entre la santé humaine, animale et environnementale | Annuel  | Auto-évaluation | OOAS/CRSA |
| Les capacités d'analyses des laboratoires quant à la détection des maladies prioritaires : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre)  | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où : 1 = aucune capacité (le système national de laboratoires n'est en mesure de mener aucun des tests de base) ; 2 = capacités limitées (le système national de laboratoires est en mesure de mener 1 à 2 des tests de base (sur 10) ; 3 = capacités développées (le système national de laboratoires est en mesure de mener 3 à 4 des tests de base (sur 10) ; 4 = capacités démontrées (le système national de laboratoires est en mesure de mener au moins 5 des tests de base (sur 10) ; et, 5 = capacités durables (en plus d'avoir les capacités de mener un minimum de 5 des tests de base, le pays dispose d'un système national pour la passation de marchés et l'assurance qualité) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Les progrès accomplis dans l'établissement de systèmes de surveillance reposant sur un évènement et un indicateur : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre)  | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où : 1 = aucune capacité (il n'existe aucun système de surveillance reposant sur un indicateur ou un événement) ; 2 = capacités limitées (il est prévu qu'un ou des système(s) de surveillance reposant sur un indicateur ou un événement soient opérationnels d'ici un an) ; 3 = capacités développées (un ou des système(s) de surveillance reposant sur un indicateur OU un événement est/sont en place pour la détection des menaces de santé publique) ; 4 = capacités démontrées (un ou des système(s) de surveillance reposant sur un indicateur ET un événement est/sont en place pour la détection des menaces de santé publique) ; 5 = capacités durables (en plus de l'existence de systèmes de surveillance, le pays utilise ses compétences pour venir en aide à d'autres pays développant leurs systèmes de surveillance et fournit depuis cinq ans des données bien normalisées à l'OMS et à l'OIE, sans appui extérieur important) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Disponibilité des ressources humaines pour mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 3 ou plus (Nombre) ;  | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où : 1 = aucune capacité (le pays ne possède aucune des capacités en RH multidisciplinaires requises pour la mise en œuvre des principales capacités RSI) ; 2 = capacités limitées (le pays possède des capacités en RH multidisciplinaires (épidémiologistes, vétérinaires, cliniciens et spécialistes ou techniciens de laboratoire) au niveau national) ; 3 = capacités développées (des capacités en RH multidisciplinaires sont disponibles au niveau national et intermédiaire) ; 4 = capacités démontrées (des capacités en RH multidisciplinaires sont disponibles telles que requises pour les niveaux pertinents du système de santé publique (par exemple, une épidémiologiste disponible au niveau national et au niveau intermédiaire et une assistance épidémiologiste disponible (ou un épidémiologiste formé en cycle court) au niveau local) ; 5 = capacités durables (le pays possède les capacités d'envoyer et de recevoir du personnel multidisciplinaire dans les pays (réaffectation des ressources) et au niveau international)  | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Un plan multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique nationale a été créé et mis en œuvre : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre)  | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où : 1 = aucune capacité (un plan national multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique satisfaisant aux exigences du RSI portant sur les capacités de base n'est pas disponible); 2 = capacités limités (un plan national multirisque de préparation et de réponse aux urgences de santé publique satisfaisant aux exigences du RSI portant sur les capacités de base a été créé) ; 3 = un/des plans nationaux de réponse aux urgences de santé publique intégrant les risques et les points d'entrée ET la capacité d'intervention rapide du RSI pour répondre aux situations d'urgence de portée nationale et internationale est/sont disponible(s) ; 4 = capacités démontrées (des procédures, plans ou stratégies sont en place pour la réaffectation ou la mobilisation de ressources aux niveaux national et intermédiaire pour soutenir l'action au niveau de la réponse locale (y compris la capacité d'intensifier le niveau de la réponse)) 5 = capacités durables (le(s) plans nationaux de réponse aux urgences de santé publique est/sont mis en œuvre/testé(s) lors d'exercices de simulations ou lors d'une urgence réelle et mis à jour en fonctions des besoins) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Progrès réalisés quant à la collaboration et l'échange d'informations entre les pays : nombre de pays ayant réalisé un score de 4 ou plus (Nombre) | Progrès notés sur une échelle de 1 à 5 où : 1 = aucun d'accord formel/informel sur la collaboration/l'échange transfrontaliers d'informations, ni aucune procédure opérationnelle standard ne sont en place ; 2 = des accords informels sur la collaboration/l'échange transfrontaliers d'informations et des procédures opérationnelles standards ont été rédigés ; 3 = capacités développées (des accords formels sur la collaboration/l'échange transfrontaliers d'informations et les procédures opérationnelles standards ont été adoptés) ; 4 = capacités démontrées (des accords formels sur la collaboration/l'échange transfrontaliers d'informations et des procédures opérationnelles standards ont été mis en œuvre et font l'objet d'un suivi régulier) ; 5 = capacités durables (des accords formels sur la collaboration/l'échange transfrontaliers d'informations et des procédures opérationnelles standards ont été mises en œuvre, font l'objet d'un suivi régulier et sont financés par le budget national).  | Annuel  | Auto-évaluations | Pays participants |
| . |
| **Indicateurs de résultats intermédiaires**  |
| Nom de l'indicateur  | Description (définition de l'indicateur, etc.) | Fréquence | Source des données/Méthodologie | Responsable(s) de la collecte des données |
| Système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1-5 où un = aucune capacité (il n'existe aucun système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique) ; 2 = capacités limitées (le pays est en train de développer un système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique pour soit le système de surveillance de santé publique, soit pour celui de la santé vétérinaire) ; 3 = capacités développées (le pays a mis en place un système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique pour soit le système de surveillance de santé publique, soit pour celui de la santé vétérinaire. Le système n'est pas encore en mesure de partager des données en temps réel) ; 4 = capacités démontrées (le pays a mis en place un système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique pour les systèmes de surveillance de la santé publique et vétérinaire. Le système n'est pas encore complètement soutenu par le gouvernement hôte ; et 5 = capacités durables (le pays a mis en place un système de reporting en temps réel, interopérable, interconnecté, électronique, qui comprend à la fois les systèmes de surveillance de santé publique et de santé vétérinaire, qui est soutenu par le gouvernement et en mesure de partager des données avec les parties prenantes concernées conformément aux politiques nationales et aux obligations internationales) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Qualité des systèmes de laboratoires : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (il n'existe aucune norme nationale de laboratoires) ; 2 = capacités limitées (des normes nationales de qualité ont été développées mais il n'existe aucun système pour vérifier leur mise en place) ; 3 = capacités développées (il existe un système d'accréditation des laboratoires de santé qui comprend la conformité aux normes de qualité nationales mais elle est volontaire et n'est pas obligatoire pour tous les laboratoires ou non une exigence pour tous les laboratoires) ; 4 = capacités démontrées (l'accréditation obligatoire de tous les laboratoires de santé est en place et requiert la conformité aux normes de qualité nationale) ; et 5 = capacités durables (l'accréditation obligatoire de tous les laboratoires de santé est en place et la conformité aux normes internationales de qualité est exigée) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Maladies zoonotiques/pathogènes prioritaires : systèmes de surveillance en place : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 3 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (il n'existe aucun système de surveillance zoonotique) ; 2 = capacités limitées (le pays a déterminé des maladies zoonotiques extrêmement préoccupantes pour la santé publique nationale mais n'a pas de système en place pour surveiller les maladies zoonotiques) ; 3 = capacités développées (un système de surveillance zoonotique est en place pour 1 à 4 maladies/pathogènes zoonotiques les plus préoccupantes) ; 4 = capacités démontrées (des systèmes de surveillance zoonotique sont en place pour un minimum des 5 des maladies/pathogènes zoonotiques les plus préoccupantes pour la santé publique) ; et 5 = une capacité durable (des systèmes de surveillance zoonotiques sont en place pour un minimum de 5 des maladies/pathogènes zoonotiques les plus préoccupantes pour la santé publique, y inclus des systèmes d'amélioration continue) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Stratégie concernant le personnel : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (il n'existe aucune stratégie concernant le personnel de santé) ; 2 = capacités limitées (il existe une stratégie en matière de personnel de santé mais elle n'inclue aucun professionnel de santé comme p. ex. des épidémiologistes, des vétérinaires et des techniciens de laboratoire) ; 3 = capacités développées (il existe une stratégie en matière de personnel de santé mais elle n'est ni régulièrement révisée, ni mise à jour ou mise en œuvre de façon cohérente) ; 4 = capacités démontrées (une stratégie en matière de personnel de santé publique a été élaborée et mise en place de façon cohérente ; la stratégie fait l'objet de révisions et de rapports annuellement ; et 5 = capacités durables ( le stade de « capacités démontrées » a été atteint, la rétention du personnel de santé publique fait l'objet d'un suivi et des plans assurant la formation continue, la rétention et la promotion de personnel qualifié au sein du système national sont en place) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Système d'envoi et de transport des échantillons : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (c.-à-d., mis à part le transport ad hoc, aucun système n'est en place pour assurer le transport d'échantillons du niveau du district au niveau national) ; 2 = capacités limitées (un système est en place pour assurer le transport d'échantillons vers des laboratoires nationaux à partir de moins de 50% des districts/niveau intermédiaire du pays pour l'établissement de diagnostics avancés) ; 3 = capacités développées (un système est en place pour assurer le transport d'échantillons vers des laboratoires nationaux à partir de 50% à 80 % des districts/niveau intermédiaire du pays pour l'établissement de diagnostics avancés) ; 4 = capacités démontrées (un système est en place pour assurer le transport d'échantillons vers des laboratoires nationaux à partir d'au moins 80% des districts/niveau intermédiaire du pays pour l'établissement de diagnostics avancés ; et 5 indique = capacité durable (un système de transport d'échantillons vers les laboratoires nationaux à partir d'au moins 80% des districts est en place pour l'établissement de diagnostics avancés ; capacités à transporter des échantillons en provenance de/vers d'autres laboratoires de la région ; et le transport d'échantillons est financé par le budget national) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Programme de formation en épidémiologie appliquée en place, tel le FETP : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (aucune FETP ou autre programme de formation en épidémiologie appliquée n'est établi ou aucun accès à un tel programme n'est disponible dans un autre pays) et 2 = capacité limitée (aucune FETP ou autre programme de formation en épidémiologie appliquée n'est établi au sein du pays, maisle personnel participe à un programme organisé dansun autre pays par le biais d'unaccord existant (au niveau élémentaire, intermédiaire et/ou avancé) ; 3 = capacités développées (un niveau de FETP (élémentaire, intermédiaire, ou avancé), une FETP ou un programme comparable de formation en épidémiologie appliquée est en place dansle pays ou dans un autre pays par le biais d'un accord en existence) ; 4 = capacités démontrées (deux niveaux de FETP (élémentaire, intermédiaire et/ou avancé), ou un/plusieurs programmes comparables dede formation en épidémiologie appliquée est/sont en place dans le pays ou dans un autre pays par le biais d'un accord existant) ; et 5 = capacité durable (trois niveaux de FETP (élémentaire, intermédiaire et avancé) ou un/plusieurs programmes comparables de formation en épidémiologie appliquée sont en place dans le pays ou dans un autre pays par le biais d'un accord existant, et bénéficie d'un financement national durable) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Systèmes de reporting efficace pour soumission à l'OMS, l'OIE/FAO : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 5 ou plus (Nombre) ; | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (aucun point focal national RSI, aucun délégué de l'OIE et/ou aucun point focal national WAHIS n'a été identifié et/ou le point focal/le délégué identifié n'a pas accès au programme de formation et aux meilleures pratiques prévues par l'OMS, l'OIE et la FAO) ; 2 = capacités limitées (le pays a identifié un point focal national RSI, des délégués de l'OIE et/ou des points focaux nationaux WAHIS ; le point focal est lié à un programme de formation et aux meilleures pratiques prévues par l'OMS, l'OIE et la FAO) ; 3 = capacités développées (le pays a démontré sa capacité à identifier une USPPI potentielle et à déposer un rapport auprès de l'OMS émanant d'un exercice ou d'un évènement majeur, et fait de même auprès de OIE pour les maladies zoonotiques pertinentes ; 4 = capacités démontrées (le pays a démontré sa capacité à identifier une USPPI potentielle et à déposer un rapport auprès de l'OMS dans les 24 heures et faire de même auprès de l'OIE pour les maladies zoonotiques pertinentes sur la base d'un exercice ou d'un évènement réel) ; et 5 = capacité durable (le pays a démontré sa capacité à identifier une USPPI potentielle et à déposer un rapport dans les 24 heures, et pouvoir faire de même avec l'OIE pour les maladies zoonotiques pertinentes, et a mis en place un processus multisectoriel d'évaluation d'événements potentiels qui assure leur signalement)  | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ;Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Mécanismes établis et fonctionnels de lutte contre les zoonoses infectieuses et les zoonoses potentielles : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (aucun mécanisme en place) ; 2 = capacités limitées (une politique, stratégie ou plan national est en place) ; 3 = capacités développées (un mécanisme de coordination de la réponse à une flambée de maladies zoonotiques par secteur humain, animal et faune sauvage est établi) ; 4= capacités démontrées (l'échange d'informations systématique et rapide\* entre les unités de surveillance de la santé humaine et autres secteurs pertinents en réaction à un risque zoonotique ou un événement zoonotique urgent) ; et 5 = capacités durables (réponse rapide\*\* en réaction à plus de 80% des évènements zoonotiques de portée nationale et internationale)\*La rapidité est jugée et déterminée par pays\*\* temps entre la détection et la réponse tel que défini par normes régionales/nationales | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Personnel de santé humaine et vétérinaire : nombre de pays ayant réalisé un score JEE de 4 ou plus (Nombre) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où 1 = aucune capacité (le pays ne possède aucun personnel de santé animale en mesure de mener les activités « Une seule santé ») ; 2 = capacités limitées (le pays possède des capacités en matière de personnel de santé animale au sein du système de santé publique nationale) ; 3 = capacité développées (capacités en matière de personnel de santé animale au sein du système de santé publique nationale et dans moins de la moitié des niveaux sous-nationaux) ; 4 = capacités démontrées (capacités en matière de personnel de santé animale au sein du système de santé publique nationale et dans plus de la moitié des niveaux sous-nationaux) ; et 5 = capacités durables (capacités en matière de personnel de santé animale au sein du système de santé publique nationale et à tous les niveaux sous-nationaux ; cela comprend un plan de formation continue pour le personnel de santé animale) | Annuel  | Les évaluations de la JEE (RSI et GHSA) et de la PSV de l'OIE à 3 ans et en fin de projet ; Auto-évaluations par pays les années intermédiaires | Pays participantsLes experts de la JEE et de la PSV de l'OIE |
| Mécanismes régionaux de capacités de pointe et du stockage mis en place (capacités basées sur une échelle de Likert en 5 points) | Capacités notées sur une échelle de 1 à 5 où : 1 = aucune capacité (il n'existe aucune capacité d'intervention rapide et de mécanisme de stockage) ; 2 = capacités limitées (un mécanisme de stockage régional est en place mais les capacités d'intervention rapide sont limitées) ; 3 = capacités développées (les capacités d'intervention rapide et le mécanisme de stockage sont en place) ; 4 = capacités démontrées (les capacités régionales d'intervention rapide et le mécanisme de stockage ont été établis et testés) ; 5 = capacités durables (les capacités régionales d'intervention rapide et le mécanisme de stockage efficaces ont été établis et bénéficient arrangements financiers durables du budget national) | Annuel  | Enquête | OOAS  |
| Nombre de « policy briefings » concernant l'état actuel de la surveillance et de la réponse aux maladies dans la région présentée lors de réunions des chefs d'État de la CEDEAO et des ministres concernés (Santé, Agriculture, Finance, et Environnement) | Nombre cible de « policy briefings » = 5 par an Des rapports de situation concernant la détection de maladies et les capacités d'intervention dans la région de la CEDEAO devraient être fournis annuellement aux chefs d'État et aux ministres concernés (santé, agriculture, environnement, finances); et tous les 6 mois à l'UA, l'OMS Afrique et à l'OIE | Annuel  | Aucune description fournie.  | OOAS  |
| Délai d'exécution entre la date du prélèvement des échantillons et la date de réception des résultats pour les maladies prioritaires : nombre de présentant un délai d'exécution de 3 jours ou moins (Nombre) | Les délais d'exécution des analyses pour un échantillon de laboratoire se mesurent en jours écoulés entre le prélèvement et la réception des résultats. Cela doit s'accomplir dans un laps de temps raisonnable pour permettre de déterminer la nécessité d'une alerte et d'une intervention précoces. Tout dépend des capacités d'analyses des laboratoires, des réseaux de transport d'échantillons, et de la norme de qualité  | Annuel  | Auto-évaluations | Pays |
| Citoyens et/ou communautés participant à la planification/la mise en œuvre/l'évaluation des programmes de développement (Oui/Non) | Existence/inexistence d'organisations citoyennes et ou d'associations locales formées, engagées, encouragées à contribuer à la réussite des objectifs du projet. | Annuel  | Enquête | OOAS/Pays participants |
| Nombre total des bénéficiaires du projet et pourcentage de femmes/filles | Le bénéficiaires de l'ensemble du projet rassemble : (i) les bénéficiaires primaires comptant les ressortissants des trois pays et (ii) les bénéficiaires secondaires, y compris les fournisseurs de services (publics et privés), ainsi que des institutions régionales (l'OOAS et le CRSA) et le pourcentage de femmes bénéficiant de l'ensemble des activités du projet et des activités portant spécifiquement sur leurs besoins chaque fois que possible. | Annuel  | Enquête | OOAS/Pays participants |

Annexe 2 : Description du projet

**Projet régional d'amélioration des systèmes de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest**

**COMPOSANTES DU PROJET**

1. La conception du programme REDISSE comprend le changement d’un paradigme fondé sur la réaction aux crises par un autre embrassant une approche de réduction des risques de catastrophe et une meilleure gestion des risques en développant l’appui aux systèmes de santé animale et humaine, et les liens nécessaires au niveau national et régional pour gérer les menaces de maladies infectieuses.
2. Le projet cherche à répondre aux trois domaines prioritaires suivants : (i) le renforcement de la capacité nationale à détecter et à réagir aux menaces de maladies infectieuses humaines et animales ; (ii) l’établissement de plates-formes nationales et régionales pour la collaboration et une action collective ; et (iii) en dernier lieu, la promotion d’une plate-forme visant à augmenter l’engagement dans les secteurs de la santé humaine, de la santé animale et de l’environnement afin de mettre en œuvre l’approche « Une seule santé ».
3. Le Projet renforcera les capacités des systèmes de santé publique humaine et vétérinaire des pays membres de la CEDEAO sélectionnés (la Guinée, la Sierra Leone et le Sénégal) pour une surveillance efficace et effective et une préparation pour intervenir, par l’intermédiaire : (i) du renforcement des capacités des pays à remplir leurs obligations RSI de l’OMS (2005) en utilisant le cadre de la SIMR et le Manuel et le Code sanitaire des animaux terrestres de l’OIE ; (ii) en renforçant la collaboration régionale durable et efficace et l’action collective afin de détecter, de préparer et de réagir rapidement aux menaces de maladies infectieuses prioritaires en Afrique de l’Ouest, notamment de maladies zoonotiques ; et (iii) en établissant des liens efficaces entre les systèmes sanitaires nationaux et les réseaux régionaux de laboratoires, de surveillance et d’intervention.
4. Le projet comptera cinq composantes : (i) des systèmes de surveillance et d’information ; (ii) le renforcement des capacités des laboratoires ; (iii) la préparation et l’intervention en cas d’urgence ; (iv) la gestion des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies ; et (v) le renforcement des capacités institutionnelles pour la gestion et la coordination du projet.
5. Les cinq composantes identifiées du projet et les treize sous-composantes serviront de menu d’options des pays à sélectionner pour que le projet puisse traiter les besoins spécifiques des pays qui se trouvent à divers stades de la mise en place de leurs systèmes respectifs de surveillance des maladies, de préparation et d’intervention.
6. Les interventions sélectionnées dans chaque composante sont fondées sur des consultations approfondies avec les entités gouvernementales régionales ainsi que d’autres partenaires techniques et financiers clés, notamment la Banque africaine de développement (BAfD), la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF), l'Agence canadienne de développement international (ACDI), l'Agence britannique pour le développement international (DFID), la FAO, le Gouvernement de Corée du Sud, l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), l'OIE, US CDC, USAID, l'OMS. Afin de garantir des liens adéquats et la complémentarité avec d’autres efforts en cours sur la surveillance des maladies et l’intervention dans la sous-région, le projet financera les déficits de financement en investissant dans des interventions qui sont actuellement insuffisamment financées ou qui manquent de soutien de la part du gouvernement ou des donateurs au niveau national et régional. Le soutien des donateurs est aligné sur les stratégies de développement des systèmes sanitaires post-MVE dans les trois pays. Toutefois, reconnaissant la complexité du contexte des partenariats de développement dans les trois pays et l’imprévisibilité des flux de financement, un processus conjoint de mise au point des programmes de travail annuels par pays sera adopté afin de prendre en compte les priorités nationales. Des évaluations seront également effectuées dans le cadre du projet afin d’aider les pays à identifier les déficits critiques de financement afin de mieux rationaliser l’utilisation des ressources des donateurs dans le contexte des besoins prioritaires des pays.
7. Le Projet complétera aussi les interventions les opérations en cours soutenues pas l'IDA, y compris le projet WARDS dans les pays de la CEDEAO, le PRAPS et le projet d’intervention d’urgence en cas d’Ébola (EERP) en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Par exemple, dans le cadre de l’EERP, le projet complétera et reprendra les activités d’EERP en fonction de l’analyse des écarts et de la disponibilité des fonds et soutiendra les efforts menés par d’autres partenaires du projet, notamment l’US CDC, la BAfD, UNICEF et la Coopération française (voir l’Annexe 7 pour tous les détails sur l’alignement du projet REDISSE avec d’autres projets de partenaires de développement soutenus par la Banque mondiale, par pays). Au sein de la Banque mondiale, les chefs des équipes spéciales de chaque pays du secteur de la santé et de l’agriculture s’assureront de la complémentarité des interventions proposées du projet avec les opérations déjà en place. De manière générale, un soutien sera apporté par le projet afin de compléter les activités qui seront mises en œuvre dans le cadre du CRPLM de la CEDEAO et les centres identifiés de collaboration nationale du CRPLM.
8. Lors de la première année du projet, les priorités suivantes ont été proposées pour les trois pays concernés par le REDISSE I: (i) mise en place ou amélioration des mécanismes institutionnels du projet. Par exemple, un comité « Une seule santé », des groupes mixtes de travail technique, un bureau de coordination du projet au niveau national et si besoin, au niveau sous-national ; (ii) des activités préparatoires comme l’évaluation et l’établissement des priorités du programme de surveillance des maladies, la cartographie du risque de maladie, des études de faisabilité de travaux de génie civil si jugées nécessaires et (iii) des activités pilotes comme un événement communautaire fondé sur la surveillance et sur la surveillance de rumeurs.
9. Les plates-formes « Une seule santé » nationales et régionales proposées, notamment les comités « Une seule santé » et les groupes de travail techniques mixtes, aideront à identifier les priorités nationales et régionales de surveillance, de préparation et de réaction vis-à-vis des maladies, et faciliteront l’utilisation des conclusions émanant du système de surveillance afin d’encadrer et d’évaluer les programmes de contrôle des maladies au niveau tant national que régional. Elles faciliteront aussi la création de liens entre les efforts de surveillance et d’autres initiatives nationales et régionales (actuelles et à venir) pour prendre en charge les programmes nationaux de contrôle des maladies, y compris la résistance aux antimicrobiens (RAM). De plus, des liens entre le comité « Une seule santé » et d’autres organismes de coordination existants dans les secteurs de la santé et de l’agriculture seront établis afin d’assurer une approche programmatique du développement des systèmes.
10. S'étendant à toutes les activités qu'il comprend, le projet favorisera le partenariat avec le secteur privé afin d'améliorer les zones de faiblesses connues dans la fourniture de biens publics.

**Composante 1 : Systèmes de surveillance et d'information. *Coût total, y compris les imprévus équivalant à 27,91 millions d'USD dont 23,85 provenant de l'IDA et 4,06 provenant du FFMD.***

1. Cette composante apportera un soutien au renforcement des systèmes de surveillance des maladies humaines et animales de Guinée, du Sénégal et de la Sierra Leone, et au développement des plates-formes humaines et animales régionales interconnectées afin de promouvoir l’action collective, la collaboration transfrontalière et intersectorielle pour la surveillance. Elle soutiendra en particulier (i) l’évaluation des systèmes et réseaux de surveillance épidémiologique ; (ii) l’établissement des priorités des maladies (notamment les zoonotiques) ; (iii) le développement de procédures harmonisées pour la surveillance, le reporting, le diagnostic et la réaction aux maladies prioritaires dans les pays de la région ; (iv) la mise au point de mécanismes institutionnels afin d’améliorer l’efficacité et la coordination des réseaux épidémiologiques de santé animale avec les réseaux de santé humaine, y compris des protocoles de partage rapide des renseignements entre les secteurs ; (v) la conception et la mise en œuvre d’une recherche opérationnelle (notamment l’utilisation d’études de surveillance épidémiologique) et l’utilisation des données de surveillance pour la gestion du risque (prise de décisions sur la prévention et le contrôle des maladies dans la sous-région) et la communication sur le risque ; et (vi) l’augmentation de l’utilisation du TIC, notamment la cartographie du risque de maladies, l’analyse des données, les prévisions et le reporting. Les activités de cette composante viseront particulièrement à traiter les principaux points faibles de la mise en œuvre de la stratégie SIMR, comme le besoin d’activation et de renforcement des systèmes de surveillance communautaires et de développement d’un mécanisme efficace de garantie de l’interopérabilité des systèmes de surveillance.

*Sous-composante 1.1 Soutenir la coordination des systèmes et des processus de surveillance au niveau communautaire dans les secteurs de la santé animale et humaine. Coût total, y compris les imprévus équivalant à 11,04 millions d'USD dont 7,63 provenant de l'IDA et 3,41 provenant du FFMD.*

1. Cette sous-composante impliquera le renforcement des structures et des processus de surveillance au niveau communautaire dans les pays faisant face à des lacunes dans la détection d'événements au sein des communautés (humaines et animales). Cela entraînera l'amélioration des capacités de surveillance active, passive et basée sur des rumeurs au niveau communautaire, y compris dans les zones transfrontalières, et l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan visant à assurer une couverture territoriale adéquate pour la surveillance de la communauté au niveau central.
2. Compte tenu du degré élevé de déplacements non régulés du bétail et des hommes dans la sous-région, il existe un besoin critique d’amélioration des systèmes de surveillance des maladies infectieuses, notamment de surveillance transfrontalière et de coopération pour le contrôle des déplacements des animaux. Les activités du projet dans le cadre de cette composante compléteront la mise en œuvre de l’ensemble d’actions de surveillance et de reporting selon le GHSA des États-Unis, en particulier pour l’amélioration de la surveillance sanitaire aux frontières dans les ports d’entrée internationaux et pour le renforcement des capacités de surveillance communautaire autour des passages de frontières terrestres, et d’autres programmes comme les communautés bénéficiaires du RESEPI. L’activation du système au niveau communautaire devrait entraîner le renforcement des capacités des pays à détecter de manière précoce les cas à la source des flambées de maladies et à signaler rapidement les menaces de maladies infectieuses dans la région, notamment celles d’origine zoonotiques.

|  |
| --- |
| Figure 1 : *Liens entre l’action communautaire, la surveillance et l’intervention régionale* |

*Sous-composante 1.2 Développer l'interopérabilité des systèmes de surveillance et de reporting. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 10,32 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. La deuxième sous-composante appuiera : (i) l’évaluation des systèmes et des réseaux de surveillance de la santé humaine et animale existants visant à hiérarchiser les interventions tant au sein qu’entre les secteurs-clés ; (ii) l’examen et la mise à jour des priorités des maladies nationales et régionales, et l’examen et l’élaboration de lignes directrices, de protocoles et d’outils harmonisés visant à améliorer la surveillance et les processus de reporting ; (iii) le développement des méthodologies et des protocoles communs pour une circulation et une utilisation efficaces des données de surveillance (applicable aux acteurs publics et privés intervenant dans la surveillance des maladies) ; iv) le développement d’infrastructures TIC pour faciliter l’interopérabilité intersectorielle des systèmes de surveillance et de reporting au niveau national et régional ; et (v) l’établissement d’un lien nécessaire entre les systèmes de surveillance et de reporting et les systèmes de gestion des incidences au niveau national.
2. Le projet traitera aussi du besoin de réduire la fragmentation existant actuellement avec de multiples systèmes de surveillance et d’améliorer les processus de gestion des données et de reporting des systèmes de santé publique humaine et animale. Il soutiendra les objectifs stratégiques du SIMR d’amélioration de la disponibilité de renseignements de qualité en investissant dans le développement de l’infrastructure TIC nécessaire pour une interopérabilité intersectorielle des systèmes de surveillance et de reporting au niveau national et régional. L’interopérabilité des systèmes favorisera les pratiques de partage des renseignements, l’intégration des données des laboratoires suite au prélèvement, le transport et la confirmation des échantillons, l’amélioration des rapports de surveillance qui seront utilisés pour répondre aux urgences de santé animale et publique, et la mise en œuvre d’autres interventions rapides appropriées dans la sous-région.
3. En adoptant les meilleures pratiques d’autres régions, des mesures seront prises pour assurer l’aspect pratique de la mise en place de systèmes de surveillance interopérables efficaces incluant l’identification des champions nationaux et régionaux, et la formulation de politiques basées sur les observations afin de soutenir l’établissement d’une capacité adéquate des systèmes de surveillance interopérables.

*Sous-composante 1.3 Mettre en place un système d'alerte précoce pour la prévision des tendances sanitaires infectieuses. Coût total, y compris les imprévus s'élèvent à l'équivalent à 6,55 millions d'USD dont 5,9 provenant de l'IDA et 0,65 provenant du FFMD.*

1. Cette sous-composante impliquera la mise en place d'un système d'alerte précoce, y compris l'utilisation des techniques du système d'information géographique (SIG) pour étudier les profils de maladies infectieuses et faire des prédictions quant à l'évolution des épidémies, y compris les zoonoses, et d'identifier les zones à risques potentiellement élevés d'apparition de foyers de maladies dans la région. Les activités s’y rapportant appuieront le suivi des tendances qui se produisent en matière de maladies infectieuses, telles la résistance aux antimicrobiens (RAM) et la résistance aux insecticides, et l’impact des changements climatiques sur les flambées de maladies infectieuses dans la région.
2. Les avantages de l’investissement dans un réseau régional de surveillance des maladies en Afrique de l’Ouest sont solidement fondés sur l’adoption d’une approche pluridimensionnelle (par l’intermédiaire de coopération transfrontalière et multisectorielle) pour développer des systèmes de santé nationaux plus robustes équipés de la capacité de réagir rapidement et efficacement aux poussées de maladies, ce qui est critique pour la prévention des risques de mortalité due à l’émergence et au retour de menaces épidémiques infectieuses et pour l’amélioration des résultats sanitaires en général.
3. Les interventions identifiées compléteront également les activités du deuxième programme de l'USAID (EPT2), qui se concentre sur la surveillance basée sur le risque dans une sélection des pays pour la mise en œuvre de mesures d’atténuation appropriées.
4. Le projet soutiendra les pays pour entreprendre des activités telles que :
* le développement de mécanismes de reporting précoce basés sur des incitations non financières aussi bien pour la santé humaine qu’animale ;
* la rénovation et la réhabilitation d’installations, la fourniture d’équipements, la logistique et des matériels pour le prélèvement, la conservation et l’expédition au laboratoire des échantillons ; et
* un partenariat avec le secteur privé pour améliorer la surveillance des maladies et le reporting.
1. Le projet soutiendra les partenaires régionaux pour entreprendre des activités telles que :
* l’établissement de mécanismes comme des PA pour l’amélioration de la collaboration régionale dans la surveillance des maladies et des pratiques de partage des données entre les pays ;
* la conception et la fourniture d’une infrastructure TIC comprenant une capacité de vidéoconférences afin d’améliorer les communications et les réseaux régionaux ; et
* la diffusion périodique d’informations sur les meilleures pratiques de surveillance et d’exercices de bilan sur l’état de la surveillance et de l’intervention dans la région CEDEAO.

**Tableau 5 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités du projet** | **Sénégal**  | **Guinée**  | **Sierra Leone**  | **CEDEAO/OOAS** |
| ***COMPOSANTE 1 :***  |  |  |  |  |
| **Sous-composante 1.1** Soutenir la coordination des systèmes et des processus de surveillance au niveau communautaire dans les secteurs de la santé animale et humaine. | 0,66 | 5,90 | 1,07 | 3,41 |
| **Sous-composante 1.2** Développer l'interopérabilité des systèmes de surveillance et de reporting. | 5,33 | 3,80 | 1,19 | 0 |
| **Sous-composante 1.3**Mettre en place un système d'alerte précoce pour la prévision des tendances sanitaires infectieuses. | 0,83 | 2,00 | 3,07 | 0,65 |
| ***Sous-total de la composante 1*** | **6,82** | **11,70** | **5,33** | **4,06** |

**Composante 2 : Renforcement des capacités des laboratoires. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 17,03 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. L’objectif de cette composante est de renforcer les réseaux existants de laboratoires de santé publique, vétérinaires, efficaces, de haute qualité, et accessibles pour le diagnostic des maladies infectieuses humaines et animales, et d’établir une plate-forme de réseaux régionaux pour améliorer la collaboration en recherche en laboratoire. Les laboratoires de santé publique et vétérinaires constituent une partie intégrante et critique des systèmes de surveillance des maladies humaines et animales, et un système sous-développé de laboratoires nuit à la capacité des gouvernements de confirmer et d’intervenir de manière coordonnée en cas de flambées de maladies. Lors de la conception des activités spécifiques, le projet cherchera travailler avec les institutions, systèmes et partenaires internationaux existants et à compléter des initiatives en cours comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), RESOLAB[[42]](#footnote-42), RESAOLAB[[43]](#footnote-43). Il fournira aussi un soutien à l’établissement de liens nécessaires entre les réseaux de laboratoires de santé publique et les réseaux existants de laboratoires privés afin d’améliorer les pratiques des laboratoires dans tous les pays de la région.
2. Le projet visera à combler les principales lacunes des réseaux de laboratoires nécessaires pour (i) une surveillance des maladies à moindre frais et intégrée ; (ii) le respect du RSI et des normes internationales de l’OIE ; (iii) la réalisation d’un diagnostic rapide de qualité permettant de guider les mesures de contrôle ; et (iv) le soutien à la mise en œuvre d’une recherche opérationnelle.
3. Ce projet insistera fortement sur le regroupement et les liaisons des réseaux régionaux de laboratoires de santé publique nationaux et vétérinaires pour gagner en efficacité et obtenir des services de diagnostics de qualité. Il cherchera à traiter des points faibles des systèmes de laboratoires dans les trois pays pour le diagnostic correct des maladies animales prioritaires transmissibles régionales (zoonotiques en particulier) et de l’importance pour la santé publique et pour le partage des renseignements sur ces maladies afin de mettre en place une prévention régionale et une réaction de contrôle efficaces. Des centres régionaux d’excellence identifiés dans différents domaines techniques seront admissibles à un financement régional pour fournir des services de formation, d’autres formes d’assistance technique aux pays et la mise en œuvre d’une recherche opérationnelle dans le cadre d’un accord contractuel. Le Projet soutiendra le développement de politiques, stratégies et protocoles harmonisés au niveau régional, conformes aux pratiques internationalement reconnues, afin d’assurer des résultats rapides et de haute qualité. Cette composante comprend trois sous-composantes.

*Sous-composante 2.1 Examen, mise à niveau et appui aux installations de laboratoires de réseau. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 5,81 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante comprendra : (i) l’évaluation des installations de laboratoires et des réseaux de santé humaine et animale déjà existants pour la hiérarchisation des interventions ; (ii) l’augmentation des services de laboratoires, et la biosécurité et la biosûreté ; (iii) le soutien à l’amélioration de la gestion de la chaîne d’approvisionnement, y compris la mise en place de systèmes de suivi et de gestion des stocks efficaces ; (iv) le soutien technique intégré des systèmes d’information de laboratoires et leur interopérabilité avec les systèmes intégrés de surveillance et de reporting des maladies ; et (v) l’appui au renforcement des systèmes d’assurance de la qualité pour les services de diagnostic.
2. Le projet effectuera des investissements dans la rénovation et la modernisation des installations existantes en assurant des fournitures adéquates et en renforçant la gestion de la chaîne d’approvisionnement. La mise en réseau des laboratoires sera soutenue pour (i) le partage opportun des renseignements entre les pays ; et (ii) la contribution aux enquêtes conjointes sur les flambées de maladies. Les réseaux assurant une meilleure capacité de diagnostic des maladies, identification des menaces de santé publique et d’exécution de la surveillance. Les réseaux serviront aussi de plate-forme effective pour l’apprentissage et le partage des connaissances.

*Sous-composante 2.2 Améliorer la gestion des données et la gestion des échantillons. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 7,21 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Dans le cadre de cette composante, des mesures visant à améliorer la gestion des données comprendront : (i) le renforcement des compétences du personnel de laboratoire pour l’analyse et l’utilisation des données de surveillance en laboratoire ; (ii) le renforcement des systèmes de gestion des données de laboratoires pour un reporting en amont ou en aval plus efficace ; (iii) la réalisation de l’interopérabilité des systèmes de gestion des données, si possible.
2. Cette sous-composante soutiendra aussi le renforcement de la gestion des échantillons, y compris : (i) la simplification du processus d’envoi d’échantillons aux laboratoires, qui comprend l’utilisation des laboratoires sous-nationaux plutôt que de faire acheminer les échantillons à un laboratoire central dans la mesure du possible ; et (ii) l’amélioration de l’efficacité des systèmes de transport et d’élimination des échantillons, y compris par le biais de partenariats avec le secteur privé.

*Sous-composante 2.3 Améliorer les fonctions de mise en réseau des laboratoires régionaux de référence*. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 4,01 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Les activités-régions viseront à (i) renforcer les laboratoires régionaux de référence et éventuellement d’identifier des nouveaux pour des maladies ou techniques de diagnostic spécifiques, (ii) renforcer les réseaux régionaux et le partage de renseignements entre les pays, et (iii) harmoniser les politiques d’assurance de qualité des laboratoires de tous les pays de la région et sur la base des normes internationales.
2. La sous-composante soutiendra les laboratoires régionaux de référence pour servir de centres de diagnostics de qualité et de centres pour la production et le partage de connaissances. Ces laboratoires harmoniseront les outils, proposeront une formation et une assistance technique, exploreront les innovations de diagnostics en laboratoire et serviront de centres d’excellence en documentant et partageant les meilleures pratiques de surveillance des maladies.
3. Cette sous-composante fournira également un appui à l’amélioration de l’assurance de la qualité, notamment (i) l’élaboration de normes, de systèmes d’assurance de la qualité, de procédures et protocoles communs ; (ii) l’introduction de mécanismes d’examen par les pairs ; (iii) l’application de la procédure d’accréditation en cinq étapes et d’assistance technique de l’OMS-Afrique pour appuyer l’accréditation des laboratoires ; et (iv) un appui pour des évaluations de la qualité inter-laboratoires dans les pays participants et le recrutement de personnels supplémentaires pour assurer l’encadrement des laboratoires.
4. Le projet soutiendra les pays pour entreprendre des activités telles que :
* la mise à niveau des politiques des laboratoires, l’optimisation des réseaux économiques des laboratoires ;
* la fourniture d’équipements et matériels de laboratoire, notamment des équipements de gestion des déchets et de protection ;
* la réhabilitation d’installations de laboratoires existantes ;
* la réunion d’experts pour obtenir l’interopérabilité entre les systèmes de surveillance et la plate-forme des systèmes d’information de laboratoires ; et
* le développement d’un partenariat avec le secteur privé pour renforcer les systèmes de gestion des échantillons et simplifier les processus d’envois aux laboratoires et de transport des échantillons.
1. Le projet soutiendra les partenaires régionaux pour entreprendre des activités telles que :
* le renforcement des plates-formes de partage des renseignements des laboratoires régionaux de référence ;
* le développement d’un système régional de transport des échantillons de laboratoires ;
* le développement d’épreuves de compétence régionales entre les laboratoires nationaux et régionaux et d’autres activités pour améliorer les processus d’assurance qualité ; et
* des rénovations internes et la modernisation de la capacité de gestion des maladies infectieuses prioritaires.

**Tableau 6 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités du projet** | **Sénégal**  | **Guinée**  | **Sierra Leone**  |
| ***COMPOSANTE 2*** |  |  |  |
| **Sous-composante 2.1**Examen et mise à niveau des installations de laboratoires de réseau.  | 1,21 | 2,60 | 2,0 |
| **Sous-composante 2.2**Améliorer la gestion des données et la gestion des échantillons.  | 6,05 | ,80 | ,36 |
| **Sous-composante 2.3**Améliorer les fonctions de mise en réseau des laboratoires régionaux de référence.  | 0,49 | 3,40 | 0,12 |
| ***Sous-total de la composante 2*** | **7,75** | **6,8** | **2,48** |

**Composante 3 : Préparation et intervention en cas d'urgence. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 25,96 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. Cette composante appuiera les efforts nationaux et régionaux visant à améliorer les capacités de préparation et d’intervention face aux épidémies de maladies infectieuses en renforçant les capacités locales, nationales et régionales de préparation aux épidémies imminentes chez l’homme et les animaux, et de réaction efficace aux menaces de flambées de maladies, incluant les risques de mortalité qui en résulte posés par les maladies infectieuses. Les interventions du projet fourniront un soutien au renforcement des capacités nationales et régionales d’intervention rapide afin d’assurer une intervention rapide lors d’une urgence et, en ce qui concerne le secteur de la santé humaine, de meilleures performances du système de soins de santé dans la prestation des services.
2. Les activités du projet impliqueront l’établissement de politiques et d’une législation adéquates et d’une planification opérationnelle détaillée pour les mécanismes d’intervention rapide en prenant en compte la demande de services qui augmentent pendant les épidémies et possiblement d’autres catastrophes, ainsi que la mise en place d’équipes d’intervention rapide pluridisciplinaires au niveau national et régional. Dans le cadre de la prestation de routine des services de santé, il visera à mieux éduquer et préparer les communautés aux flambées de maladies et aux urgences.[[44]](#footnote-44) Dans le cadre des efforts intersectoriels, le développement d’une planification et d’une mise en œuvre conjointe sera poursuivi. Le projet soutiendra également le renforcement des capacités des systèmes nationaux de santé pour la gestion des priorités de redressement après catastrophe, notamment la capacité d’intégration des soins d’urgence axés sur la communauté dans le système de soins de santé plus large.
3. Les activités relevant de cette composante soutiendront (i) la mise à jour ou l’élaboration de plans de préparation et d’intervention d’urgence intersectoriels (au niveau national et régional) pour les maladies prioritaires, et veilleront à leur intégration à un cadre national plus large de gestion des risques de catastrophes en tous genres ; (ii) des tests, une évaluation et une amélioration réguliers des plans ; (iii) l’élargissement de la capacité d’intervention rapide du système de santé, y compris l’allocation et l’utilisation des structures et des ressources pré-identifiés existantes (au niveau national et régional) pour les interventions d’urgence, la prévention et le contrôle des infections (PCI) ; (iv) un échange régional des meilleures pratiques et enseignements tirés quant à la préparation et la réaction dans les pays de la région ; (v) l’exploration de l’établissement de mécanismes nationaux et régionaux de financement pour les urgences de santé animale (y compris de développement de modèles de compensations de l’abattage de bétail) et de santé publique ; (vi) l’établissement de partenariats entre le public et le privé pour améliorer la gestion de la logistique de la chaîne d’approvisionnement et la planification sur tous les pays de la région ; (vii) le développement de mécanismes de facilitation de l’accès aux services essentiels de santé et l’amélioration de l’administration des soins de santé primaires et de la réponse aux besoins nutritionnels de la population pendant et après les catastrophes. Afin de limiter la duplication des efforts, les activités du projet compléteront d’autres efforts de préparation et d’intervention en cours dans la sous-région, y compris le projet Préparation et intervention du GHSA en cours de préparation.
4. La composante 3 comprendra trois sous-composantes :

*Sous-composante 3.1 Améliorer la coordination et la collaboration intersectorielles en matière de préparation et de réponse. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 6,01 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Cette sous-composante appuiera (i) l’établissement de partenariats (y compris avec le secteur privé) et des activités de développement de la capacité effective pour la préparation aux flambées de maladies et la gestion des risques de catastrophes au niveau communautaire, du district, national et régional ; (ii) l’amélioration et l’harmonisation des politiques, des législations et des procédures d’exploitation qui incluent des représentants d’autres secteurs pertinents, y compris l’environnement, les douanes/l’immigration, l’éducation, l’application de la loi ; et (iii) l’étude de l’établissement de mécanismes nationaux et régionaux de financement pour assurer une mobilisation rapide des ressources pour les urgences en matière de santé animale et de santé publique.
2. Cette sous-composante soutiendra les activités de renforcement de la coordination de la communication entre les pays pour la préparation et la convention en cas de flambée de maladie (à l’aide d’une approche verticale), notamment (i) le développement, la mise à niveau, les tests des mécanismes de communication opérationnelle, l’élaboration de stratégies de communication sur le risque, la formation de porte-parole ; et (ii) la préparation et les essais de matériels de communication avant une flambée de maladie afin d’assurer l’acceptation locale et la compréhension du contenu. L’adoption d’une approche systématique verticale de la préparation pour les épidémies/pandémies assurera la prise en compte correcte des besoins des communautés, en particulier celles qui sont les plus vulnérables aux flambées de maladies et aux conséquences des catastrophes découlant des pandémies. Afin d’optimiser l’utilisation du réseau vétérinaire déjà limité, des efforts doivent être entrepris pour mieux impliquer les vétérinaires et paraprofessionnels vétérinaires privés (en particulier dans les zones rurales) dans les mécanismes de prévention et d’intervention par l’intermédiaire de la délégation et de la rémunération appropriée pour les activités menées dans ce contexte.
3. Un soutien sera également apporté au niveau régional pour la coordination, le partage dans toute la région des meilleures pratiques et des enseignements tirés.

*Sous-composante 3.2 Renforcer la capacité d'intervention d'urgence. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 19,95 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Les points faibles de la capacité d’intervention rapide du système de santé constituent un problème majeur qui freine le déploiement des interventions de réaction efficace, y compris la réponse efficace aux demandes élevées d’autres soins de santé essentiels pendant les urgences. Cette sous-composante appuiera le renforcement des COU et les capacités d’intervention rapide aux niveaux national et régional afin d’assurer la mise en œuvre de mesures de contrôle établies dans le cadre de plans nationaux et régionaux d’intervention d’urgence au niveau communautaire, des districts, national et régional.
2. Les activités relevant de cette sous-composante appuieront (i) la mise en place et la gestion d’une base de données des EIR qui seront disponibles pour un déploiement rapide ; (ii) le développement et la gestion des mécanismes de stockage (physiques et virtuels) pour assurer la disponibilité des approvisionnements des pays au cours d’une intervention d’urgence ; et (iii) la mobilisation et le déploiement rapides des ressources en réaction aux flambées majeures de maladies infectieuses pour limiter le besoin de réaffectation des ressources et le fardeau qui en résulte sur le système de santé ; (iv) le développement de mécanismes assurant la fourniture des services de santé essentiels afin de répondre aux besoins de santé primaires et nutritionnels de la population.

*Sous-composante 3.3 Composante d’intervention d’urgence (CERC) 0 USD*

1. L'objectif de cette sous-composante est de renforcer les capacités de réponses en cas d'urgence pour renforcer les capacités de réponse du Gouvernement en cas d'urgence, conformément aux procédures régies par le PO/PB 10.00, paragraphe 13 (Intervention rapide en cas de crise et d'urgence). Une probabilité de modérée à élevée existe pendant la durée du projet qu’un ou plusieurs pays subiront une épidémie ou une flambée sanitaire publique d’importance ou d’autres désastres à l’origine d’importantes répercussions économiques ou sociales (Ébola), qui pourraient déclencher une demande du pays auprès de la Banque mondiale afin de prendre en charge l’atténuation, la réponse et la récupération dans les régions affectées par de telles urgences. Afin d’anticiper de tels événements, cette CERC prévoit une demande du pays à la Banque mondiale de prendre en charge l’atténuation, la réponse et la récupération dans les districts affectés par une telle épidémie. La CERC fera office d'option de financement de première ligne lors d'une intervention d'urgence ; les fonds de l'IDA national qui n'ont pas été utilisés seront réaffectés à cette sous-composante en cas d'urgence. Toutefois, si un financement supplémentaire est nécessaire, la restructuration d’autres projets peut également être prise en compte avant de déclencher le PEF.
2. Un EROM sera préparé immédiatement par chaque pays en complément du Manuel d’exécution du projet (MEP) en tant que condition de décaissement dans les trois mois après l’entrée en vigueur du projet. Les pays rédigeront l'EROM immédiatement pour assurer que la CERC soit en place le plus vite possible dans le cas où une urgence se déclarerait dans le tout début de la mise en œuvre du projet. Les déclencheurs du CERC seront clairement définis dans le MEP et dans l’EROM acceptables par la Banque mondiale. Les décaissements seront effectués en vertu d'une liste approuvée de biens, de travaux et de services requis pour soutenir l'atténuation, l'intervention et le rétablissement des crises.
3. Le projet soutiendra les pays pour entreprendre des activités telles que :
* l’examen et la mise en œuvre des plans de préparation et d’intervention reposant sur l’expérience des Plans nationaux d’action intégrés[[45]](#footnote-45)pour les secteurs de la santé animale et humaine afin de mieux réagir aux menaces de maladies infectieuses ;
* amélioration des équipements de vidéoconférences et de communications pour les COU et les EIR.
* mise en place et gestion d’une base de données en temps réel du personnel de santé d’intervention d’urgence en disponibilité pour un déploiement rapide ;
* exercices de simulation en salle concernant le contrôle des flambées de maladies infectieuses au niveau local, régional, national et transfrontalier ; et
* établissement de partenariats avec le secteur privé pour la gestion de la distribution logistique de la chaîne d’approvisionnement.
1. Le projet soutiendra les partenaires régionaux pour entreprendre des activités telles que :
* le développement de protocoles d’accord pour la plate-forme régionale de stockage en vue d’une gestion efficace des stocks et fournitures essentiels lors d’une intervention d’urgence ;
* l’échange régional des meilleures pratiques et des enseignements tirés concernant la préparation et la réponse dans les pays de la région ; et
* l’établissement de partenariats public/privé pour améliorer la gestion et la planification de la logistique de la chaîne d’approvisionnement dans les pays de la région.

**Tableau 7 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités du projet** | **Sénégal**  | **Guinée**  | **Sierra Leone**  |
| ***COMPOSANTE 3*** |  |  |  |
| **Sous-composante 3.1** Améliorer la coordination et la collaboration intersectorielles en matière de préparation et de réponse. | 2,30 | 1,94 | 1,77 |
| **Sous-composante 3.2**Renforcer la capacité d'intervention d'urgence.  | 5,84 | 1,95 | 12,16 |
| **Sous-composante 3.3**Intervention d’urgence de contingence  | 0 | 0 | 0 |
| ***Sous-total de la composante 3*** | **8,14** | **3,89** | **13,93** |

**Composante 4 : Gestion des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 14,1 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. La composante 4 est transversale car les travailleurs de la santé animale et humaine sont les piliers de la surveillance des maladies (Composante 1), des laboratoires (Composante 2) et de la préparation et de l'intervention (Composante 3). Un personnel solide, formé et motivé est essentiel à la mise en œuvre des activités de surveillance et à une intervention rapide en cas de flambées de maladies. Une gestion efficace des ressources humaines peut amener les bonnes personnes possédant les bonnes compétences au bon endroit au bon moment et assure que les données entrées se traduisent par des services effectivement délivrés. Le projet fournira un soutien au développement de la capacité institutionnelle de planification et de gestion de la formation continue du personnel en faisant appel aux structures et aux programmes de formation déjà en place dans les pays de la région.
2. Cette composante comprendra deux sous-composantes.

*Sous-composante 4.1 Cartographie, planification et recrutement des professionnels de santé. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 2,5 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Le projet vise à renforcer la capacité du gouvernement à planifier, mettre en œuvre et contrôler les interventions de ressources humaines. Ce faisant, le projet cherche à construire une capacité sur le long terme pour une meilleure gestion des ressources humaines. Les décisions concernant les ressources humaines peuvent être fondées sur une compréhension solide de l’état actuel de la situation dans chaque pays. À cet égard, des exercices sur les inventaires aideront fortement la planification des interventions de ressources humaines et les processus requis de recrutement.
2. Cette sous-composante comprend : (i) l’évaluation des effectifs actuels en termes de quantité, de répartition géographique et des capacités ; (ii) le renforcement des capacités de gestion des ressources humaines en matière de surveillance et la réponse face aux maladies ; (iii) le soutien aux gouvernements dans leurs capacités à recruter des travailleurs de la santé et créer un environnement incitatif pour encourager les personnes qualifiées à travailler dans le secteur public ; et (iv) l’utilisation d’acteurs privés pour exécuter des activités du secteur public par le biais de délégations de pouvoirs (des mandats sanitaires pour les vétérinaires, p. ex.).

*Sous-composante 4.2 Améliorer la formation, la motivation et la rétention des professionnels de santé. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 11,6 millions d'USD financés par l'IDA.*

***Formation***

1. Cette sous-composante inclura une évaluation et la fourniture d’une assistance technique pour renforcer la capacité institutionnelle de planification et de gestion des programmes de formation continue du personnel (intervenants des secteurs public et privé), avec l’objectif d’obtenir une surveillance, une préparation et une réaction efficaces.
2. Elle fournira également un certain nombre d’activités de formation visant la diversité des intervenants impliqués à différents niveaux de la surveillance, de la préparation et de la réaction. Conscient de l’importance de la participation de la communauté dans la surveillance des maladies, un enseignement essentiel de la crise Ébola, le projet met l’accent sur la formation au niveau de la communauté, plutôt que de se concentrer uniquement aux cadres de plus haut niveau.
3. Au niveau communautaire, les activités peuvent comprendre : (i) la formation des agents « Une seule santé » sur la surveillance et la réaction basées sur des communautés ; (ii) un soutien technique et une supervision des agents communautaires ; (iii) un soutien aux interventions intersectorielles associant dans la communauté des prestataires de services de santé animale et humaine, comme la promotion de la collaboration entre les informateurs de santé publique et les éleveurs de bétail par l’intermédiaire de campagnes de sensibilisation et de formation sur les meilleures pratiques.
4. Au niveau des districts et national, cela inclut la formation des professionnels de la santé sur les compétences essentielles (description ci-dessous). La formation dépendra des capacités de chaque pays mais tentera d’utiliser les programmes existants dans la région et d’autres programmes de formation du personnel qui traitent des domaines critiques de santé publique.

***Motivation et rétention***

1. Les décisions d’embauche dépendent de nombreux facteurs non financiers, comme la satisfaction au travail, la reconnaissance communautaire et d’autres facteurs influençant les préférences individuelles. Le déplacement de la main-d’œuvre est dicté par un processus complexe de prise de décision qui nécessite une meilleure compréhension des caractéristiques comportementales des professionnels de la santé. Pour réussir, toute intervention doit être basée sur une compréhension plus détaillée et précise de ce processus de prise de décision.
2. Le projet tentera de comprendre et de traiter du sujet d’un environnement incitatif au sein duquel fonctionnent les professionnels de la santé. Armé d'une meilleure compréhension de cet environnement, le projet cherchera à mettre en œuvre des activités créant des incitations qui non seulement attirent ceux qui possèdent des compétences pertinentes vis-à-vis du secteur public, mais aussi améliorent le sentiment de motivation et de rétention du personnel.
3. Les activités de cette sous-composante soutiendront (i) une recherche opérationnelle pour mieux comprendre l’environnement incitatif ; (ii) la fourniture de mécanismes basés sur des incitations incluant une assistance technique et une supervision pour les agents communautaires « Une seule santé » engagés dans la surveillance et la réaction basées sur les communautés pour la santé publique et la santé vétérinaire.
4. Le projet soutiendra les pays pour entreprendre des activités telles que :
* l’exploration d’options viables pour assurer un processus efficace et coordonné au niveau central pour le recrutement et la rétention de professionnels de la santé compétents disponibles pour la surveillance de routine et un déploiement rapide.
* le recrutement de nouveaux personnels conformément aux conclusions des évaluations (qui incluront probablement l’établissement de postes d’épidémiologistes de terrain et des spécialistes de laboratoire au niveau des districts), une assistance technique pour la création de systèmes obligeant les personnes recevant une formation spécialisée à servir dans le pays pendant une période préalablement définie.
* la formation des agents de santé communautaire sur la surveillance et la réponse basée sur les communautés.
* la formation sur la gestion des cas et le confinement des patients et du bétail infectieux.
* formation de spécialistes, y compris, mais sans s'y limiter, ceux possédant les compétences suivantes : la formation des spécialistes incluant notamment les compétences suivantes : la PCI (prévention et contrôle des infections), les épidémiologistes, les laboratoires, la gestion des données, les communications, l’information, l’analyse des risques (notamment l’évaluation des risques, la communication du risque et la gestion des risques), les pathologistes et les économistes de la santé pour une analyse économique des flambées de maladies/épidémies/pandémies.
* un parrainage pour une formation à long terme des professionnels hautement qualifiés, par exemple les vétérinaires et les entomologistes.
* l’utilisation de programmes existants dans la région, comme le Programme de formation en épidémiologie de terrain (FETP), le Programme de formation en épidémiologie et laboratoire de terrain (FELTP), le Programme de formation en épidémiologie vétérinaire de terrain )V-FEPT) et d’autres programmes de formation du personnel qui traitent des domaines critiques de santé publique. La fourniture d’appareils portables pour le reporting des événements épidémiologiques/la surveillance syndromique (voir la Composante 1) et d’autres incitations (comme la fourniture d’installation Internet, de numéros d’appel et d’allocations pour la maintenance des véhicules) pour un reporting en temps réel, fourniture d'autres incitations fondées sur les mécanismes pour tous les cadres, y compris le soutien technique et le mentorat.
1. Le projet soutiendra les partenaires régionaux pour entreprendre des activités telles que :
* l’identification de groupements d’experts dans la région pouvant aider les pays et les institutions régionales en cas de besoin.
* le renforcement du rôle des institutions régionales, notamment CEDEAO-OOAS et CEDEAO-CRSA, pour accroître la capacité des pays à gérer les compétences des ressources humaines (notamment la dotation en personnel stratégique) ainsi que la planification et la mise en œuvre de la formation initiale et continue, en étroite collaboration avec le CEDEAO-CDC et d’autres centres d’excellence dans la région, en particulier les ACE et les institutions de formation comme l'EISMV.
* des dispositions de jumelages transfrontaliers et régionaux ainsi que des programmes d’échanges de personnel.
* le renforcement des capacités pour les EIR qualifiés.

**Tableau 8 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités du projet** | **Sénégal**  | **Guinée**  | **Sierra Leone**  |
| ***COMPOSANTE 4*** |  |  |  |
| **Sous-composante 4.1** Cartographie, planification et recrutement des professionnels de la santé | 0,60 | 1,0 | 0,90 |
| **Sous-composante 4.2** Améliorer la formation, la motivation et la rétention des professionnels de santé. | 4,23 | 3,11 | 4,26 |
| ***Sous-total de la composante 4*** | **4,83** | **4,11** | **5,16** |

**Composante 5 : Renforcement des capacités institutionnelles, gestion de projet, coordination et plaidoyer/défense des intérêts. *Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 29,06 millions d'USD financés par l'IDA.***

1. Cette composante se concentre sur tous les aspects relatifs à la gestion du projet, à la coordination avec l'OOAS et au renforcement des capacités du CRSA à coordonner la mise en œuvre des interventions de santé animale. Les activités de gestion du projet devant être soutenues dans le cadre de cette composante, notamment les aspects fiduciaires (gestion financière et passation des marchés), les S&E, la production et la gestion des connaissances, la communication et le contrôle des mesures d’atténuation et de protection. Elle prévoit également un appui institutionnel transversal crucial, satisfaisant aux besoins de renforcement des capacités et de formation identifiés dans les cinq pays et par l'OOAS et le CRSA quant aux activités de renforcement des capacités techniques spécifiques entreprises par le biais des quatre composantes techniques. Elle appuiera l'évaluation régulière des capacités des systèmes nationaux en matière de santé humaine et animale par l'utilisation d'outils de référence (telles que le PSV de l'OIE et la JEE) pour identifier les faiblesses et piloter les progrès. Cette composante contribuera au développement et viendra compléter d'autres projets et initiatives telles que les projets WARDS (qui appuient le développement des capacités institutionnelles de l'OOAS), EAPHLN, GHSA et EPT2 ainsi que d'autres activités plus discrètes visant à favoriser l'harmonisation d'un réseau fonctionnel de surveillance et de réponses aux maladies régionales dans la région de la CEDEAO.
2. Les enseignements tirés de la mise en œuvre d’autres projets régionaux par l’OOAS, notamment le projet Paludisme et maladies tropicales négligées au Sahel, le projet Habilitation économique des femmes et dividende démographique au Sahel (SWEDD) et le projet WARDS, ont été pris en compte pour renforcer la capacité institutionnelle qui sera soutenue dans le cadre de cette composante.
3. Un soutien sera également apporté à la mise en place de plates-formes nationales et régionales de coordination de l'initiative « Une seule santé » dans le but de développer des synergies, une planification conjointe, la mise en œuvre et la communication. Des stratégies seront adoptées pour produire, à partir de sources nationales, des données factuelles qui pourront être utilisées pour plaider en faveur de financements accrus et durables au profit de la surveillance et de la préparation en matière des maladies.
4. Cette composante comprendra deux sous-composantes :

*Sous-composante 5.1 Coordination du projet, gestion fiduciaire, suivi et l'évaluation, génération de données et gestion des connaissances.**Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 20,83 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. L'OOAS accueillera l'unité de coordination de REDISSE (R-UCP) au niveau régional, alors que les ministères compétents responsables ou d'autres institutions soutenant la mise en œuvre du projet REDISSE dans les trois pays accueilleront chacun une unité de coordination nationale (N-UCP). REDISSE (i) renforcera les capacités des institutions nationales et régionales afin que les fonctions principales de gestion de projet, y compris la planification opérationnelle, la gestion financière, les passations de marché et les politiques de protection sociale et environnementale puissent être exécutées efficacement conformément aux directives et procédures de la BM ; (ii) améliorera les systèmes de suivi-évaluation, y compris les SIGS courants et autres sources de données ; (iii) gérera le programme de recherche opérationnelle mis en œuvre par les institutions nationales et régionales qui ont été identifiées dans chacune des quatre composantes techniques du projet ; (iv) promouvra la conception des études d’évaluation d’impact pour mesurer l’impact des interventions du projet ; et (v) coordonnera les rôles des institutions nationales et régionales existantes afin de mieux soutenir les activités prévues.
2. REDISSE financera également la génération de données concernant les activités de santé animale et humaine dans les pays de la CEDEAO, éléments essentiels à l'orientation et à la calibrations des investissements.

*Sous-composante 5.2 Appui institutionnel, renforcement des capacités, plaidoyer et communication. Coût total, y compris les imprévus, l'équivalent de 8,23 millions d'USD financés par l'IDA.*

1. Le REDISSE permettra d'évaluer et de renforcer les capacités au niveau national et régional. Il fournira un soutien technique et financier pour améliorer la fourniture de services par l’OOAS, le CRSA et d’autres institutions ou organisations transversales régionales et internationales concernées par le développement du secteur de la santé animale et humaine. L’OOAS sera principalement responsable de la coordination régionale, guidée par les décisions du Comité de pilotage régional de REDISSE sous le leadership politique de la CEDEAO. Quant à la supervision régionale du domaine de la santé animale, l’OOAS déléguera la coordination opérationnelle et la mise en œuvre des activités de santé animale au CRSA, qui l’exécutera au début avec le soutien de l’OIE. Les activités régionales comprennent les activités mandatées par l’OIE ainsi que celles en soutien aux fonctions essentielles du CRSA. Ces dernières devront être transférées en totalité au CRSA dès que possible, quand la capacité du CRSA sera jugée suffisamment établie. Toutes les activités régionales de santé animale seront mises en œuvre en collaboration pour renforcer les capacités du CRSA afin que le personnel qu’il recrute soit prêt à reprendre la gestion des activités régionales d’accès à la santé conformément aux règles de la Banque mondiale. L’OOAS et le CRSA/OIE utiliseront, selon besoin, les services des autres principaux partenaires techniques de santé humaine et animale comme l’OMS et la FAO. Le projet soutiendra en particulier : (i) la réalisation d’une analyse des lacunes de capacités (notamment la dotation en personnel, les compétences, les équipements, les systèmes et d’autres variables) ; (ii) l’identification de synergies potentielles et de possibilités de brassage d’idées entre les différentes opérations concernant la surveillance des maladies et la réaction, grâce à un parcours progressif de l’opérationnalisation de « Une seule santé » au niveau des pays soutenus par les institutions régionales (Tableau ci-dessous) ; et (iii) l’établissement ou la modernisation des institutions nationales de santé publique. Le projet contribuera aussi au soutien d’un engagement et d’une coordination supérieurs des trois pays dans le processus de prise de décisions et d’élaboration de politiques régionales dans la CEDEAO, ainsi que dans des organisations régionales publiques et non publiques.

**Tableau 9 : Approche progressive possible vers la mise en œuvre de « Une seule santé » au niveau national**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Étapes | Objectifs généraux | Comment | Avec qui | Par qui |
|  | -Explication des points forts et des points faibles respectifs concernant les normes du RSI et de l’OIE-Identification large des domaines d’action commune | Atelier conjoint avec le personnel de santé humaine et de santé animale des ministères respectifs, ateliers relais « RSI-PSV » | Personnel représentant les Ministères concernés du niveau central au niveau administratif le plus petit possible (par exemple, 20 personnes mini. pour chaque secteur) | -Groupe d’experts des PSV de l’OIE et des RSI de l’OMS -Rôle des organismes techniques régionaux dans le développement de leurs propres capacités à organiser et coordonner ces ateliers nationaux (par exemple, l’OOAS et le CRSA avec l’assistance de l’OMS HQ/AFRO et de l’OIE) |
|  | Le développement d’une stratégie commune de traitement des problèmes lors d’une action conjointe est nécessaire. | -Engagement formel des Ministères responsables -Établissement d’un comité intersectoriel en charge de l’élaboration de la stratégie (N.B. : différents mécanismes de gouvernance sont possibles)-Tenue de réunions ad-hoc N.B. : stratégie = Document évolutif avec association d'un processus prônant une révision régulière | -Principalement les directeurs des services concernés des Ministères responsables ; -Implication des parties prenantes pertinentes | -Auto -organisation possible par le niveau régional (groupe d’experts formés pour des conseils réguliers au cours du processus) |
|  | Établissement de priorités des maladies (pour l’approche « Une seule santé ») | -Utilisation d’outils d’établissement des priorités des maladies pour l’approche « Une seule santé » (les possibilités sont nombreuses : outils de santé animale comme l'EC, CaribVet)N.B. : Le manque de données sur des problèmes probablement importants peut servir à inciter des programmes de surveillance spécifiques et à les réadapter dans les outils d’établissement de priorités N. B : L’exercice d’établissement des priorités peut également permettre d’identifier d’autres priorités ne faisant pas partie d’« Une seule santé » | - Personnel sélectionné des services concernés des Ministères responsables ; -Implication des parties prenantes pertinentes | - Soutien de partenaires externes - Organisation possible par le niveau régional (groupe d’experts formés) |
|  | Développement d’un plan d’action détaillé pour les activités « Une seule santé »  | -Découle de 2 et 3-Groupes de travail conjoints pour chaque sujet spécifique à traiter -Équipe restreinte assurant la coordination et le regroupement N. B. : Inclut le budget détaillé, le calendrier, les S&E | - Personnel sélectionné des services concernés des Ministères responsables ; -Implication des parties prenantes pertinentes | - Soutien de partenaires externes (utilisant [[46]](#footnote-46)l’expérience de PNAI) - Organisation possible par le niveau régional (groupe d’experts formés) |
|  | Mise en œuvre du plan d’action | -P. ex. élaboration de protocoles communs pour les activités de surveillance et/ou de contrôle comprenant les rôles clairement définis des secteurs respectifs ; formations conjointes et complémentaires (initiales et continues) ;le développement d’outils et de matériels de communication ; la mise au point de plans d’urgence et d’exercices de simulation multisectoriels ; l’adaptation selon le besoin de la législation ou des réglementations ; la coordination du recueil/de l’analyse des données, des mécanismes de reporting et des procédures de communication ; l’analyse de rentabilité de la surveillance et du contrôle des maladies ; l’analyse des risques ; etc. N.B. : Le champ d’application peut grandement varier en fonction des capacités initiales respectives (ressources humaines, infrastructure, capacités techniques et financières) | -Personnel pertinent des Ministères responsables et parties prenantes sélectionnés (du niveau central au terrain) | - Auto-organisation possible par le niveau régional (données d’entrée/expertise) |

1. Le projet favorisera le plaidoyer et la communication en faveur du projet « Une seule santé ». Cela comprendra : (i) la production et la diffusion des enseignements tirés aux niveaux national et régional par le biais des plates-formes « Une seule santé » nationales et régionales respectivement ; et (ii) la sensibilisation sur les questions stratégiques aux niveaux de la prise de décision et de l’élaboration des politiques des pays et des communautés économiques régionales pour accroître et maintenir l’allocation des ressources octroyées à la surveillance, à la préparation et à la réactions aux maladies.

T**ableau 10 : Activités du projet dans le cadre de la composante 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités du projet** | **Sénégal**  | **Guinée**  | **Sierra Leone**  | **CEDEAO/** **OOAS**  |
| ***COMPOSANTE 5*** |  |  |  |  |
| **Sous-composante 5.1**Coordination du projet, gestion fiduciaire, suivi et l'évaluation, génération de données et gestion des connaissances.  | 1,79 | 2,5 | 1,54 | 15 |
| **Sous-composante 5.2** Appui institutionnel, renforcement des capacités, plaidoyer et communication. | 0,67 | 1,0 | 1,56 | 5 |
| ***Sous-total de la composante 5*** | **2,46** | **3,50** | **3,1** | **20** |

**FINANCEMENT DU PROJET**

1. L'instrument de prêt sera une série de projets (SdP) dans le cadre d'un financement de projets d'investissement (IPF), financé par un des crédits et des dons de l'IDA pour un montant équivalant à 110 millions d'USD pour la première phase (voir tableau ci-dessous). En outre, un fonds fiduciaire multidonateurs du ministère des Affaires étrangères, de la Formation et du Développement du Canada a été créé pour un montant de 4,06 millions d'USD. Il sera utilisé pour financer les activités figurant à la composante 1. Il est prévu que le soutien de la Banque couvrira six exercices fiscaux allant de 2016 à 2023. Le montant total du projet est donc de 114,06 millions d'USD ou équivalents pour la première phase du projet.
2. La ventilation proposée du budget de l’IDA par pays pour le projet REDISSE-SdP 1 est la suivante :

**Tableau 11 : Ventilation du budget de l’IDA par pays**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pays/Institution régionale** | **IDA National** | **IDA Régional** | **Total** |
| CEDEAO/OOAS/ |  |  20,0 |  20,0 |
| Sénégal  | 15,0 |  15,0 |  30,0 |
| Sierra Leone  | 10,0 |  20,0 |  30,0 |
| Guinée  | 10,0 |  20,0 |  30,0 |
| **Total Phase 1** | **35,0** | **90,0** | **110,0** |

**COÛTS ET FINANCEMENT DU PROJET**

1. La ventilation proposée du budget pour le projet est la suivante :

**Tableau 12 : Ventilation du budget proposé par composante**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composantes du projet** | **Coûts du projet (millions d'USD)** | **IDA** **Crédit/Don** | **Don régional de l’IDA** | **FFMD** |
| **Composante 1 : Systèmes de surveillance et d'information**  | **27,91** | **23,85** | **0** | **4,06** |
| **Sous-composante 1.1** Soutenir la coordination des systèmes et des processus de surveillance au niveau communautaire dans les secteurs de la santé animale et humaine. | 11,.04 | 7,63 | 0 | 3,41 |
| **Sous-composante 1.2** Développer l'interopérabilité des systèmes de surveillance et de reporting. | 10,32 | 10,32 | 0 | 0 |
| **Sous-composante 1.3**Mettre en place un système d'alerte précoce pour la prévision des tendances sanitaires infectieuses. | 6,55 | 5,96 | 0 | 0,65 |
| **Composante 2 : Renforcement des capacités des laboratoires**  | **17,03** | **17,03** | **0** | **0** |
| **Sous-composante 2.1**Examen et mise à niveau des installations de laboratoires de réseau.  | 5,81 | 5,81 | 0 | 0 |
| **Sous-composante 2.2**Améliorer la gestion des données et la gestion des échantillons.  | 7,21 | 7,21 | 0 | 0 |
| **Sous-composante 2.3**Améliorer les fonctions de mise en réseau des laboratoires régionaux de référence.  | 4,01 | 4,01 | 0 | 0 |
| **Composante 3 : Préparation et intervention en cas d'urgence**   | **25,96** | **25,96** | **0** | **0** |
| **Sous-composante 3.1** Améliorer la coordination et la collaboration intersectorielles en matière de préparation et de réponse. | 6,01 | 6,01 | 0 | 0 |
| **Sous-composante 3.2**Renforcer la capacité d'intervention d'urgence.  | 19,95 | 19,85 | 0 | 0 |
| **Sous-composante 3.3** Composante 0 USD d'intervention d'urgence. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Composante 4 : Gestion des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies.**  | **14,1** | **14,1** | **0** | **0** |
| **Sous-composante 4.1** Cartographie, planification et recrutement des professionnels de la santé | 2,5 | 2,5 | 0 |  |
| **Sous-composante 4.2** Améliorer la formation, la motivation et la rétention des professionnels de santé. | 11,6 | 11,.6 | 0 | 0 |
| **Composante 5 : Renforcement des capacités institutionnelles, gestion de projet, coordination et plaidoyer/défense des intérêts**. | **29,06** | **9,06** | **20** | **0** |
| **Sous-composante 5.1**Coordination du projet, gestion fiduciaire, suivi et l'évaluation, génération de données et gestion des connaissances.  | 5,83 | 5,83 | 15 | 0 |
| **Sous-composante 5.2** Appui institutionnel, renforcement des capacités, plaidoyer et communication. | 3,23 | 3,23 | 5 | 0 |
| **Total** | **114,06** | **90** | **20** | **4,06** |

**SÉRIE DES OBJECTIFS ET DES PHASES DU PROJET**

1. Compte tenu de la forte demande de participation au projet de la part des pays, de la multiplicité et de la complexité des questions en jeu, du nombre important de parties prenantes et de la nécessité d’un échéancier accéléré pour la préparation du projet, un accord a été conclu pour préparer le REDISSE sous la forme d’une série de projets interdépendants soutenant un programme impliquant plusieurs emprunteurs, qui auront tous besoin de participer pour que les objectifs du programme soient réalisables. Cette approche sert de plateforme à un haut niveau d'harmonisation, de coopération et de coordination des politiques et de la réglementation entre les pays avec pour but des retombées positives qui iront au-delà des frontières de chaque pays, créant ainsi des biens publics régionaux, générant des externalités positives, ou atténuant les effets négatifs.[[47]](#footnote-47)
2. Le premier projet de la série (SdP) sera livré au cours du quatrième trimestre de l'exercice 2016. Le REDISSE-I comprend trois pays tout à fait prêts opérationnellement à recevoir des investissements visant l'amélioration des systèmes de surveillance ; et qui incluent deux de ces pays sont extrêmement vulnérables et un pays possède des systèmes de surveillance plus efficaces qui servent d’hôtes à d'importantes ressources régionales. Le financement du projet est estimé à 110 millions d'USD pour les pays et les régions de l'IDA. La Guinée et la Sierra Leone, qui, avec le Libéria, ont été le plus touchées par la flambée d’Ébola (MVE), sont incluses dans le REDISSE I. Ces pays ont un besoin urgent d’assistance dans l’établissement de capacités essentielles en matière de santé publique, notamment la surveillance et la réponse aux maladies. Un afflux important d'assistance technique et financière liée à la crise MVE a permis à ces pays d'évaluer leurs besoins, de définir les priorités et d'établir des plans de rétablissement et de renforcement des systèmes de santé. Le Sénégal, qui a surmonté la crise MVE en identifiant et contenant rapidement les cas importés de la maladie, possède des systèmes de surveillance des maladies qui fonctionnent mieux et dont on peut dériver les bonnes pratiques pour la sous-région.
3. Le REDISSE II devrait être livré au cours du deuxième trimestre de l'exercice financier 2017 (EF17). Le financement du REDISSE II est estimé à 212 millions d'USD. La livraison de ce projet lors de l'exercice fiscal 2017 laissera davantage de temps pour procéder aux consultations, évaluations et planifications nécessaires pour assurer l'état de préparation des pays. Feront partie du REDISSE II les pays suivants : le Libéria, le Nigéria, la Côte d'Ivoire, la Guinée Bissau, le Ghana, le Togo, le Bénin. La plupart des pays faisant partie du REDISSE II ont participé aux consultations régionales qui se sont déroulées du 1er au 4 décembre 2015 à Dakar au Sénégal aux côtés de la Guinée, du Sénégal et de la Sierra Leone afin d’assurer l’homogénéité des objectifs, des priorités communes et un engagement de collaboration sur les deux projets. Pour nombre des pays du REDISSE II (notamment le Libéria et le Nigéria), les processus de préparation et de planification du projet ont déjà bien avancés. À tous les deux, les REDISSE I et II rassemblent un bloc de pays équatoriaux et côtiers possédant des frontières communes et des profils épidémiologiques similaires qui s'étendent du Sénégal à l'ouest jusqu'au Nigéria à l'est. Sous réserve de la disponibilité des fonds, le REDISSE III devrait être livré au quatrième trimestre 2017 et ciblerait le Niger, le Burkina Faso, le Cap Vert, le Mali et la Gambie.
4. À tous les deux, les REDISSE I et II rassemblent un bloc de pays équatoriaux et côtiers possédant des frontières communes et des profils épidémiologiques similaires qui s'étendent du Sénégal à l'ouest jusqu'au Nigéria à l'est. Les cinq autres pays (le Cap-Vert, le Mali, le Gambie, le Niger et le Burkina Faso) constitueront REDISSE-III et pourront être présentés au Conseil au cours du quatrième trimestre de l’exercice 2017.

**ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET INTÉGRÉS DANS LA CONCEPTION DU PROJET**

1. Reconnaissant les difficultés inhérentes rencontrées lors de la conception de projets régionaux multisectoriels, le projet REDISSE exploite les réalisations et les enseignements tirées de plusieurs projets régionaux, notamment l'EAPHLNP et le projet de Surveillance régionale des maladies en Afrique de l’Ouest (WARDS). Le projet REDISSE est également bien aligné sur les objectifs du GHSA et adapte les meilleures pratiques d’évaluations nationales et des outils du GHSA utilisés pour la mise en œuvre des ensembles d’actions dans le cadre du GHSA. Les meilleures pratiques du projet de Préparation et réponse de l’USAID ont également été adoptées : Les Menaces pandémiques émergentes (EPT1), qui se sont concentrées sur l’atténuation de l’impact des nouveaux « pathogènes à potentiel élevé » d’origines zoonotiques. L’objectif principal  du projet EPT2 consiste à permettre aux gouvernements nationaux d’établir et de renforcer les systèmes, les politiques et les pratiques de prévention, de détection, de réaction et du contrôle des menaces des maladies émergentes en mettant l’accent sur les maladies zoonotiques. (USAID, 2015).
2. Les enseignements tirés des réactions récentes aux grandes flambées de maladies infectieuses, notamment la pandémie en cours de SIDA, le MERS de 2003 et l’épidémie IAHP H5N1 qui a débuté en 2004, la pandémie H1N1 de 2009-10, le MERS depuis 2012 et la flambée d’Ébola en Afrique de l’Ouest de 2014 à 2015. Compte tenu de sa portée régionale, de son influence mondiale, des interventions intersectorielles et de sa durée, le Programme mondial pour le contrôle de l’influenza aviaire et les plans d’intervention en cas de pandémie humaine (GPAI) qui ont été mis au point pour lutter contre l’épidémie IAHP H5N1 et déployés à partir de 2006 dans 62 pays pour 83 opérations, est une source d’enseignements qui peuvent être appliquée à ce projet. Plus récemment, le Groupe indépendant d’évaluation (GIE) a effectué une évaluation de 22 projets nationaux du GPAI et a résumé les principales conclusions de l’évaluation dans le rapport 2014 du GIE : «*Responding to Global Public Bads – Learning from evaluation of the World Bank experience with Avian Influenza 2006-2013* » (voir l’encadré 1 ci-dessous).
3. Le rapport du GIE fait ressortir un certain nombre d’enseignements techniques intéressants issus des projets, qui sont incorporés dans la conception et les dispositions de mise en œuvre du projet REDISSE. En complément à ces enseignements, citons les meilleures pratiques adaptées d’une étude bibliographique exhaustive des modèles réussis de mises en réseaux régionales de surveillance des maladies et la réaction adoptés par d’autres régions, notamment l’observation de l’impact, de la valeur ajoutée et les considérations de durabilité.
4. Les expériences et les enseignements appris les plus pertinents sont indiqués ci-dessous, en gardant à l’esprit que les principales caractéristiques du projet REDISSE concernent son accent sur le renforcement et la durabilité des systèmes de surveillance de santé publique et de santé animale, sur le renforcement de l’aspect intersectoriel et sur la promotion d’une coopération régionale pour le développement des capacités nationales et régionales de préparation et de réaction en vue d’améliorer la sécurité sanitaire globale.
* Études analytiques : La conception du projet a été alimentée par de vastes travaux analytiques sur le Cadre de financement du renforcement des systèmes de santé post-Ébola. Les meilleures pratiques concernant la structure et le fonctionnement des réseaux régionaux de surveillance et de réaction aux maladies dans d’autres régions ont été évaluées dans le cadre de la troisième composante de l’ASA. Le projet incorpore les enseignements tirés d’une étude bibliographique exhaustive sur les dispositifs en existence de mise en réseau régionale de la surveillance et de la réaction face aux maladies dans d’autres régions, notamment : (i) le réseau de santé publique dans la région des îles du Pacifique ; (ii) le réseau de surveillance des maladies infectieuses d'Afrique de l'Est dans la Communauté de l'Afrique de l'Est ; (iii) le réseau de surveillance des maladies du Bassin du Mékong dans la région du bassin du Mékong ; (iv) le réseau du Consortium du Moyen-Orient pour la surveillance des maladies infectieuses au Moyen-Orient ; et (v) le réseau du Centre Sud-Africain pour la surveillance des maladies infectieuses. En Annexe 2 se trouve un résumé des éléments et des enseignements clés tirés des études analytiques.
* Renforcement des capacités institutionnelles : la conception du projet prend en compte à bon escient la nécessité de renforcer les capacités institutionnelles au niveau national et régional. Étant donné que les organisations régionales ne disposent généralement pas du mandat ou de la capacité de mettre en œuvre des programmes majeurs, une partie du projet traitera le renforcement de la capacité institutionnelle de CEDEAO-OOAS et de CEDEAO-CRSA à soutenir la mise en œuvre d’activités spécifiques de niveau régional et qui complètent les activités nationales.
* Prise en compte des faiblesses dans le Cadre des résultats/S&E : En matière de qualité, les difficultés initiales les plus fréquemment citées dans les examens du GIE sont : la faiblesse des systèmes de suivi-évaluation (avec des indicateurs concentrés sur la productions de résultats qui n’évaluent pas nécessairement si une augmentation effective de la capacité de surveillance et de réaction a été obtenue au lien avec l’obtention de résultats intermédiaires ou finaux) ; des indicateurs qui mesurent l’obtention de résultats qui ne sont pas très utiles, surtout si aucune flambée de maladie ne se produit. Un autre problème couramment signalé concerne l’utilisation d’un trop grand nombre d’indicateurs, qui submergent les capacités limitées des unités de gestion du projet. Cela entraîne des lacunes dans la collecte des données ou des données recueillies uniquement pour le reporting de routine plutôt que pour la gestion du projet. Étant donné que le projet REDISSE se concentre sur la prévention et la préparation au contrôle des menaces de flambées de maladies infectieuses avec une probabilité incertaine de se produire et une envergure inconnue de l’impact (dans l’éventualité de la survenue d’une telle flambée), une sélection d’indicateurs a été retenue comme indicateurs de niveau ODP pouvant évaluer les progrès réalisés dans l’amélioration des résultats intermédiaires, particulièrement le renforcement de la capacité institutionnelle (efficacité des systèmes de surveillance etc.). Le cadre des résultats du projet fait aussi appel à des outils existants tels que les outils d’Évaluation externe conjointe utilisés pour évaluer la capacité des pays à mettre en œuvre le RSI (2005) et l’outil PSV de l’OIE (Performance des services vétérinaires). Le projet a également été conçu en étroite collaboration avec l’US CDC pour aligner les indicateurs du cadre des résultats avec les mesures utilisées dans la mise en œuvre du GHSA.
* Activités du projet clairement définies : Le projet REDISSE traite de l’importance de distinguer les activités mises en œuvre par les pays à financer dans le cadre du projet pour l’amélioration des systèmes de surveillance des maladies, de celles mises en œuvre par les institutions régionales qui contribuent à la nature du bien public global du projet.
* Amélioration de la coopération entre les secteurs et les régions : Le contrôle efficace des maladies infectieuses et la préparation aux flambées de maladies d’origines animales nécessitent une coopération et une collaboration entre les secteurs de la santé animale et de la santé humaine, au niveau stratégique et dans la mise en œuvre. La conception du REDISSE repose fortement sur la coopération des deux secteurs au sein de la Banque mondiale et parmi les représentants gouvernementaux des pays, les entités régionales et les partenaires de développement. La conception du projet favorise fortement les interventions intersectorielles au niveau régional afin d’encourager la coopération internationale, un élément important qui s’est révélé manquant dans les projets GPAI. La conception du projet encourage également un soutien institutionnel systématique favorisant la coordination intersectorielle de la préparation à la mise en œuvre du projet.
* Modalités de mise en œuvre : Le projet sera mis en place par un coordinateur du projet (UPC) en charge de la coordination globale des activités du projet sur tous les secteurs afin d’améliorer l’efficacité de la mise en œuvre des interventions du projet.
* Création de meilleurs systèmes de santé : La conception du projet REDISSE comprend le changement d’un paradigme fondé sur la réaction aux crises à un autre qui embrasse une approche de la réduction des risques de catastrophe et une meilleure gestion des risques en développant un appui aux systèmes nécessaires de santé animale et humaine, et les liens nécessaires au niveau national et régional pour gérer les menaces de maladies infectieuses. La conception du projet contribue ainsi au renforcement de la mise en place de capacités à long terme des systèmes entre les deux secteurs afin de détecter et de répondre plus efficacement aux maladies infectieuses de nature zoonotique de façon plus intégrée. À plus long terme, la conception du projet prend en compte le besoin de renforcer la capacité sectorielle à effectuer les fonctions essentielles de santé publique et de santé vétérinaire conformément aux normes internationales établies par l’OMS et l’OIE. La conception du projet REDISSE traite également du besoin de systèmes intégrés de surveillance pouvant faire face aux différents types de flambées de maladies et de développement de systèmes compatibles pour l’amélioration des pratiques de partage des données entre les systèmes de surveillance de santé animale et de santé humaine pour les zoonoses et autres problèmes courants comme la RAM.
* Engagement du secteur privé : Engagement du secteur privé :Adoptant les enseignements tirés d’autres projets régionaux, le projet favorise aussi un partenariat avec le secteur privé pour améliorer les zones de faiblesses connues dans la fourniture de biens publics comme la planification et la gestion de la logistique de la chaîne d’approvisionnement, les systèmes de transport des échantillons, le développement de stratégies de communication claires adaptées au contexte local et le renforcement de l’implication des intervenants privés dans les activités de surveillance et de contrôle des maladies (par exemple, mandat sanitaire pour les vétérinaires privés).
* Assurer le rapport coût-efficacité des interventions : Le rapport du GIE souligne que, même si de nombreux projets ont apporté leur contribution aux importantes améliorations de capacité de diagnostic des maladies, il existait une tendance à trop concentrer les investissements du projet dans l’infrastructure et l’équipement des laboratoires plutôt que dans le développement des systèmes et dans les capacités humaines. Après avoir profondément pris en compte le rapport coût-efficacité et l’implication des coûts élevés de maintenance (infrastructure et capacités humaines) nécessaires pour maintenir un laboratoire de niveau 3 de biosûreté (BSL3), le concept du projet REDISSE se focalisera sur l’amélioration des performances globales des laboratoires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire mais envisagera aussi un soutien à la modernisation des laboratoires de référence identifiée selon les normes de laboratoires BSL3 dans le cadre d’une activité de niveau régional qui favorisera la mise en réseau effective des laboratoires des différents pays. D’autres interventions économiques ont été sérieusement prises en compte et incorporées dans le projet. Par exemple, pour réduire la durée nécessaire aux tests de diagnostic, le projet tient compte du fait qu’il est souvent plus économique de développer un système efficace de transport des échantillons que de financer un vaste réseau de laboratoires qui ne pourra durer.
* Responsabilité du client : Un autre enseignement d’importance est que conjointement au soutien des partenaires donateurs et d’autres organismes internationaux, chaque pays est individuellement essentiel pour assurer qu’un programme coordonné au niveau régional réponde avec succès aux menaces posées par les maladies infectieuses. Par exemple, alors que les pandémies et la RAM constituent des menaces mondiales, les programmes visant à réduire ces menaces doivent être lancés et menés par les pays sur la base de leur évaluation des possibilités à atteindre les objectifs nationaux par la réduction du fardeau des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes, y compris les maladies endémiques. L’engagement des pays pour les programmes intégrés est primordial, tout comme le soutien coordonné des donateurs pour ces programmes.
* Plans de durabilité : La conception du projet tient compte de la nécessité d’intégrer la préparation aux épidémies et la gestion des risques de maladies zoonotiques aux programmes en cours dans le secteur de la santé et de l’agriculture pour assurer la durabilité. Bien que les efforts de la Banque mondiale visant au développement et à la gestion du GPAI aient globalement réussis, leur incapacité à maintenir leur soutien à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses n’a pas permis à certains pays d’être suffisamment préparés à faire face à des menaces nouvelles ou récurrentes. Il a été établi que la meilleure approche serait de moins s’impliquer dans l’intervention d’urgence et de travailler plus au renforcement des capacités à long terme afin d’appuyer les systèmes de santé par le biais d’interventions intersectorielles ; cette approche est incorporée dans la conception du projet REDISSE.

**Tableau 13 : Résumé des conclusions de l’étude bibliographique des observations de la valeur et de l’impact de la mise en réseau régionale dans la surveillance et la réaction aux maladies.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs/mesures de la valeur ajoutée** | **Réseau de l’étude de cas** | **Impact observé** |
| *Indicateurs épidémiologiques* |
| Réduction de la durée de la détection | EAIDSNet | * Détection précoce de 4 flambées d’Ébola et de points de transmission en Ouganda (voir Tableau 5.1)
 |
| Cas/flambées évités | EAIDSNet | * Flambées évitées et réduction des cas d’Ébola, de la fièvre de la Vallée du Rift, du virus Marburg et du poliovirus sauvage
 |
| Système efficace d’alerte rapide avec capacité établie d’évaluation des tendances | ROSSP | * La mise en place de PacNet a entraîné la mise en œuvre de mesures préventives contre la propagation dans les pays de la région de maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes comme la dengue, l’influenza, la rougeole, la rubéole et le MERS
 |
| Réduction du délai d’action/d’intervention efficace  | EAIDSNet | * Réduction de la durée de transmission des informations vitales provenant des données de surveillance pour une intervention efficace
 |
| Amplitude évitée de la mortalité et de la morbidité  | EAIDSNet | * Confinement de la propagation de 4 flambées de MVE enregistrées dans la région
 |
| Mesure des facteurs de risque des maladies pour la mise au point d’interventions précoces de prévention | MECIDS | * Formation du personnel à la communication du risque de maladies dans les pays du bassin du Mékong
 |
| *Mesure des capacités de base améliorées du RSI (2005)* |
| Renforcement de la capacité technique des pays (notamment une amélioration de l’utilisation des TIC) | EAIDSNet ; MECIDS ; SACIDS | * Réussite du projet pilote du portail « Une seule santé » sur le Web reliant la surveillance des maladies animales et humaines (EAIDSNet) ;
* Partenariat réussi avec l’Université de Mahidol pour former des fonctionnaires transfrontaliers sur l’utilisation des Systèmes d’informations géographiques pour la recherche, les enquêtes sur les flambées de maladies et les communications (MECIDS)
* Partenariat avec EAIDSNet sur le pilote d’un système basé sur les téléphones portables pour une communication transfrontalière rapide de renseignements de surveillance de santé animale-humaine (SACIDS)
 |
| Amélioration de la surveillance et de l’utilisation des données de surveillance pour l’action/la formulation d’une politique exécutable | EAIDSNet ; MECIDS ; ROSSP | * Amélioration du cadre de surveillance transfrontalière dans le contexte du RSI (2005) et du SIMR
* Amélioration du système de reporting utilisé pour l’atténuation de l’impact de l’IA (MECIDS)
* Intégration des données de surveillance dans les pays membres
 |
| Renforcement de la capacité de préparation et d’intervention | EAIDSNet ; MECIDS | * Achèvement réussi d’un exercice de simulation sur le terrain de la préparation à une pandémie d’IAHP (EAIDSNet), notamment à la frontière entre le Kenya et l’Ouganda ;
* Préparation réussie d’une réaction à des flambées de H5N1, de dengue et à des catastrophes naturelles en 2008 au Myanmar (MECIDS) ;
* Réussite de la préparation et de la réaction à la flambée de H1N1 au Moyen-Orient (MECIDS)
 |
| Nombre de sites transfrontaliers établis (points d’entrée) | EAIDSNet ; MECIDS | * Renforcement des équipes de gestion de la santé des districts transfrontaliers ;
* Augmentation du nombre de sites transfrontaliers de 4 à 24 en 3 ans (MECIDS)
 |
| Amélioration de la confirmation en laboratoire | EAIDSNet ; dans tous les réseaux régionaux | * Mise en œuvre des activités du projet EAPHLNP pour améliorer la capacité des laboratoires de la région
* Promotion des meilleures pratiques de laboratoires et diffusion de protocoles normalisés de laboratoires
 |
| Ressources humaines correctement formées et qualifiées | EAIDSNet ; MECIDS | * Renforcement de la capacité de dotation en personnel des RHS pour la surveillance et la réaction aux maladies en adoptant une approche « Une seule santé » (EAIDSNet)
* Renforcement des capacités des RHS : formation des médecins en épidémiologie de terrain, surveillance et réaction aux maladies (MECIDS)
* Mise au point de protocoles communs de formation sur les compétences essentielles du personnel de santé pour les pays membres (MECIDS)
 |
| *Indicateurs du renforcement des systèmes de santé* |
| Efficacité d’un système RDSR | MECIDS | * Amélioration de la coordination intersectorielle pour les activités de préparation et de réaction (MECIDS)
* Sert de plate-forme effective aux pays pour surveiller les tendances des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes dans les pays membres (MECIDS)
 |
| Amélioration de la coordination des activités de prévention et de contrôle des maladies depuis le niveau communautaire jusqu’au niveau national | EAIDSNet ; SACIDS | * Établissement d’équipes Santé Village (VHT) et de protocoles de reporting pour le système d’informations de santé des districts
* Sert de passerelle effective entre les ministères de la santé humaine, du bétail et de la faune dans les 14 pays du SADC
 |
| Affectations des ressources pendant la planification pour la santé | MECIDS | * Affectations des ressources pour l’augmentation des sites transfrontaliers de surveillance et de réaction
 |
| Renforcement de la capacité nationale dans le secteur de la santé | EAIDSNet ; SACIDS | * Institutionnalisation d’une unité formelle de la santé au sein de la CAE
* Sert de passerelle effective entre les ministères de la santé humaine, du bétail et de la faune dans les 14 pays du SADC
 |
| Engagement du secteur privé | ROSSP ; SACIDS  | Mise en place de PacNet |
| *Mesures de la coopération sous-régionale et régionale* |
| Renforcement de la coopération entre les états membres | MECIDS ; SACIDS | * Mise en place d’équipes d’interventions transfrontalières et intersectorielles (MBRT) composées de fonctionnaires formés des pays membres et représentant les secteurs de la santé, des animaux, des douanes et de l’immigration (MECIDS)
* Surveillance effective des maladies vectorielles dépendantes du climat avec une préoccupation sur le potentiel de transmission entre espèces (SACIDS)
 |
| Réalisation d’enquêtes conjointes sur les flambées de maladies | MECIDS ; EAIDSNet | * Enquête conjointe sur la dengue par des équipes d’interventions transfrontalières et multisectorielles (fonctionnaires des services de santé, des douanes et de l’immigration) entre des sites provinciaux laotiens et thaïlandais ; enquêtes conjointes sur des cas humains d’influenza aviaire (MECIDS) ;
* Enquêtes conjointes sur 4 flambées de MVE

  |

Annexe 3 : Modalités de mise en œuvre

**Projet régional d'amélioration des systèmes de surveillance des maladies**

**en Afrique de l'Ouest**

1. **DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES**
2. Le programme REDISSE sera mis en œuvre au niveau régional et national. Au niveau régional, la mise en œuvre du projet sera coordonnée par l’OOAS de la CEDEAO, qui accueillera le secrétariat régional du projet. Dans le cadre de cette coordination régionale, les gouvernements des trois pays participants mettront en œuvre des tâches au niveau des pays conformément aux dispositions respectives de mise en œuvre de chaque pays. L’OOAS fournira également son appui aux pays directement et par l’intermédiaire d’accords de services et de protocoles d’accord (PA) avec les organisations techniques telles que l’OMS et l’OIE. Ce dispositif proposé est entièrement conforme aux recommandations du GIE en matière de projets régionaux[[48]](#footnote-48).
3. La coordination régionale sera gérée par un Comité de pilotage régional (CPR), dont le secrétariat sera administré par l’OOAS. Plus généralement, l'OOAS sera responsable de la coordination technique au niveau régional. L’OOAS sur le plan de la santé humaine et le CRSA sur celui de la santé animale, cette dernière étant prise en charge par l’OIE[[49]](#footnote-49), seront aussi responsables de l’exécution des activités régionales identifiées et du soutien aux pays quant aux problèmes spécifiques. Le CDR sera composé de représentants des ministères impliqués de l'ensemble des trois pays et se réunira deux fois par an.
4. En ce qui concerne les flux financiers, les fonds de l'IDA seront mis à la disposition de l'OOAS (grâce à un don régional octroyé directement par l'IDA). L’OOAS allouera une partie du produit du don régional au soutien de la mise en œuvre des activités régionales en matière de santé animale et d’assistance technique ciblée aux pays pris en charge par le Centre régional de santé animale de Bamako soutenu par l’OIE. Ce soutien est prévu jusqu'à ce que le CRSA ait les capacités minimales nécessaires pour mener à bien les activités du projet.

|  |
| --- |
| Figure 2 : ECOWAS/CEDEAO - Dispositions institutionnelles régionales |

1. Dans les pays, il est prévu que des unités de coordination nationale du projet (UCP) soient mises en place avec pour responsabilités la coordination générale et la gestion des activités du projet. L'UCP devra pouvoir travailler dans tous les secteurs pour renforcer l'efficacité et la concordance lors de leur intervention dans la mise en œuvre de projets. Compte tenu de la nature multisectorielle des activités proposées, un Comité de pilotage national (CPN), déjà en existence ou qui devra être mis en place, supervisera la planification annuelle et pilotera la mise en œuvre du projet, tandis qu'une unité de mise en œuvre du projet sera mise en place pour coordonner et gérer les activités du projet, ainsi que pour assurer le transfert et le suivi de l'utilisation des fonds par d'autres ministères et partenaires de mise en œuvre. Dans tous les pays, l’organisme de mise en œuvre fonctionnera comme un « ministère parapluie », chargé de coordonner la mise en œuvre des différentes composantes par secteurs ministériels (agriculture, élevage, santé, environnement, etc.) et par ONG. Chaque ministère technique sera représenté aux CPN et aux CPR.
2. Suit ici une description des dispositions institutionnelles par pays.

**A – GUINÉE**

1. Les services ministériels concernés par la mise en œuvre du REDISSE I sont les suivants :
* le Ministère de la Santé, chargé de la protection de la santé humaine ; et
* le Ministère de l'élevage et de la production animale, chargé de la gestion de la santé animale. Le Ministère de la Santé mènera la mise en œuvre du REDISSE I en Guinée qui sera géré par le projet en cours d’amélioration des services de santé primaires financé par la Banque mondiale (PASS/BM). La composante de santé animale sera mise en œuvre par la Direction nationale des services vétérinaires du Ministère de l’Élevage et de la Production Animale. La composante de santé sera mise en œuvre par le Bureau de stratégie et de développement (BSD) du Ministère de la Santé Publique.
1. Un comité de pilotage sera créé par arrêté conjoint du Ministre de la Santé Publique et du Ministre de la Production Animale. Ce comité fournira des directives stratégiques et surveillera la progression générale du projet. Il approuvera les plans annuels de travail ainsi que les rapports annuels et trimestriels. Il sera présidé par Secrétaire Général du Ministère de la Santé et composé de directeurs des 2 Ministères, du Ministère des Finance et des partenaires au développement.
2. Il sera dirigé par le Secrétaire général du Ministère de la Santé Publique et sera composé de directeurs des deux Ministères, du Ministère des Finances et de partenaires de développement. Unité de Coordination Nationale du projet assurera : (i) la coordination des activités du projet ; (ii) la gestion financière des activités du projet au niveau de toutes les composantes ; (iii) préparera des plans de travail et des budgets annuels consolidés, et des rapports d’évaluation et surveillance (M & E en anglais), et le rapport de mise en œuvre du projet devant être soumis au comité directeur et à l’Association (IDA).
3. L'Unité de coordination intègrera les services techniques et les services fiduciaires, et sera dirigée par un coordinateur de projet santé. Afin de réaliser les activités du REDISSE I, les consultants à plein temps qui seront recrutés avec les fonds du projet devront présenter les qualifications nécessaires.
4. Les services techniques PASSP seront renforcés par le recrutement de : un épidémiologiste de santé humaine, un épidémiologiste de santé animale et un spécialiste de la surveillance et de l'évaluation. Les services fiduciaires recruteront un spécialiste supplémentaire de la passation des marchés ainsi qu’un comptable additionnel. Le manuel du projet PASSP des procédures sera révisé afin de correspondre aux activités REDISSE I.

|  |
| --- |
| Figure 3 : Dispositions institutionnelles de la Guinée |

**B - SÉNÉGAL**

|  |
| --- |
| Figure 4 : Dispositions institutionnelles pour le Sénégal |

1. Entités de mise en œuvre : la gouvernance générale du REDISSE I sera assurée par le Comité de pilotage multisectoriel du Programme de sécurité sanitaire mondiale au sein du Ministère du Premier Ministre au Sénégal avec son secrétariat exécutif et son comité technique multisectoriel « Une seule santé". Conformément au programme pour une meilleure harmonisation et un meilleur alignement de l’aide, le projet proposé sera mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), en collaboration étroite avec le Ministère de l'élevage et de la production animale (MEPA), le Ministère de l'Agriculture et de l'équipement rural (MAER) et le Ministère de l'Environnement et du développement durable (MEDD). D'autres ministères (tels le Ministère des Forces Armées et le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique) appuieront aussi le projet et faciliteront sa mise en œuvre.
2. Le compte spécifique au projet sera géré par le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Planification ; des sous-comptes seront créés au sein des MEPA, MAER et MEDD. Le REDISSE I utilisera la feuille de route déjà en existence au MSAS pour la mise en œuvre du Projet de financement Santé et Nutrition. Par conséquent, la DGFMS (la Direction de la gestion financière du MSAS) sera responsable de la gestion financière et des passations de marchés en lien avec le projet, et ses capacités seront renforcées. La Direction Générale de la Santé (DGS) du MSAS sera responsable de la mise en œuvre technique, par le biais de la coordination du projet en cours de la Banque mondiale, avec en plus un chargé du REDISSE I, un spécialiste S&E et le personnel de soutien. Le Cabinet du msas sera responsable de la coordination et de suivi.
3. La Gouvernance du REDISSE I comprendra :
* Un comité de pilotage multisectoriel du Programme de l’agenda sur la sécurité globale auprès du Premier Ministre. Le comité de pilotage bénéficiera de l’appui d’un secrétariat technique.
* Un comité technique multisectoriel en charge, au niveau opérationnel, d’assurer le suivi de la progression du projet et de fournir des recommandations au comité de pilotage.
* Des comités de pilotage sectoriels seront créés au sein de chaque ministère clé en charge de la mise en œuvre.
* Des plates-formes intersectorielles au niveau local, notamment au niveau des communautés.
* Une plate-forme régionale afin de coordonner la mise en œuvre régionale avec d’autres pays.

Figure 5 : Mouvements de fonds du Sénégal

|  |
| --- |
| **Fournisseurs****IDA** Paiements par transactions**Clé :**Flux financierDocumentation du flux (factures, reçus, contrats...)Paiements aux fournisseurs **MEFP (Direction des Investissements)**Compte désigné (dans une banque commerciale)Paiements directs**msas, MEPA, MAER, MEDD**Sous-comptes, dans banques commerciales |

**C - SIERRA LEONE**

1. Le projet sera mis en œuvre à l’aide de la structure suivante :

Figure 6 : Dispositions institutionnelles du Sierra Leone

|  |
| --- |
| GTT « Une seule santé »Comité de développement des chefferiesComité de développement des villagesGTT P&RGTT SurveillanceGTT LaboDir. VET/DPCDir. VET/DPCDir. VET/DPCIHPAUComité « Une seule santé »Comité interministérielSecrétariat du ProjetÉquipe de la mise en œuvre du Projet au niveau des districts  |

1. **Comité interministériel**

Mandat : Orientation des politiques, supervision globale et prise de décision sur l’attribution des fonds du projet.

Membres : Non encore définis, mais vraisemblablement le Ministère des Finances, le Ministère de la Santé et le Ministère de l’Agriculture et le Responsable de l’Agence de la protection environnementale.

1. **Comité « Une seule santé »**

Mandat : Approbation des plans de travail du projet (généraux et annuels), suivi des progrès techniques, fourniture d’aide à la mise en œuvre du projet et assurance d’une diffusion et d’un reporting réguliers des résultats.

Président **: Co**-présidé par le chef des services médicaux et par le directeur général de l’agriculture.

Membres : Cadres techniques supérieurs du MSA, MAFSA, Bureau de la sécurité nationale (ONS), Agence de la protection environnementale (EPA), police, FAGB (armée), institutions de formation, partenaires (représentants de haut niveau).

1. **Secrétariat du Projet**

Mandat : Planification au jour le jour et suivi de la mise en œuvre du projet, liaison avec les TWG, suivi de la gestion des fonds et des comptes-rendus, supervision de la production des rapports techniques.

Membres :Chef de projet, deux agents de projet (MSA-1, MAFSA-1), agent de surveillance et évaluation, spécialiste des protections, personnel d’appui du secrétariat

1. **Groupes de travail technique (SIMR, Lab et P&R)**

Mandat : Développement des plans opérationnels, production de rapports techniques, examens et validation des directives et des procédures opérationnelles standard.

Membres :Agents techniques compétents issus des ministères et des services pertinents, experts techniques provenant des partenariats.

1. **Unités de direction**

Les directions et les services des deux ministères seront responsables de la mise en œuvre du projet dans tout le pays en liaison avec les responsables de la mise en œuvre dans les districts.

1. **Niveau des districts**

Les structures des MSA et MAFSA permettront de faciliter la mise en œuvre du projet au niveau des districts. Des groupes de travail seront établis à ce niveau.

1. **GESTION FINANCIÈRE, DÉCAISSEMENTS ET PASSATIONS DES MARCHÉS**
	1. **GESTION FINANCIÈRE, DÉCAISSEMENTS**
2. Dans le cadre de la préparation du REDISSE I, il a été mené une évaluation de la gestion financière des unités de mise en œuvre. L'évaluation portait sur les entités de coordination de mise en œuvre au niveau national, soit le Ministère de la Santé en Guinée, au Sénégal et en Sierra Leone (utilisant les UMP en existence au sein des ministères respectifs), le Ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Sécurité Alimentaire en Sierra Leone ainsi que l’Organisation régionale ouest-africaine de la santé l'OOAS. l'OOAS.
3. L’objectif de l’évaluation consistait à déterminer : (a) si ces unités possèdent des arrangements adéquats en matière de gestion financière pour veiller à ce que : (i) les fonds du projet soient utilisés aux fins prévues d'une manière efficace et économique ; (ii) les rapports financiers du projet soient préparés de manière précise, fiable et en temps opportun; et (iii) les actifs du projet soient protégés. L’évaluation de la gestion financière a été réalisée conformément au Manuel des pratiques de gestion financière pour les opérations de Financement de projet d’investissement de la Banque Mondiale, entré en vigueur le 1 mars 2010, mais publié (révisé) le 4 février 2015. À cet égard, un examen des dispositions de la GF (budgétisation, comptabilité, information financière, flux des fonds et décaissements, modalités concernant les contrôles et les audits internes ainsi que les audits externes) a été réalisé pour les entités ci-dessus.
4. Les entités d'exécution primaires dans les trois (3) pays, c'est-à-dire, les MSA du Sénégal, de la Guinée et de la Sierra Leone concluront un PA avec les entités en charge de la sous-mise en œuvre pour mettre en œuvre le projet. Ces entités de sous-mise en œuvre si elles reçoivent des fonds des entités d'exécution primaires devront veiller à ce qu'un compte de projet soit ouvert et que l'identité de ses signataires soient communiqué à l'entité d'exécution principale. En outre, ils devraient avoir un comptable pour tenir les comptes des fonds du projet et posséder des politiques et procédures comptables adéquates et documentées dans le Manuel d’exécution du projet. Les entités de sous-mise en œuvre seront les suivantes : la Guinée (Ministère de l'élevage); la Sierra Leone (MAFSA); et le Sénégal (MAER, MEPA et MEDD)
	1. **DISPOSITIONS DE BUDGÉTISATION**
5. L'OOAS et les trois pays prépareront leurs budgets annuels sur la base de leurs plans de travail annuels (PTA) et les soumettront ensuite à la Banque mondiale au moins deux mois avant le début de l'exercice financier du projet. Les détails spécifiques de chaque Manuel GF sont inclus dans le tableau sous les dispositions de comptabilité. Les entités de mise en œuvre recevant des fonds de la part des MSP soumettront leurs budgets aux MSP pour consolidation comptable. Le plan de travail annuel sera alors approuvé par le Comité de pilotage national et sera soumis à la Banque mondiale au plus tard le 31 décembre de l’année précédant celle de la mise en œuvre prévue.
6. Les entités de mise en œuvre surveilleront son exécution avec le logiciel de comptabilité du projet conformément aux procédures de budgétisation spécifiées dans le manuel de procédures et signaleront les variations en même temps que le rapport trimestriel financier intermédiaire (IFRS). Le système de budgétisation nécessite des estimations prévisionnelles pour chaque année fiscale sur la source et l’utilisation des fonds dans le cadre du projet. Seules les dépenses budgétisées peuvent être engagées et encourues afin de s’assurer que les ressources sont utilisées dans le cadre des allocations convenues et pour les objectifs prévus. Les IFRS trimestriels seront utilisés afin de surveiller l’exécution du plan de travail annuel.
	1. **DISPOSITIONS COMPTABLES**
7. *Politiques et procédures comptables* : Celles-ci sont adéquates pour toutes les entités d'exécution, à l'exception de la Guinée et de la Sierra Leone, où un Manuel de gestion financière devra être préparé dans le cadre du Manuel d’exécution du projet. Toutes les autres entités d'exécution (l'OOAS et UMP du MSP au Sénégal), devront inclure des aspects de la gestion financière liés au projet, mais non couverts dans leurs manuels existants en vertu du Manuel d’exécution du projet.
8. *Personnel comptable*. Les besoins suivants sont nécessaires au renforcement des accords de dotation en personnel comptable pour les MSP des trois pays et pour l’OOAS. Tout le personnel comptable, selon le besoin, sera formé aux directives de la Banque mondiale en matière de GF et de décaissements ainsi qu’à l’utilisation du logiciel de comptabilité du projet, le cas échéant.
* *Sénégal* : L’Unité de comptabilité du projet du MSP devra recruter un comptable de projet avant que ce dernier n’entre en vigueur en utilisant le PPA afin d’assurer la comptabilité des fonds du projet.
* *Sierra Leone* : L'Unité intégrée d’administration des projets de santé (IHPAU) a embauché du personnel comptable qui préparera les comptes du projet. Ces employés seront formés aux directives de la Banque mondiale en matière de GF et de décaissements.
* *Guinée :* Afin de disposer d'un personnel comptable adéquat pour ce projet, PASSP/UCP devrait recruter un comptable.
* *Pour l’OOAS* : Ils devront recruter un comptable supplémentaire qui assurera la comptabilité des fonds du projet dans les trois mois après l’entrée en vigueur. Ceci est dû au fait que la charge de travail du personnel actuel ne leur permettra pas de fournir efficacement la comptabilité relative au projet.
1. *Système d’informations comptables.* Ces systèmes sont adéquats pour l’OOAS au Burkina et pour le MSP du Sénégal et de la Guinée. En Sierra Leone, les IHPAU et MAFSA utilisent un Système d'information de gestion financière intégrée (IFMIS) mais qui n’est pas fonctionnel et qui conduit à des retards dans la préparation des états financiers ; c’est pourquoi ce projet utilisera un système de comptabilité sur mesure compatible avec l’IFMIS. Bien que les préoccupations de l’IFMIS concernant la fonctionnalité soient abordées par le gouvernement de la Sierra Leone, l'IHPAU a procuré un système d'information comptable qu'il utilisera pour établir les comptes de ce projet.
2. *Base et normes comptables.* Toutes les unités fiduciaires en Sierra Leone utiliseront les Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) afin de préparer les comptes du projet. Le Sénégal et la Guinée utiliseront le système de comptabilité SYSCOHADA adapté aux pays africains francophones. Ils utiliseront aussi la comptabilité sur la base des encaissements-décaissements alors que l’IHPAU et le MAFSA en Sierra Leone utiliseront une comptabilité d’exercice.

**Tableau 14 : Dispositions Comptables**

| **Institution** | **Personnel comptable.**  | **Manuel de GF** | **Système d’informations comptables** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sénégal :**Utilisation de l’UMP  | Unité de GF dirigée par un Directeur financier secondé par un comptable en chef et un comptable mais il y a besoin de recruter une personne supplémentaire pour la comptabilité du projet. | Manuel des procédures financières | TOM2PRO  |
| **Sierra : Leone** IHPAU | L'IHPAU a recruté du personnel de gestion financière qui suivra une formation sur les procédures et les directives de la GF de la BM.  | Ils devront préparer un Manuel de GF qui recevra l’accord de la BM dans le cadre du MEP afin de documenter les directives et procédures de comptabilité qui seront utilisées pour le projet.  | L’IHPAU utilise un IFMIS qui comporte actuellement des contrôles internes très faibles, un problème qui doit être résolu. Pour atténuer ce problème, l'IHPAU a acquis un système d'information comptable qui sera utilisé pour établir les comptes de ce projet jusqu'à ce que les problèmes de fonctionnalité de l’IFMIS soient abordés.  |
| **Guinée :** MSP | Afin de disposer d'un personnel comptable adéquat pour ce projet, PASSP/UCP du MSP devrait recruter un comptable.  | Adaptation du manuel financier existant du projet Santé et Ébola.  | TOM2PRO  |
| **OOAS**  | Un comptable supplémentaire sera recruté.  | Le manuel des procédures et des règlements financiers mis en place par l’OOAS pour un projet en cours financé par l’IDA sera utilisé. | Le logiciel existant étant utilisé pour les projets financés par la Banque mondiale sera utilisé pour ce projet. |

* 1. **MODALITÉS CONCERNANT LES AUDITS ET LES CONTRÔLES INTERNES**
1. *Contrôles internes.* Les procédures de contrôle interne seront documentées dans les manuels de GF présentés dans le tableau ci-dessus pour chacune des entités de mise en œuvre et leurs Manuels d’exécution du projet qui prendront en considération les lacunes existantes de leurs Manuels/réglementations de GF afin d’assurer que les dispositions de GF sont alignées sur l’Accord de financement. Celles-ci assureront que le projet comporte un système efficace de contrôle interne.
2. *Audit interne :* L'OOAS, l'IHPAU en Sierra Leone et le MSP au Sénégal disposent de fonctions d'audit interne adéquates tandis que le MSP en Guinée devra mettre en place une fonction d'audit interne qui sera coordonnée par le « Cadre Permanent de Concertation des Corps de Contrôle » pour le projet PASS. Malgré des réformes en cours afin de renforcer les audits internes dans ces pays, il restera essentiel pour chacune des entités de mise en œuvre de s'assurer qu'un personnel d'audit interne qualifié soit assignée à ce projet afin d’assurer que sa mise en œuvre s’effectue telle que planifiée, surtout parmi les nombreuses sous-entités d’exécution qui recevront des fonds de la part du ministère. Les auditeurs internes de chacune des entités d’exécution doivent s’assurer que l’audit du projet est inclus dans leur plan de travail et que l’audit est réalisé en utilisant une approche basée sur le risque.
	1. **DISPOSITIONS DE GOUVERNANCE ET DE LUTTE CONTRE LA CORRUPTION (GAC)**
3. Dans le cadre des dispositions en matière de GAC, les dispositions en matière de GF assureront que des systèmes de contrôle interne sont en place et que des audits sont réalisés pour prévenir et détecter les fraudes et la corruption. La transparence et la responsabilisation sont fortement encouragées par la publication du budget du projet et des états financiers vérifiés sur les sites Web des entités d’exécution. Des mécanismes de gestion des plaintes doivent aussi être mis en place par les entités d’exécution de sorte que les bénéficiaires qui ne reçoivent pas les services prévus puissent bénéficier d’un mécanisme leur permettant de faire valoir leurs doléances et d’obtenir un suivi et des réponses. Ceci impliquera l’établissement d’un système d’enregistrement de toutes les doléances reçues, de les diriger vers la personne responsable pour qu’il y soit fait suite et que soient enregistrées les réponses ayant été envoyées aux plaignants. De plus, la Banque mondiale détient des directives de lutte contre corruption que le projet devra appliquer.
	1. **DISPOSITIONS CONCERNANT LES FLUX DE FONDS**
4. ***Comptes désignés et du projet :*** Les MSP de la Guinée et de la Sierra Leone, ainsi que l'OOAS devront ouvrir des comptes désignés libellés en dollars américains tandis que le MSP du Sénégal ouvrira son compte désigné en FCFA. Les MSP de la Guinée et de la Sierra Leone ouvriront un compte de projet libellé en monnaie locale pour faciliter les paiements en monnaie locale. Ceux-ci seront gérés soit au niveau de la banque centrale ou d’une banque commerciale reconnue par la Banque mondiale. Les coordonnées bancaires spécifiques de chacune des entités d’exécution sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les signataires de ces comptes doivent être alignés sur les Manuels de GF des entités d’exécution et ils doivent être soumis à la BM entre la signature du projet et son entrée en vigueur. Les paiements pour des dépenses admissibles peuvent être réalisés depuis les comptes désignés ou depuis les comptes du projet.

| **Tableau 15 : Comptes bancaires désignés et comptes du projet** |
| --- |
| **Institution** | **Compte désigné** | **Compte du projet** |
| **Sénégal**  | Banque commerciale (FCFA) | Banque commerciale |
| **Guinée**  | Banque commerciale (USD) | Banque commerciale (GFN) |
| **Sierra Leone**  | Banque commerciale (USD) | Banque commerciale (Leone) |
| **OOAS**  | Banque commerciale (USD) | Banque commerciale  |

1. ***Comptes du projet.*** Les sous-entités d’exécution recevant des fonds depuis les Comptes désignés devront ouvrir un Compte du projet libellé en monnaie locale pour recevoir des fonds sur la banque centrale ou sur des banques commerciales reconnues par la Banque mondiale. Les signataires de ces comptes doivent être alignés sur les Manuels de GF en ce qui concerne le projet ou les MEP des sous-entités d’exécution et doivent être soumis aux entités d’exécution principales du pays.

Figure 7 : Schéma des flux de fonds

|  |
| --- |
| BANQUE MONDIALE (IDA) Comptes de projet en monnaie locale pour la Guinée et la Sierra Leone  Comptes désignés en USD pour le MSP de la Guinée et de la Sierra Leone, en FCFA pour l'OOAS et le SénégalSous-entités d’exécution comprenant : les Ministères de l’Agriculture, du Travail et de l’Environnement, les établissements de santé, les ONG et les institutions privées (le cas échéant)Paiements pour les dépenses admissibles du projet |

1. *Décaissements.* Toutes les entités de mise en œuvre dans les trois pays et l’OOAS auront accès au financement de la Banque mondiale sous formes d'avance en utilisant la méthode fondée sur la transaction telle que décrite dans le Manuel de décaissement de la Banque mondiale. D'autres méthodes de décaissement comprendront les paiements directs, les remboursements et les engagements spéciaux. Les procédures de préparation des budgets seront détaillées dans la Lettre de décaissement du projet. Après l’entrée en vigueur du crédit, l’UEP devra soumettre une demande de retrait pour un dépôt initial sur le Compte désigné, tiré du crédit IDA, d’un montant convenu par une Lettre de décaissement. Les dépôts de fonds ultérieurs provenant de l’IDA à destination du Compte désigné ne seront réalisés qu’après fourniture des preuves d’une utilisation satisfaisante de l’avance apparaissant dans les États des dépenses (SOE). Il serait requis que les demandes de retrait soient effectuées régulièrement au moins une fois par mois.
2. Pour la Composante d'intervention d'urgence contingente, la souplesse incluse dans la PO 12.00/Décaissement doit être utilisée pour fournir des avancées significatives afin d’apporter la liquidité nécessaire à une réponse rapide. L’avance nécessaire à la composante CERC doit être définie indépendamment de toute avance existante pour les composantes du projet et être enregistrée dans la Lettre de décaissement révisée. Les avances de la composante CERC doivent être déposées sur un compte désigné ayant été ouvert à cet effet.
3. Si des dépenses non approuvées s’avèrent avoir été réalisées depuis des Comptes désignés ou des Comptes du Projet, l’emprunteur aura l’obligation de procéder au remboursement du même montant. Si le Compte désigné reste inactif pendant plus de 6 mois, la BM peut diminuer le montant avancé. La Banque mondiale aura le droit, conformément aux termes de l’Accord de financement, de suspendre les décaissements si des conditions significatives, notamment les impératifs de reporting, ne sont pas honorées. Des détails complémentaires concernant les décaissements sont fournis dans les lettres de décaissement.
4. *Décaissements par catégorie*. Le tableau ci-dessous définit les catégories de dépenses devant être financées par les subventions et les crédits. Ce tableau tient compte du paramètre financier national prévalent pour tous les pays participants en définissant les niveaux de financement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CEDEAO - DON DE L'IDA** |  |  |
| **Catégorie** | **Montant du don alloué**  | **Montant du don alloué**  |
| **(exprimé en USD)** | **(taxes comprises)** |
| (1) Marchandises, services de non consultants, services de consultants, formation, coûts opérationnels : | 0 |   |
| (a) au titre de la Partie 1.1 (i) du Projet | 6 000 000 | 100% |
| (b) au titre de la Partie 1.3 du Projet | 2 500 000 | 100% |
| (C) au titre des Parties 2.3 (ii) et (iii), 3,1 (ii), 3,2 (ii) et (iii) et 5.2 (i), (ii) et (iv) | 7 750 000 | 100% |
| (2) Travaux au titre de la Partie 5.2 (iii) du Projet | 1 850 000 | 100% |
| (3) Remboursement de l'avance de préparation. No. V0150 | 1 900 000 | 100% |
| **MONTANT TOTAL** | 20 000 000 |   |

**FFMD de la CEDEAO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégorie** | **Montant du don alloué** **(exprimé en USD)** | **Pourcentage des dépenses à financer** **(taxes comprises)** |
| (1) Marchandises, services de non consultants, services de consultants, formation, coûts opérationnels au titre de la Partie 1.1 (i) du Projet (y compris les centres de surveillance épidémiologique)[[50]](#footnote-50) | 2 820 000 | 100% |
| (1) Marchandises, services de non consultants, services de consultants, formation, coûts opérationnels au titre de la Partie 1.3 du Projet[[51]](#footnote-51) | 1 180 000 | 100% |
| **MONTANT TOTAL** | 4 000 000 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GUINÉE**  |   | **SIERRA LEONE**  |  | **SÉNÉGAL**  |  |
| **Catégorie** | Montant du crédit alloué  | Montant du don alloué  | Pourcentage des dépenses à financer  | Montant du crédit alloué  | Montant du don alloué  | Pourcentage des dépenses à financer  | Montant du crédit alloué  | Pourcentage des dépenses à financer  |
| (exprimé en USD) | (exprimé en USD) | (taxes comprises) | (exprimé en USD) | (exprimé en USD) | (taxes comprises) | (exprimé en USD) | (taxes comprises) |
| (1) Marchandises, services de non consultants, services de consultants, formation, coûts opérationnels au titre des Parties 1, 2.2, 2.3 (i), 3.1 (i), 3.2 (i) et (iii), 4 et 5.1 du Projet | 18 258 000 | 9 142 000 | 67% pour le crédit et 33% pour le don | 18 412 100 | 9 217 900 | 67% pour le crédit et 33% pour le don | 28 790 000 | 100% |
| (b) Marchandises et travaux au titre de la Partie 1.3 du Projet | 1 742 000 | 858 000 | 67% pour le crédit et 33% pour le don | 1 587 900 | 782 100 | 67% pour le crédit et 33% pour le don | 1 210 000 | 100% |
| (b) Dépenses d'urgence au titre de la Partie 3.3 du Projet |  |  | 100% pour le don |  |  | 100% pour le don |  | 100% |
| **MONTANT TOTAL** | 20 000 000 | 10 000 000 |  | 20 000 000 | 10 000 000 |  | 30 000 000 |  |

1. *Dispositions concernant le reporting financier*. L'OOAS et les MSP des 3 pays prépareront trimestriellement des rapports financiers intermédiaires (RFI) non audités dont la forme et le contenu seront conformes aux exigences de la BM et qui seront soumis à cette dernière dans les 45 jours suivant la fin du semestre auxquels ils se rapportent. La BM et les entités nationales de mise en œuvre ont convenu du format et du contenu des RFI avant les négociations. Le contenu des RFI de toutes les entités de mise en œuvre devront inclure les informations suivantes pour rendre compte des fonds du projet :
* État des sources et affectations des fonds ;
* État de l’affectation des fonds par activité/composante du projet ; et
* Relevés bancaires pour le Compte désigné et le Compte du Projet ainsi que les états de rapprochement bancaires connexes ;
1. L’OOAS et les MSP des trois pays prépareront aussi les états financiers annuels du projet dans les trois mois suivant la fin de l’exercice comptable conformément aux Normes comptables internationales du secteur public et au SYSCOHADA. Les états financiers doivent être obligatoirement soumis à la BM dans les six mois après la fin de l’exercice fiscal.
2. *Modalités concernant les audits externes : L’Audit* *Service Sierra Leone* (ASSL) procèdera aux audits externes pour la Sierra Leone ; elle peut aussi passer des contrats avec des cabinets d’audit privés jugés acceptables par la BM pour effectuer l’audit en son nom. Le Sénégal, la Guinée et l’OOAS utiliseront des cabinets d’audit privés jugés acceptables par la BM ; les frais concernant l'engagement d’un cabinet d’audit privé seront imputés au Projet. Tous les audits doivent être entrepris conformément aux Normes internationales d’audits ou aux Normes internationales des institutions supérieures d’audits publiées par l’Organisation internationale des institutions supérieures d’audits. Les Termes de référence d’un audit externe pour chaque entité d’exécution seront convenus avec la Banque mondiale avant les négociations. Les auditeurs externes doivent être nommés dans les six mois suivant l’entrée en vigueur. Des rapports d’Audit accompagnés des lettres de gestion doivent être soumis à la Banque mondiale dans les six mois suivant la fin de l’année fiscale du gouvernement. Les rapports d’Audit seront publiquement divulgués par la Banque mondiale conformément à la politique de divulgation de la Banque mondiale.

**Tableau 16 : Plan d’action de gestion financière**

| **Entité de mise en œuvre** | **Action** | **Responsabilité** | **Date d'échéance**  |
| --- | --- | --- | --- |
| Toutes les entités de mise en œuvre | Les formats des Rapports financiers intérimaires ont été adoptés avant les négociations et les Termes de référence des d'audits externes seront fixés avant la signature de l'Accord de financement | Pour les trois pays et l'OOAS | Indiqué dans le plan d'action |
| La Guinée et la Sierra Leone | Préparation d’un Manuel de gestion financière du projet qui soit jugée acceptable par la BM. Ceci fera partie du MEP. | Sierra Leone (IHPAU) et Guinée (MSP) | Dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur |
| Toutes les entités de mise en œuvre  | Préparation d’un Manuel d’exécution du projet (MEP) jugé acceptable par la BM. Le MEP traitera des lacunes dans les Manuels de GF existants afin de les adapter aux impératifs spécifiques du projet pour ce qui concerne l'OOAS et le Sénégal.  | Toutes les entités de mise en œuvre y compris l’OOAS | Dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur |
| Le Sénégal, la Guinée et l'OOAS  | Recrutement de comptables qualifiés et expérimentés avant l’entrée en vigueur | Les MSP du Sénégal, de la Guinée et de l'OOAS  | Dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur |
| Sierra Leone  | Prise de mesure sur la fonctionnalité relative à l'IFMIS ou acquisition d’un logiciel de comptabilité pour tenir les comptes des fonds du projet.  | L'IHPAU de la Sierra Leone  | Dans les six mois après l’entrée en vigueur |
| Guinée  | Recrutement/affectation d’un auditeur interne qualifié et expérimenté afin de renforcer les systèmes de contrôle interne.  | Ministère de la Santé Publique | Dans les trois mois suivant la date de mise en œuvre (utilisation recommandée du XXXPPA) |
| Toutes les entités de mise en œuvre | Nomination d’un auditeur externe pour le projet | Toutes les entités de mise en œuvre | Dans les six mois après l’entrée en vigueur |
| Toutes les entités de mise en œuvre | Mise en place et renforcement des mécanismes de gestion des doléances afin d’améliorer les prestations de services. | Toutes les entités de mise en œuvre | Dans les six mois après l’entrée en vigueur |

1. *Clauses financières.* Les clauses financières correspondent à celles stipulées dans l’Accord de financement, Appendice 2, Section II (B) sur la gestion financière, les rapports financiers et les audits ainsi que la Section 4.09 des Conditions générales.
2. *Plan d'appui à la mise en œuvre* Des missions de soutien à la mise en œuvre de la gestion financière se dérouleront deux fois par an pour les trois pays en se fondant sur un taux de GF de risque résiduel substantiel, alors que pour l’OOAS, le soutien à la mise en œuvre sera réalisé une fois par an en se fondant sur un taux de risque GF résiduel modéré. Le soutien à la mise en œuvre comprendra aussi des examens du dossier tels que l’examen des RFI et des rapports d’audit. Des investigations et des examens approfondis peuvent être réalisés s’ils sont jugés nécessaires. Le soutien à la mise en œuvre de la GF fera partie intégrante du soutien aux examens/revues concernant la mise en œuvre du projet.
3. L'évaluation conclue que les dispositions de gestion financière en place répondent aux exigences minimales de la Banque mondiale dans le cadre de la PO/BP10.00, sous réserve de l'application des principes de responsabilité accrue (voir Annexe 8) et de renforcement en vertu du plan d'action de la GF mentionné ci-dessus; et offrent donc l'assurance raisonnable de pouvoir fournir des informations précises et en temps opportun sur l'état du projet ainsi que l'exige la Banque mondiale. Les risques résiduels concernant la gestion financière globale ont reçus la notation de « Substantiel » pour les trois pays (le Libéria, la Guinée et la Sierra Leone), et « Modéré » pour l'OOAS.
4. **PASSATION DES MARCHÉS**
5. Les passations des marchés dans le cadre du projet proposé seront réalisées conformément aux directives de la Banque mondiale : « Directives : Passation de Marchés de fournitures, de travaux et de services (autres que les services de consultants) financés par des prêts de la BIRD et des crédits et dons de l’IDA par les Emprunteurs de la Banque mondiale » datées janvier 2011 et révisées juillet 2014, « Directives : Sélection et l'emploi de Consultants par les Emprunteurs de la Banque mondiale dans le cadre des Prêts de la BIRD et des Crédits et des Dons de l'IDA » datées janvier 2011 et révisé juillet 2014, et les « Directives sur la prévention et la lutte contre la fraude et la corruption dans les projets financés par des prêts de la BIRD et des crédits et des dons de l'IDA », en date du 15 octobre 2006, et révisées en janvier 2011, ainsi que d'autres dispositions stipulées dans la convention de financement.
6. Toutes les entités contractantes ainsi que les soumissionnaires et les prestataires de services, à savoir les fournisseurs, les entrepreneurs et les consultants sont tenus de respecter les plus hauts standards déontologiques lors de la passation de marchés et l'exécution des contrats financés dans le cadre du projet, conformément aux paragraphes 1.16 des Directives de passation des marchés et aux paragraphes 1.23 des Directives concernant les consultants.
7. Un Avis général de passation de marchés (AGPM) sera préparé et publié en ligne dans *United Nations Development Business*/Développement des Affaires de l’ONU (UNDB), sur le site externe de la Banque mondiale et sur au moins un journal national après approbation du projet par le Conseil d’administration de la Banque mondiale et avant l’entrée en vigueur du projet. Des Avis particuliers de passation de marché pour tous les biens et travaux devant être fournis dans le cadre d’un Appel d’offres international (AOI) et des Appels de manifestations d’intérêt (AMI) pour un coût équivalent à 300 000 USD et au-delà seront aussi publiés en ligne dans *United Nations Development Business*/Développement des Affaires de l’ONU (UNDB), sur les sites externes de la Banque mondiale et de l’Emprunteur, et dans la presse nationale. Pour les travaux et les biens utilisant les procédures d’AON, l’Avis particulier de passation de marché (APPM) sera publié uniquement au niveau national.

**A. Dispositions institutionnelles de passation des marchés**

1. La passation de marchés au niveau régional sera réalisée par :
2. L’OOAS, l’Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), un organisme de santé spécialisé appartenant à la Communauté économique des États de l’Afrique de l’Ouest (CEDEAO). L’OOAS détient le mandat complet de coordination de toutes les activités de santé publique au sein des États membres de la CEDEAO. L’OOAS se compose de 4 services parmi lesquels une Direction financière comprenant une unité de passation de marchés qui est responsable de toutes les activités de passation de marchés jusqu’à 250 000 CU (≈250 000 USD). La CEDEAO mettra le produit des fonds octroyés par la Banque mondiale à la disposition des accords auxiliaires de l'OOAS qui seront conclus entre la CEDEAO et l'OOAS, selon les termes et conditions approuvés par la Banque mondiale, et qui comprendront, entre autres, une délégation des pouvoirs, valide durant la mise en œuvre du projet, du Bénéficiaire à l'OOAS pour mener à bien l'ensemble des approvisionnements en biens, les services de non consultants et les services de consultants, conformément aux dispositions de la Section III du présent Appendice, indépendamment de la valeur du contrat en question et au-dessus de toute limite prévue dans la réglementation de la CEDEAO vis-à-vis des passations de marchés.
3. CRSA – Le Centre Régional de Santé Animale (CRSA) pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, basé à Bamako (République du Mali), fut le premier centre établi par l’OIE, la FAO et l’UA-BIRA en avril 2006, et inauguré le 20 octobre 2007, pour renforcer, entre autres, les États de l’Afrique de l’Ouest et Centrale, dans leurs efforts de prévention et de contrôle de l’influenza aviaire hautement pathogène et d’autres zoonoses et maladies transfrontalières des animaux. En 2012, les pays membres de la CEDEAO ont reconnu le CRSA en tant que centre technique spécialisé de la CEDEAO pour la santé animale. Les règles de gouvernance, l’administration, la gestion et le financement de l’organisme, les relations de l’organisme avec l’agriculture et l’élevage, les critères et les formes d’intervention, le traitement des demandes de financement et le recrutement du personnel de l’organisme sont conformes à la législation en vigueur au sein de la CEDEAO. Conformément à l’organigramme du CRSA, ce dernier doit avoir un directeur exécutif auquel un secrétaire exécutif et un secrétariat technique général seront attachés, une unité de santé animale, une unité de gouvernance vétérinaire et une unité financière et administrative. Cette dernière unité bénéficie, en principe, de 3 membres du personnel : un chargé de programme (administration et finance) (le chef de l’unité), un assistant administratif et un comptable. L’assistant administratif est responsable de la passation des marchés. À ce jour, personne n’a été recruté. Le centre n’est pas opérationnel car il n’a reçu aucun des fonds requis pour son fonctionnement de la part de la CEDEAO depuis qu’il a été créé. Un chargé de programme et un comptable, tous deux provenant de l’UA, ont été détachés à Bamako pour établir la base, mais aucune capacité indépendante du CRSA n’a été développée.
4. L’OOAS renforcera le CRSA dans l'établissement de leurs capacités en engageant l’OIE. L’OIE assurera la passation des marchés nécessaire pour le CRSA.
5. OIE – au cours de la période initiale, l’Organisation mondiale de la santé animale fournira une assistance technique à la mise en œuvre des activités du CRSA. L’OIE aidera aussi le CRSA à renforcer ses capacités et à prendre les rênes de la mise en œuvre aussitôt que le CRSA est prêt. L’OIE est une organisation intergouvernementale assujettie à l’autorité et au contrôle d’un Comité composé de Délégués nationaux de ses 180 pays membres. Dans le cadre des programmes financés par les donateurs, la gestion des passations de marché est placée sous la responsabilité des cadres supérieurs suivants au siège de l'OIE : le Directeur général, le Directeur des finances, le Responsable de l’Unité du Fonds mondial de santé et de bien-être des animaux et un responsable de l’Unité budgétaire ; de plus, le Responsable de l’Unité des Affaires juridiques et des Ressources humaines et le Responsable de la Cellule de gestion des performances (audits internes et procédures). Aucun personnel n’est affecté à la passation des marchés dans la mesure où ceci dépend de la nature des biens et des services à acheter.
6. La passation des marchés au niveau national sera réalisée par :
7. Guinée – Le projet institutionnel et les modalités de mise en œuvre ont prévu que l’organisme d’exécution de ce projet sera l’Unité de coordination de projet (unité de coordination nationale du projet (UCP) du PASSP au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP). L’UCP, qui bénéficie de l’autonomie de gestion des activités au jour le jour rendra directement compte au Secrétaire général du MSP. Cependant, même si le ministère possède une longue expérience dans la mise en œuvre de projets financés par la BM tirée de l'expérience acquise lors de la mise en œuvre du précédent projet (clos le 30 décembre 2013), un nouvelle UCP a été choisie dans le cadre du PASSP.
8. Sénégal – Le projet sera mis en œuvre par quatre ministères : Santé et Prévention, Environnement, Agriculture et Élevage. Les activités de passation des marchés seront mises en œuvre par le biais des dispositions institutionnelles du Financement social et sanitaire du Sénégal (P129472) entérinées par le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention qui réalisera les passations de marché pour les quatre Ministères.
9. Sierra Leone – Le Ministère de la Santé publique et de l’Assainissement, et le Ministère de l’Agriculture, des Forêts et de la Sécurité Alimentaire (MAFSA) : L’Unité intégrée d’administration des projets de santé (IHPAU) se trouve dans les bureaux du Secrétaire permanent du Ministère de la Santé et de l’Hygiène. L’IHPAU, qui travaille aux côtés de la Direction des Services de soutien, a l’intention d’intégrer tous les projets financés par des donateurs en les faisant gérer centralement par une unité cohérente intégrée à la structure du MSA. Les projets intégrés sont financés par la Banque mondiale, la *GAVI Allianc*e, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la TB, le Paludisme, la Banque Africaine de développement, l'*UK Aid*, l’Union européenne, des agences onusiennes et autres. Il incombe à l’IHPAU d’assurer une gestion financière de qualité, la passation de marchés en temps opportun, l’efficacité du suivi, la responsabilisation et la connaissance de tous les projets financés par les donateurs. Actuellement, l’agence de mise en œuvre comprend un spécialiste de la passation des marchés et le recrutement de deux agents de passation des marchés est en cours. L'équipe de la passation de marchés de la MSA participera à mise en œuvre des activités du projet dans les deux états. Elle tire partie d'une équipe expérimentée, mais ses membres sont de nouveaux-venus dans le Ministère et ne possède aucune expérience sur la passation de marchés relatifs aux équipements médicaux et aux produits pharmaceutiques. Actuellement, l’IHPAU travaille avec des cabinets de consultants du BDO afin d’améliorer la capacité de passation des marchés pendant une période de six mois au-delà de laquelle le personnel aura acquis une capacité suffisante pour mettre le projet en œuvre. Les passations de marchés dans le cadre du projet seront réalisées par l’IHPAU sous la supervision et la direction du comité d’évaluation présidé par les Secrétaires permanents des MSA, la coprésidence étant attribuée au MAFSA.

**B. Processus d’approbation des passations de marchés**

1. Les procédures suivantes d’approbation des passations de marchés seront appliquées par chaque entité :
2. OOAS – Il n’existe pas de mécanismes clairs de prise de décision dans le Manuel du projet utilisé pour les projets en cours. La révision du Manuel existant est recommandée afin de décrire les responsabilités et les niveaux d’approbation d’un contrat de passation de marchés.
3. CRSA – Au cours de la période initiale, l’OIE assurera la passation des marchés pour le CRSA. Il s’agit d’élaborer un mécanisme de prise de décision clair et responsable pour la passation des marchés. Tous les achats ou acquisitions dont le montant est estimé égal ou supérieur à 2 500 EUR doivent être dûment autorisées par le Directeur général. Pour certaines exceptions, une délégation d’autorité de signature est accordée au Chef de l’administration.
4. Guinée – Pour les AOI et les AON, les étapes principales (réception et ouverture des offres) sont traitées par le Comité de passation des marchés au sein du Ministère en charge de la Santé. Pour la consultation des fournisseurs et d’autres petits contrats, le comité interne du PASSP gère le processus. Ce Comité comprend le spécialiste de la gestion financière, le spécialiste de la passation des marchés, le représentant du service de la passation des marchés du MSP ainsi que le Représentant du bénéficiaire.
5. Pour les contrats plus importants (AOI et AON), le Comité de passation des marchés comprend un représentant de l’Organisme national de passation des marchés (DNMP), un représentant de l’autorité contractante, qui sera le Secrétaire du comité, un représentant de chaque bénéficiaire, un représentant du MSP (le Ministère auquel l’autorité contractante rend compte), le Contrôleur financier principal ou le contrôleur financier dédié de l’autorité contractante ou son représentant, le spécialiste de passation des marchés du PASSP, le coordinateur du projet ou le spécialiste de la gestion financière du PASSP.
6. L’ACGPMP (l'Administration et Contrôle des Grands Projets et des Marchés Publics) est responsable de la réglementation des passations de marchés.
7. En fonction de l’ampleur estimée du contrat, celui-ci peut être assujetti à un double examen préalable (par l'IDA), ce qui peut ralentir le processus.
8. Sénégal – Chaque Ministère participant détient une Cellule de Passation de Marchés (CPM) et une Commission des marchés (CM). La CM du MSP sera responsable de la passation des contrats principaux et des équipements communs ou aura un rôle de consultant pour tous les Ministères tandis que la CM des autres Ministères aura la responsabilité des autres contrats concernant leurs activités spécifiques. La CM est en charge de l’ouverture des offres, de l’évaluation et de l’attribution du marché, et de ce fait, est responsable du contrôle de la qualité des transactions de passation des marchés. Après ouverture des soumissions publiques, une réunion désigne un comité d’évaluation technique ad hoc, composé de spécialistes en la matière, des départements d’utilisateurs et d’un spécialiste de passation des marchés, qui évalue les offres et soumet les rapports à la Cellule de passation des marchés pour examen/approbation et recommandation de l’adjudication. Conformément au code national de passation des marchés et à sa réglementation, et en fonction des seuils, le contrat sera soumis à un examen préalable de la Direction du contrôle des marchés (DCPM) avant l’adjudication.
9. Sierra Leone – La passation des marchés dans le cadre du projet sera demandée par les services utilisateurs des MSA et MAFSA qui prépareront les spécifications techniques, les termes de référence et les devis quantitatifs qui seront soumis au comité de passation des marchés pour approbation. Les MSA et MAFSA désignent un comité d’évaluation technique ad hoc composé de spécialistes en la matière, des services d’utilisateurs et d’un spécialiste de la passation des marchés qui évaluent les offres et soumettent les rapports à un comité de passation des marchés pour examen et approbation de l’adjudication. Le comité de passation des marchés est permanent et se compose du Secrétaire permanent, du Chef des services médicaux et des Directeurs des différents départements du MSA, et du Chef des services agricoles, du Directeur de l’élevage et d’un responsable local du projet REDISSE I provenant du MAFSA. Le quorum nécessaire à une prise de décision est de sept membres sur dix. Le MSP détient un comité d’intégrité en place qui est dirigé par le Secrétaire permanent et est composé de représentants des différents organes gouvernementaux et responsable du traitement des problèmes d’audit et du suivi de la mise en œuvre de leurs recommandations.
10. Classement et tenues des dossiers. Le manuel des procédures de passation des marchés définira des procédures détaillées afin de maintenir et de fournir un accès immédiatement disponible aux dossiers de passations de marchés du projet, conformément au Contrat de financement. Les organismes de mise en œuvre attribueront à une personne la responsabilité de la tenue des dossiers. Le registre des contrats avec un système de numérotation unique sera tenu.
11. Les contrats signés et consignés dans le registre des contrats se retrouveront dans le système de contrôle des engagements du système comptable ou des livres de comptes de l’Emprunteur en tant qu’engagements dont les paiements devront être mis à jour en se référant au bordereau de paiement. Ceci mettra en place un système complet de tenue des dossiers dans lequel les contrats et les paiements connexes peuvent être corroborés.
12. Taux de risque des passations de marchés. Les risques afférents à passation des marchés du projet avant les mesures d’atténuation sont « Substantiel ». Le risque est réduit à un taux résiduel de « Modéré » en tenant compte d’une mise en œuvre réussie des mesures d’atténuation. Les risques et les mesures d’atténuation sont fournis en dans le tableau figurant à la fin de cette Annexe.
13. Stratégie de passation des marchés. La stratégie de passation de marchés est liée à la stratégie de mise en œuvre du projet tant au niveau national qu'au niveau régional et assure le bon enchaînement des activités puisque le projet aspire à accomplir la surveillance régionale des maladies. Elle prend en compte les capacités de passations de marchés pour réaliser des passations de marchés et gérer la mise en œuvre des contrats, ainsi que les aspects de gouvernance concernant le comportement et les capacités du marché en tant que facteurs importants dans la conception des dispositions en matière de passations des marchés. Les activités du secteur de la santé nécessitent de fortes capacités techniques afin de préparer des spécifications techniques adéquates et d’envisager une stratégie de passation de marchés qui évitera l’absence ou une insuffisance de réponses du marché. Des arrangements spéciaux, tels que les contrats directs, ou l'utilisation d'organismes ou d'institutions onusiennes qui ont des qualifications uniques pour la mise en œuvre du projet, ont été examinés.
14. Plan de passation des marchés. Les Emprunteurs et leurs organismes de mise en œuvre ont préparé des plans de passation de marchés détaillés sur 18 mois. Ils ont été conclus et adoptés par le gouvernement et la Banque mondiale lors des négociations de prêt. Les plans de passation de marchés sont publiés sur le site Web de la Banque mondiale. Le Plan de passation de marchés sera actualisé en accord avec l’équipe de la BM une fois par an ou selon le besoin pour tenir compte des besoins réels de mise en œuvre du projet et des améliorations des capacités institutionnelles.
15. Des organismes onusiens peuvent être embauchés par les gouvernements en tant que fournisseur unique pour les contrats qu’ils proposent en raison de leurs qualifications et de leurs rôles uniques en répondant à des situations d’urgence. Des formulaires d’agrément standard jugés acceptables par la BM seront adoptés pour les organismes onusiens. Pour ces organismes onusiens, si de tels formulaires n’ont pas reçu l’agrément de la BM, l’équipe de cette dernière fournira des modèles de formulaires acceptables pouvant être utilisés par les pays. Pour les organismes onusiens embauchés par le Gouvernement, certaines dispositions de décaissement rapide peuvent être convenues afin de financer une liste positive de biens produits localement ou importés qui sont nécessaires au projet, après accord préalable de la BM sur les conditions de libération des tranches financières et après présentation de la documentation et des certifications requises, comme les certificats ou factures douanières et fiscales.
16. Le recrutement de fonctionnaires en tant que consultants individuels ou dans le cadre de l’équipe de cabinets de consultants sera conforme aux dispositions des paragraphes 1.9 à 1.13 des Directives en matière de consultants.
17. Considérations particulières : La Sierra Leone figure sur la liste harmonisée 2013/14 des pays fragiles et en situation de conflits (FCS) ; c’est pourquoi le Projet déclenchera le paragraphe 12 de la PO 10.00 sur le Financement des projets d’investissements et ensuite le paragraphe 20 de la PO 11.00 de la BM sur les passations de marchés afin de simplifier et de procurer une certaine souplesse pour faciliter la mise en œuvre des passations de marchés. Ces modalités de passation des marchés sont extraites de la note d’orientation publiée en avril 2013 sur les procédures simplifiées de passation des marchés pour les situations de besoin d’assistance en urgence ou pour des contraintes de capacité.
18. Les dépenses par catégories de décaissement selon le tableau mentionné ci-dessus (paragraphe 33) seront financées par le Don et le Crédit alloués dans le cadre du projet : Les organismes de mise en œuvre effectueront les passations de marchés répondant à leurs besoins dans le cadre de mise en œuvre du projet et pour les Ministères conformément à l’explication ci-dessous. Ils peuvent aussi fournir des biens, des travaux ou des services pour d’autres institutions et organismes du système de santé de leur pays dans le cadre du projet tels qu’inclus dans le Plan de passation des marchés et en accord avec la BM.
19. OOAS - les fonds du don de l'IDA et du FFMD ne seront utilisés par l'OOAS que pour pourvoir à l'achat de marchandises, ainsi que pour des contrats de services de non consultants et de consultants. Ils comprennent, sans s'y limiter, les véhicules, les laboratoires mobiles, les ordinateurs, l'établissement de bureaux, les experts techniques pour soutenir la mise en œuvre du projet, le(s) consultant(s) pour la collecte des données et les entreprises pour développer les activités de laboratoire et mener certaines études.
20. L’OOAS entend solliciter le transfert des l'appui et des connaissances techniques de l'OIE vers le CRSA. L’OIE fournira une assistance technique au CRSA, organisera la formation de son personnel et recrutera des experts techniques afin d’aider le centre à développer des activités techniques. Très peu de contrats pour les équipements et les consommables informatiques, les réactifs de laboratoire et le transport des échantillons seront fournis par l’OIE. L'OIE prêtera assistance au CRSA pour renforcer leurs capacités.
21. Guinée - Les travaux devant être réalisés dans le cadre du projet proposé comprennent, sans s'y limiter : les contrats pour la rénovation des bureaux pour l'UMP, de nouvelles constructions et la rénovation des laboratoires. L'achat de marchandises et de services de non consultants comprend, sans s'y limiter : les véhicules, les motos, le matériel de laboratoire et informatique, les pneus pour véhicules et motos, les téléphones cellulaires, l'équipement solaire, l'équipement VSAT, la papeterie, l'imprimerie, la maintenance (pour les véhicules, les motos, l'équipement informatique et des laboratoires), les assurances. Les services de non consultants comprennent, sans s'y limiter : l'embauche d'un expert de l'élevage et de la santé humaine, d'un spécialiste de S&E, d'un assistant à la passation de marché, au développement et/ou à la mise à jour du manuel de procédures, le recrutement d'un spécialiste de la protection, le recrutement de consultants pour les études et la supervision des travaux de génie civil.
22. Sénégal – Les travaux devant être fournis dans le cadre du projet incluront principalement des contrats de rénovation ou d’ajout de nouvelles petites infrastructures afin de répondre aux normes de contrôle minimum des infections hospitalières au niveau des frontières ou des normes de sécurité biologique recommandées par l’OMS ou l’OIE. Il existe divers services autres que consultatifs tels que la maintenance des véhicules, des bureaux et des laboratoires, les biens devant être fournis dans le cadre de ce projet sont principalement composés de kits de tests et de consommables, d’équipements de laboratoire, d’équipements de bureau et TIC, de véhicules et d’un système de gestion des informations de laboratoire grand public. D’autres équipements comprendront des groupes électrogènes, des incinérateurs, des désinfectants, des EPI ainsi que d’autres éléments qui assureront le bon fonctionnement d’un système de réponse en cas d’urgence. Les services de consultants dans le cadre de ce projet sont : les services de consultants pour développer un système de base prenant en charge la surveillance sanitaire, pour établir des normes phytosanitaires et pour développer des fonds de prévoyance et un mécanisme de paiement dans le cadre d’une réponse à une flambée épidémique, en embauchant des formateurs et du personnel supplémentaire : rédaction du MIP, analyste de données, épidémiologiste, technicien bio, spécialiste des achats.
23. Sierra Leone – Le champ d'application de la passation des marchés comprend les équipements de prévention et de protection, les équipements de laboratoire, les véhicules, les téléphones, les incinérateurs, les matériels TIC, les équipements de bureau et les installations de conférence. Le Projet financera le recrutement de services de conseils afin d’entreprendre l’évaluation, le plan de développement stratégique, les protocoles et les directives des systèmes de surveillance des maladies animales, le développement du programme d’action « Une seule santé », une évaluation complète des installations de laboratoires pour la santé humaine et animale, et pour évaluer la main-d’œuvre actuelle en termes de quantité, de distribution géographique et de capacité pour la santé animale et humaine*.*
24. *Formation, ateliers, voyages d’étude et conférences.* Ateliers, séminaires et conférences. Les activités de formation doivent comprendre des ateliers et une formation, fondés sur les besoins individuels ainsi que sur les demandes de groupes, la formation professionnelle et le recrutement de consultants afin de développer des supports de formation et de dispenser les formations. La sélection des consultants pour des services de formation sera conforme aux spécifications de sélection des consultants ci-dessus. Toutes les activités de formation et d’ateliers (autres que les services de consultants) devront s’effectuer sur la base de plans de travail/de plans de formation annuels qui identifieront la structure générale des activités de formation pour l’année, notamment : (i) le type de formation ou d’ateliers ; (ii) le personnel devant être formé, les institutions devant diriger la formation et la raison de la sélection de cette institution particulière ; (iv) la justification de la formation, comment elle conduira à des performances efficaces et à la mise en œuvre du projet ou du secteur ; (v) la durée de la formation proposée ; et (vi) le coût estimé de la formation. Un rapport par les stagiaires, comprenant le certificat/diplôme d’achèvement de formation, sera fourni au Coordinateur du projet et sera conservé dans le dossier et partagé avec la Banque mondiale si nécessaire.

1. Un plan détaillé de formations ou d’ateliers précisant la nature des formations/des ateliers, le nombre de stagiaires/de participants, la durée, le nombre de mois-homme, le calendrier et le coût estimatif sera soumis à l’IDA pour examen et approbation avant de lancer le processus. Les méthodes de sélection dépendront des impératifs d’activités, de la planification et des circonstances. À l’issue de la formation, les bénéficiaires seront tenus de soumettre un bref rapport indiquant quelles compétences ont été acquises et comment ces compétences contribueront à améliorer leurs performances et à atteindre l’objectif du projet.
2. *Cadre de renforcement de la redditon des comptes : Les* contrôles internes dans le cadre des projets en cours continueront d'être maintenus dans le cadre du REDISSE I. En outre, un cadre de renforcement de la redditon des comptes (Annexe 8) devra cependant être en place et les principes sous-jacents seront intégrés dans le MEP pour assurer que les fonds alloués à la formation, aux ateliers et aux voyages d'études, etc., en particulier, soient utilisés aux fins prévues tout en accordant suffisamment d'importance aux questions d'économie et d'efficience. En conséquence, l'ensemble des formations (locales et internationales) nécessiterait l'autorisation de la Banque mondiale. Les demandes d'autorisation devraient inclure au minimum les éléments suivants :
3. Un lien démontré entre la justification rationnelle de l'atelier et les objectifs du projet ;
4. Faire partie du plan de travail dont relève l'activité ;
5. Le nombre de participants, la fonction de chacun et leur mode de sélection. Cela devrait également inclure le nombre de fois où les participants figurant sur la liste ont bénéficié d'une formation au cours des 18 derniers mois ;
6. Le procédé utilisé pour la sélection du fournisseur de formation et, s'il s'agit d'un organisme de formation étranger or d’une formation à l’étranger, une justification pour ne pas proposer une formation locale ou un organisme local ;
7. Les coûts détaillés de l'emplacement de l'événement, la méthode de sélection du lieu, les frais de location, des rafraîchissements/déjeuners, per diem, des frais de transport (frais de déplacements air et terre par stagiaire).
8. Ce sera seulement sur la base de la soumission des éléments ci-dessus et de l'approbation préalable de l'IDA que les frais seront engagés et éligibles pour un financement dans le cadre du projet
9. *Coûts opérationnels :* Les coûts opérationnels financés par le projet doivent être des dépenses additionnelles, notamment les fournitures de bureau, l’exploitation et la maintenance des véhicules, la maintenance des équipements, les coûts de communication, les loyers, les frais de services publics, les consommables, les frais de transport et d’hébergement, les indemnités journalières, les coûts de supervision et les rémunérations des employés locaux sous-contrats. Les besoins de tels services seront satisfaits par l'utilisation des procédures de passations de marchés spécifiées dans le Manuel d’exécution du projet (MEP) accepté et approuvé par la BM.
10. Un financement rétroactif conformes aux Directives de passations de marchés sera autorisé à hauteur de 20 % de la valeur financière du Crédit/Don conformément à l'Accord de financement, et couvrira les dépenses encourues par le pays avant la signature de l’Accord de financement des dons/crédits de l'IDA dans le cadre des activités convenues avec la BM.
11. Manuel de passation des marchés. Les modalités de passation des marchés, les rôles et les responsabilités, les méthodes et les impératifs de réalisation de passations de marchés seront élaborés en détail dans le Manuel de passations des marchés qui peut être une section du Manuel d’exécution du projet (MEP). Le MEP sera préparé par les Emprunteurs et convenu avec la BM, dans les trois mois au plus tard suivant l'entrée en vigueur du Projet.
12. Les modalités de passation des marchés applicables dans le cadre de la Sous-composante 3.3 0 USD « Composante pour les interventions d’urgence » seront décrites dans le Manuel des opérations d’urgence qui sera préparé par l’Emprunteur et en accord avec la BM dans les délais prescrits afin de s’assurer qu’il est en place avant qu’aucune situation d’urgence potentielle ne nécessite l’utilisation de cette sous-composante.
13. Méthodes de passation des marchés : Les méthodes indiquées dans le tableau ci-dessous et conformément aux seuils présentés sur les tableaux suivants peuvent être utilisées. Les seuils se rapportant aux impératifs d’examen préalable de la BM sont aussi fournis dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 17 : Seuils\*, méthodes de passation de marchés et examen préalable**

Remarque : Les seuils concernent tous les pays, sauf indication contraire pour des éléments spécifiques.

| **Non** | **Dépenses** **Catégorie** | **Seuil de la valeur du contrat\* [équivalent USD]** | **Méthode de passation des marchés** | **Contrats soumis à** **un examen préalable/[équivalent USD]** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Travaux | C >5 000 000 | AOI/LIB | Tous |
| 200 000 < C < 5 000 000 | AON | Aucun |
| C < 200 000C < 200 000 (Guinée) | Consultation de fournisseurs | Aucun |
| Toutes les valeurs | Entente directe | Tous les contrats > 100 000. |
| 2 | Biens et services autres que consultatifs  | C > 500 000 | AOI/LIB | Tous les contrats >1 000 000 |
| 100 000 < C < 500 00050 000 < C < 500 000 (Guinée) | AON | Aucun |
| C < 100 000C < 50 000 (Guinée) | Consultation de fournisseurs | Aucun |
| Toutes les valeurs | Entente directe | Tous les contrats > 100 000. |
| 3 | Services de consultants | C > 300 000 (cabinets) \*\* | SFQC, SFQ, SMC, SBDS, | Tous les contrats |
| C < 300 000 (cabinets) | Idem et QC | Contrat de passation des marchés et services juridiques. ToR et listes restreintes pour les contrats restants. |
| Toutes les valeurs | CI | Tous les contrats > 200 000. ToR et listes restreintes pour les contrats restants. Contrats. Processus complet pour les contrats de passation de marchés et des services juridiques quelle qu’en soit la valeur. |
| Toutes les valeurs | SSS | Tous les contrats > 100 000. |
| 4 | Formation, ateliers, voyages d’études | Toutes les valeurs | Fondé sur les budgets et plans de travail annuels approuvés (PTBA) | Tous |

\*Ces seuils sont destinés au plan initial de passation de marchés pour les 18 premiers mois. Ces seuils seront périodiquement révisés en s’appuyant sur une réévaluation des risques. Tous les contrats non assujettis à un examen préalable seront examinés ultérieurement.

\*\*Des listes restreintes de candidats pour des services de consultants dont le coût estimé est inférieur à 100 000 USD équivalents par contrat peuvent être entièrement composées de consultants nationaux conformément au paragraphe 2.7 des Directives sur les consultants. Néanmoins, si des entreprises étrangères expriment un intérêt, elles devront être prises en considération.

1. La Procédure d’appel d’offres national (AON) correspond à la procédure d’appel d’offres normalement en usage pour les passations de marchés publics dans le pays de l’Emprunteur et peut être utilisée pour l’approvisionnement en biens, travaux ou services non consultants dans la mesure où :
2. OOAS – La procédure de passation des marchés devant être appliquée dans le cadre du projet de l’Appel d’offres national (AON) pour les biens, les travaux et les services non consultants seront des Appels d'offres régionaux et locaux tels que décrits dans le Législation sur les passations de marchés de la CEDEAO et sera aussi assujettie aux dispositions complémentaires suivantes : (i) les avis d’appel d’offres sont publiés dans les journaux nationaux à large circulation ; (ii) les documents d’appel d’offres indiquent clairement les critères d’évaluation des offres, la qualification des soumissionnaires et l’attribution des contrats ; (iii) les soumissionnaires bénéficient d’une réponse avec suffisamment de temps (au moins quatre semaines) pour préparer et soumettre les appels d’offres ; (iv) les contrats doivent être attribués au soumissionnaire le moins-disant, dans la mesure où ce dernier est qualifié ; (v) les soumissionnaires admissibles, notamment les soumissionnaires étrangers, ne sont pas exclus du processus d’appel d’offres ; et (vi) les fournisseurs nationaux ne bénéficient d’aucune marge de préférence.
3. Guinée - Les dispositions suivantes sont applicables aux fins de la procédure de l'AON :
4. Des documents d’appel d’offres jugés acceptables par l'Association seront utilisés.
5. Quatre semaines seront octroyées pour la préparation et la soumission des offres après l'émission de l'appel d'offres ou de la disponibilité des documents de soumission aux soumissionnaires, la date la plus tardive étant retenue ;
6. Les offres seront annoncés dans les journaux nationaux à large diffusion ;
7. Les soumissions seront présentées et soumises dans une seule enveloppe interne (aucun système à deux enveloppes ne sera utilisé) ;
8. L’admissibilité à la participation à un processus de passation des marchés et à l’adjudication d’un contrat financé par l'Association sera telle que définie dans la Section I des Directives de passation des marchés ; en conséquence, aucun soumissionnaire ou soumissionnaire potentiel ne sera déclaré « non admissible » pour des contrats financés pour des raisons autres que celles fournies dans la Section I des Directives de passation des marchés. Les soumissionnaires étrangers seront autorisés à participer aux procédures AON et ils n’auront pas l’obligation d’établir de partenariat avec des soumissionnaires locaux pour participer à un processus de passation des marchés ;
9. Les appels d’offres ne peuvent pas être limités aux entreprises préenregistrées et les soumissionnaires étrangers ne devront pas être enregistrés auprès des autorités locales en tant qu’obligation préalable pour présenter leurs soumissions.
10. Aucune marge préférentielle d’aucune sorte (par exemple, sur la base de la nationalité d’un soumissionnaire, sur l’origine des biens, des services ou des travaux ou de programmes préférentiels) ne sera appliquée lors de l’évaluation des soumissions ;
11. Une coentreprise ou des partenaires d’un consortium seront conjointement et solidairement responsables de leurs obligations. Un délai d’au moins trente (30) jours doit être accordé aux soumissionnaires à compter de la date de publication de l’appel d’offres ou de la date de la disponibilité du dossier d’appel d’offres, la date la plus tardive prévalant, pour préparer et soumettre leurs offres. Les soumissions d'offres doivent être présentées dans une seule enveloppe.
12. Les critères d'évaluation des offres, les critères de qualifications des soumissionnaires, et les critères d'attribution du marché seront clairement spécifiés dans les documents d'appel d'offres
13. Les procédures incluront la publication des résultats de l'évaluation et de l'attribution du marché, et des dispositions destinées à la contestation des soumissionnaires ;
14. Si le Code des marchés publics n'est pas applicable aux petits contrats, les procédures exigent qu'il soit utilisé une méthode compétitive pour de tels contrats (par exemple référence à la méthode d'achat en instance) ;
15. Toutes les offres (ou la seule offre s'il n'en a été reçu qu'une) ne seront pas rejetées, le processus de passation des marchés ne sera pas annulé et de nouvelles offres ne seront pas sollicitées sans l’autorisation écrite préalable de l'Association ; et
16. les critères de qualification s’appliqueront selon une évaluation de réussite/échec ;
17. Sénégal – Pour que la méthode de passation des marchés désignée en tant qu’Appel d’offres ouvert soit acceptable pour l’IDA et utilisable par l’AON, les impératifs particuliers suivants devront être appliqués : (i) les avis d’appel d’offres seront publiés dans des journaux nationaux à large diffusion ; (ii) les critères appliqués pour l’évaluation des offres, la sélection des soumissionnaires et l’attribution des marchés seront clairement indiqués dans les documents d’appel d’offres ; (iii) les soumissionnaires disposeront d’un délai d’au moins quatre semaines à compter de la date de l’appel d’offres ou de la date de disponibilité des documents d’appel d’offres, la date la plus tardive étant retenue, pour préparer et soumettre leur offre ; (iv) le marché sera attribué au soumissionnaire le moins-disant ; (v) les soumissionnaires admis à concourir, notamment les soumissionnaires étrangers, ne seront pas empêchés de participer ; et (vi) aucune marge préférentielle ne sera accordée aux entreprises nationales. De plus, les dispositions suivantes du code national de passation des marchés ne s’appliqueront pas : (a) 3.4c(i) relatif à la passation des marchés de carburant pour les véhicules de l’administration publique, et 3.4c (iii) se référant à la passation des marchés des services hôteliers, si l’approvisionnement de ces biens et de ces services s’avère nécessaire, référence sera faite aux méthodes applicables décrites dans les Directives des passation de marchés ; (b) 52 contenant la possibilité d’exclure la participation de soumissionnaires étrangers dans les procédures négociées ; (c) 76 2(b) et 2(c) impliquant des décisions politiques lors de l’utilisation de procédures négociées dans ce contexte d’urgence ; et (d) 108 s’appliquant au contrôle de la qualité et à une possible réduction du prix.
18. Sierra Leone – La procédure de passation des marchés à suivre pour un Appel d’offres national (AON) sera la procédure ouverte d’appel d’offres définie dans la Loi sur les marchés publics de 2004 de la Sierra Leone (la « Loi »), sachant néanmoins qu’une telle procédure sera assujettie aux dispositions de la Section I et aux paragraphes 3.3 et 3.4 des « Directives : Passation des marchés de biens, de travaux et de services non consultatifs dans le cadre des prêts de la BIRD et des crédits et dons de l’IDA », et les dispositions additionnelles suivantes (exceptions à la Loi) :
19. Des documents d’appel d’offres acceptables par la Banque mondiale seront utilisés ;
20. L’admissibilité à la participation à un processus de passation des marchés et à l’adjudication d’un contrat financé par la BM sera telle que définie dans la Section I des Directives de passation des marchés, en conséquence de quoi, aucun soumissionnaire ou soumissionnaire potentiel ne sera déclaré « non admissible » pour des contrats financés par l’Association pour des raisons autres que celles fournies dans la Section I des Directives de passation des marchés. Les soumissionnaires étrangers seront autorisés à participer aux procédures AON et ils n’auront pas l’obligation d’établir de partenariat avec des soumissionnaires locaux pour participer à un processus de passation des marchés ;
21. Les appels d’offres ne peuvent pas être limités aux entreprises préenregistrées et les soumissionnaires étrangers ne devront pas être enregistrés auprès des autorités locales en tant qu’obligation préalable pour présenter leurs soumissions ;
22. Aucune marge préférentielle d’aucune sorte (par exemple, sur la base de la nationalité d’un soumissionnaire, sur l’origine des biens, des services ou des travaux ou de programmes préférentiels) ne sera appliquée lors de l’évaluation des soumissions ;
23. Une coentreprise ou des partenaires d’un consortium seront conjointement et solidairement responsables de leurs obligations. Un délai d’au moins trente (30) jours doit être accordé aux soumissionnaires à compter de la date de publication de l’appel d’offres ou de la date de la disponibilité du dossier d’appel d’offres, la date la plus tardive prévalant, pour préparer et soumettre leurs offres. Les soumissions d'offres doivent être présentées dans une seule enveloppe ;
24. Une prolongation de la validité de l’offre, si justifiée par des circonstances exceptionnelles, peut être demandée par écrit par tous les soumissionnaires avant la date originale d’expiration de la validité de l’offre, étant entendu qu’une telle prolongation ne couvrira que la durée minimum nécessaire à l’achèvement de l’évaluation et de l’attribution d’un contrat, mais sans pouvoir dépasser trente (30) jours. Aucune extension supplémentaire ne sera requise sans l’autorisation écrite préalable de la BM ;
25. Toutes les offres (ou la seule offre s'il n'en a été reçu qu'une) ne seront pas rejetées, le processus de passation des marchés ne sera pas annulé et de nouvelles offres ne seront pas sollicitées sans l’autorisation écrite préalable de la BM.
26. Les critères de qualification s’appliqueront selon une évaluation de réussite/échec ;
27. Les soumissionnaires bénéficieront de vingt-huit (28) jours minimum à partir de la réception de la notification de l’attribution pour soumettre les garanties d’exécution ;
28. Conformément aux Directives de passation des marchés, chaque dossier et contrat d’appel d’offres inclura des dispositions stipulant la politique de la BM à propos de l’inspection et de l’audit des comptes, l’archivage et d’autres documents se rapportant à la soumission des offres et à l’exécution du contrat.
29. Pour l’AON de tous les pays : Conformément aux paragraphes 1.16 (a) et 1.16 (e) des Directives de passation des marchés, chaque document et contrat d’appel d’offres financés en dehors des fonds du crédit devront fournir des dispositions établissant la politique de l'Association sur les sanctions à l'égard des entreprises ou individus coupables de fraude et de corruption telles que décrites dans les Directives de passation de marchés ; et tout dossier et contrat d'appel d'offres devra inclure des dispositions établissant la politique de l'Association quant à l'inspection et les audits de comptes, dossiers et autres documents relatifs à la soumission de l’offre et à l’exécution du contrat, et qu’ils seront audités par des auditeurs nommés par la Banque mondiale.
30. Dossiers d’appel d’offres : La passation des marchés pour les travaux, les biens et les services non-consultatifs sera réalisée en utilisant les DTAO de la Banque mondiale pour tous les AOI concernant les biens et les travaux et pour les demandes de propositions (DP) standard pour la sélection des consultants en utilisant des procédures concurrentielles. Dans le cas de l’AON, les DTAO nationaux, après en avoir convenu avec la BM, peuvent être utilisés ou, en cas de d’indisponibilité, seront développés et convenus avec la BM.
31. Si nécessaire, ils auront besoin d'être mis à jour. Par exemple, le Gouvernement du Sénégal a développé des DTAO nationaux, mais ils peuvent ne pas être à jour, particulièrement en ce qui concerne les dispositions sur la fraude et la corruption. Il a été convenu que pour ce projet, les DTAO de la BM seront adaptés (ou modifiés pour répondre aux exceptions autorisées dans le cadre des AON) et utilisés pour les AON.
32. Dans le cas de consultation de fournisseurs, la passation des marchés s’effectuera conformément au Mémorandum de la BM « Directives sur la consultation de fournisseurs » en date du 9 juin 2000 (étant entendu que ce Mémorandum n’entre pas en contradiction avec les Directives de passation des marchés) et au « Guide de passation des marchés des petits contrats », publié le 1er février 2011.
33. Supervision et soutien de la Banque mondiale à la mise en œuvre de la passation des marchés : la responsabilité de l’exécution du projet incombe à l’Emprunteur. S’efforçant de cultiver des partenariats solides et francs avec le personnel des Emprunteurs, la BM leur fournira un soutien à la mise en œuvre de la passation des marchés qui comprendra des conseils et de l’assistance prenant en considération les caractéristiques du projet et le profil du risque, et tel que raisonnablement nécessaire. Ce soutien doit être disponible pour le Projet suite aux contraintes de capacité rencontrées en raison des vulnérabilités spécifiques aux maladies épidémiques auxquelles l’Afrique de l’Ouest a été récemment confrontée. De plus, un soutien à la passation des marchés sera fourni au cours des missions de supervision de la BM qui se dérouleront au moins une fois par an.

1. En raison de la nature régionale du Projet, les Emprunteurs sont invités à établir une approche collaborative, préférablement par le biais d’un réseau qui leur permettra de tirer profit de l’expérience de collègues d’autres pays participant au projet, notamment de la CEDEAO et de ses organismes tels que l’OOAS et le CRSA au niveau régional.
2. Même si chaque Emprunteur s’assure que la passation des marchés se fonde sur les besoins spécifiques de leur projet, des domaines communs peuvent exister, particulièrement au niveau des équipements principaux et spécialisés, ou des services importants qui pourraient être fournis par plusieurs Emprunteurs. Afin de s’assurer de la meilleure concurrence et d’éviter les incohérences, pour des services ou des articles couramment acquis, il est recommandé d’élaborer un groupe de travail ou un comité d’experts techniques provenant de chacun des pays Emprunteurs participants qui devront examiner et accepter à l’avance des spécifications sur ces articles majeurs avant de soumettre une offre. Ceci assurerait l’optimisation des résultats d’une telle passation des marchés vers la réalisation du meilleur rapport qualité/prix, étant donné que les mêmes fournisseurs de biens et de services vont vraisemblablement soumettre une offre dans les pays respectifs des Emprunteurs.
3. Les Emprunteurs embaucheront des consultants individuels ou s’engageront avec d’autres institutions de leur pays, telle que l’Institution supérieure de contrôle des finances publiques, comme convenu avec la BM pour procéder à l’examen des passations de marchés et pour aider les Emprunteurs à identifier tous les problèmes et les corriger pour la poursuite des passations de marchés. Le ToR pour un tel examen sera assujetti à l’absence d’objection de la BM. Afin d’assurer l’exhaustivité de l’examen, l’échantillon des contrats devant être examinés sera sélectionné en se fondant sur les décaissements et en se référant à la liste des contrats signés. L’examen comprendra aussi le contrôle du système de conservation des documents, son adéquation et son intégralité. Si aucune gestion ou dossier des passations des marchés des contrats ne s’avère disponible, la BM prendra les mesures correctives appropriées, notamment la déclaration de défaut de passation des marchés.
4. Afin d’assurer que toutes les irrégularités potentielles sont rapidement identifiées et pour éviter leur récurrence, les modalités de ces examens seront définies très tôt. Le premier examen doit s’effectuer après l’achèvement des quelques premiers processus de passation des marchés, qui ne sont pas assujettis à un examen préalable. Les examens suivants doivent être réalisés au moins une fois par an. Le pourcentage d’échantillonnage des contrats examinés sera de 15 pour cent. L’Emprunteur soumettra le rapport d’examen à la BM. La BM peut choisir de demander des documents sélectionnés parmi les passations des marchés examinées.

**Tableau 18 : Plan d’action d’évaluation et d’atténuation des risques**

**liés à la passation de marchés**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Risques en matière de passation de marchés | Mesure d’atténuation | Responsabilité et date butoir | Niveau initial/résiduel de risque |
| CEDEAO  | Substantiel/Modéré |
| **OOAS**  |
| Capacité insuffisante de l’OOAS en raison du personnel limité chargé de la passation des marchés, surtout que l’OOAS devrait être totalement responsable du projet et des activités financées par d’autres donateurs. | Finalisation du recrutement d’un spécialiste principal de la passation des marchés ayant d’excellentes connaissances des procédures de la BM particulièrement lors de la sélection des consultants | OOAS Immédiatement ou dans les 3 mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| Manque d’expérience et absence de procédures détaillées s’appliquant à la sélection des consultants (les activités du projet s’orienteront principalement sur les services de consultants et sur la formation) | Une diligence raisonnable dans l’élaboration des ToR pour les services de consultants principaux afin de permettre le lancement du processus de sélection à l’avance et de signer les contrats dès l’entrée en vigueur du projet | OOAS Immédiatement ou dans les 3 mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| L’utilisation d’une commission permanente d’adjudications des contrats au niveau central pour les contrats importants pourrait vraisemblablement introduire des goulets d’étranglement et des retards dans le processus de passation des marchés | Des modalités adéquates pour convenir avec la CEDEAO de permettre la mise en œuvre de toutes les activités de passation des marchés seulement au niveau de l’OOAS | Une délégation de pouvoirs appropriée doit être faite dans l'Accord auxiliaire entre la CEDEAO et l'OOAS |  |
| Absence d’une description claire sur le mécanisme d’approbation du contrat dans le manuel du projet existant  | Examen du MEP et description du mécanisme de prise de décision dans la passation des marchés et description des responsabilités et des seuils d’approbation des contrats  | OOAS Immédiatement ou dans les 3 mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| **CRSA\*** |
| La fonction de passation des marchés se trouve au niveau le plus bas de la structure du CRSA | Élévation de la fonction de passation de marchés à un niveau supérieur | Commission de la CEDEAO |  |
| Manque de personnel de passation des marchés  | Recrutement d’un spécialiste de la passation de marchés spécialisé dans les procédures de la BM.  | Commission de la CEDEAO |  |
| Absence d’un Manuel de passation des marchés du projet | Préparation d’un Manuel de passation des marchés du projet | Commission de la CEDEAO |  |
| Espace inadéquat pour la tenue des dossiers | Fourniture d’un espace de travail supplémentaire afin d’améliorer le classement et la tenue des dossiers. | Commission CEDEAO par le biais de l’OOAS |  |
| Guinée  | Substantiel/Modéré |
| **Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique** |
| Expérience et capacité insuffisantes de l’UCP dans les procédures de la BM  | 1. Renforcement des capacités de passation des marchés du personnel impliqué dans les activités de passation des marchés en fournissant des formations sur cette activité (en interne par le S.A. (service d'approvisionnement) en place ou en externe
2. Recrutement d’un assistant de passation de marchés en raison des activités supplémentaires relatives au projet proposé
 | PASSPDans les 3 mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| Renforcement des capacités du spécialiste de la passation des marchés qui était l’assistant à la passation des marchés de PACV2 et qui avait été recruté en 2006 | Renforcement des capacités de passation des marchés du personnel impliqué dans les activités de passation des marchés en fournissant des formations sur cette activité (en interne par le S.A. (service d'approvisionnement) en place ou en externe | PASSPDans les 3 mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
|  |  |  |  |
| Mise à jour du manuel de mise en œuvre afin d’inclure les procédures de passation de marchés pour le projet | Recrutement d’un consultant et mise à jour du manuel des procédures | PASSPDans les 3 mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| Sénégal  | Substantiel/Modéré |
| **Ministère de la Santé et de la Prévention** |
| Capacités insuffisantes de passation de marchés | 1. Développement des procédures du manuel de passation des marchés afin de décrire les responsabilités de l’UMP et de chacun des ministères dans la mise en œuvre du projet et dans les procédures de passation des marchés
2. Embauche d’un spécialiste de la passation des marchés du projet avec des qualifications et une expérience adéquates en la matière afin de répondre aux activités de la charge de travail
3. Formation du personnel du CPM et du Comité des appels d’offres aux procédures de passation des marchés de la Banque mondiale et aux procédures de classement
4. Fourniture d’équipements de classement notamment l’enregistrement des courriels de chacune des CPM des quatre ministères.
 | MSPProjet dans les six mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| Le Manuel des procédures n’est pas à jour | Mise à jour du Manuel des procédures afin d’y inclure le projet REDISSE et ses activités. | MSPDans les trois mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| Sierra Leone  | Élevé |
| **Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique, Unité intégrée d’administration des projets de santé** |
| Capacités insuffisantes de passation de marchés | Formation du personnel aux procédures de passation des marchés de la Banque mondiale dans une institution spécialisée | IHPAUDans les trois mois suivant la signature de l’Accord de financement |  |
| Espace de classement insuffisant | Fourniture d’un espace pour classer les dossiers de passation de marchés. | IHPAUDans les trois mois suivant la signature du financement |  |
| Capacités insuffisantes de passation de marchés | Mise en œuvre d’une formation de remise à niveau destinée au personnel de l’UCP sur la passation de marchés. | PCUPendant la durée du projet |  |

\*

Au cours de la période initiale, jusqu’à ce que le CRSA en ait les capacités suffisantes, l’OIE se chargera de la passation des marchés. Récemment, l’OIE a assumé la responsabilité de la passation des marchés dans le cadre du Projet PRAPS financé par la Banque mondiale. L’OIE possède une bonne expérience de la passation de marchés selon les règles de l’UE. Afin d’atténuer les risques possibles lors de la passation des pouvoirs découlant de l’utilisation de procédures de passation différentes, l’équipe de la Banque mondiale fournira à l’OIE une « Note d’orientation sur la passation des marchés » qui expliquera clairement les procédures étape par étape devant être suivies lors de la sélection de consultants, de la passation de marché de biens et de services de non consultants.

1. **ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL (y compris les protections)**
2. Les impacts sociaux et les bénéfices nets du projet se doivent d'être positifs, car ils appuieront la création de technologies de laboratoires et de systèmes de surveillance respectueux de l'environnement et socialement acceptables, et de mécanismes sûrs et sécurisés en matière d'élimination des déchets médicaux et autres liés aux activités du projet, dans les pays participants. La majorité des activités du projet devant avoir lieu dans des installations appartenant au gouvernement sur des terrains gouvernementaux, le projet n'impliquera pas l'acquisition de terrains entraînant une réinstallation involontaire ou une restriction à l'accès aux ressources ou aux sources de subsistance de la population. La PO 4.12 (Réinstallation involontaire) ne sera donc pas déclenchée pour le projet, et celui-ci ne financera aucune activité pouvant déclencher cette politique.
3. Le REDISSE I a été classé en catégorie B en raison de la faible ampleur de la nature et de l'amplitude des risques et des impacts pressentis sur l'environnement naturel et physique. Le projet devrait dans l'ensemble avoir des effets positifs sur l'environnement grâce à son appui à la surveillance, au contrôle et à l'endiguement des maladies, y compris les zoonoses. Des impacts négatifs sont liés à la réhabilitation/la mise à niveau des installations médicales entre autres, et à la gestion des ravageurs et la gestion des déchets médicaux et animaux. Les politiques de protection déclenchées par le REDISSE I comprennent l'évaluation environnementale (PO/PB 4.01), et la lutte antiparasitaire (PO 4.09). Chaque pays a préparé et procédé à des consultations concernant un plan de gestion des déchets médicaux (PGDM), un plan de gestion intégrée des vecteurs de maladies (PGIVM) et sur un Cadre de gestion environnementale et sociale (CGES) qui ont été divulgués dans le pays, sur le site Web de l’OOAS et sur l’InfoShop. Les CGES reposent sur des cadres déjà en existence pour les projets de santé et les projets agricoles. Pendant la mise en œuvre du projet, des Plans de gestion sociale et environnementale ou des plans de gestion de déchets (PGD) seront préparés, feront l’objet de consultations et seront divulgués ; ceci répondra aux problèmes des déchets animaux et autres.
4. Les instruments de protection sociale et environnementale ont été consultés et publiquement divulgués, selon le besoin, par les promoteurs sur les sites Web des organismes régionaux de mise en œuvre (CEDEAO/OOAS) (et par la suite dans chaque pays participant individuellement) et sur l’InfoShop avant le démarrage réel de la mise en œuvre du projet. Tous les instruments de protection (PGES, PGD, etc.) mentionnés ci-dessus seront préparés, feront l’objet de consultations et seront publiquement divulgués en des lieux appropriés avant le commencement des travaux de génie civil.

**Consultation et participation du public et engagement citoyen**

1. La conception et la préparation du REDISSE I sont ancrées dans une démarche incluant la consultation et la participation du public. Une série de réunions a eu lieu à Dakar (décembre 2015 et mars 2016) et dans chaque pays (janvier 2016) et ont offert une plateforme pour des discussions ouvertes et le recueil d'expériences pour mieux encadrer la conception et la préparation du programme REDISSE. La confiance accordée à la CEDEAO en tant qu'entité régionale de coordination du programme, en particulier à travers l'une de ses branches (l'OOAS), vient confirmer l'approche d’une coordination consultative et inclusive sur laquelle le REDISSE I est élaboré. De plus, la préparation et la mise en œuvre des instruments de protection environnementale se feront de manière consultative et participative. De même, la préparation, la validation et la divulgation publique des quatre instruments visant la protection environnementale et sociale de chaque pays se dérouleront toutes de la même façon afin d'assurer une large participation du public (prenant en compte les considérations des femmes, des jeunes, des personnes âgées, des handicapés et des groupes vulnérables) par le biais de mécanismes de responsabilisation sociale qui devraient favoriser les initiatives de développement durable. La consultation et la participation faisant partie d'un processus itératif, le modus operandi sera maintenu tout au long du cycle de vie du projet REDISSE.

**Modalités de mise en œuvre de mesures sociales et environnementales (y compris les protections)**

1. Pour assurer une mise en œuvre adéquate et en temps opportun des mesures de protection afférentes aux instruments de protections connexes et des documents d'évaluation de projets, y compris les juridiques, une équipe de Points focaux en matière de protection sociale et environnementale (SESFP) sera désignée pour former une petite unité de protection au sein de l'Organisme régional de mise en œuvre (CEDEAO-OOAS). Le spécialiste de la protection sociale sera responsable de l'évaluation et du développement social — y compris les questions liées au genre, aux jeunes et aux groupes vulnérables ; le spécialiste de la protection environnementale sera responsable des mesures de protection de l'environnement et de gestion des ressources naturelles — y compris les questions se rapportant aux questions liées au changement climatique. De même, la même mise en place sera instaurée dans chaque pays bénéficiaire pour assurer le suivi du traitement approprié des questions sociales et environnementales dans leurs projets nationaux respectifs. Les OOAS et SESFP nationaux travailleront étroitement avec les spécialistes de la protection de la Banque mondiale, qui feront en sorte que les capacités techniques des SESFP s'améliorent tout au long du cycle de vie du projet.
2. Lors de l'exécution du projet, ils travailleront tous les deux en étroite collaboration avec les spécialistes de la protection de la Banque mondiale et veilleront à ce que les normes de qualité afférentes aux documents traitant de la protection soient respectées et fassent l'objet d'un reporting adéquat. De même l’OOAS-SESFP travaillera avec les SESFP nationaux pour préparer et partager avec des spécialistes de la protection de la Banque mondiale des rapports périodiques (à spécifier dans le Manuel d’exécution du projet) sur les progrès de la mise en en œuvre et du suivi des protections. Ensemble, les équipes s'entendront sur les recommandations de base à mettre en place après chaque mission de renforcement de la mise en œuvre/supervision pour en assurer la conformité avec les documents juridiques.
3. Les Plans de gestion sociale et environnementale (PGES) ou les plans de gestion des déchets examineront les risques sociaux et environnementaux potentiels existants ainsi que les impacts associés aux activités proposées du projet, notamment la gestion des déchets. De la même manière, les PGDM fournissent des directives spécifiques sur la manière de traiter les déchets médicaux, depuis la collecte, le transport, le stockage jusqu’à leur élimination. Les instruments de protection de l’environnement tireront grandement parti des instruments précédemment développés pour les opérations en cours financés par la BM dans les pays participants ainsi que des enseignements tirés et des occasions manquées relatives à l’expérience dans la mise en œuvre des instruments. Aussitôt que les caractéristiques exactes des emplacements physiques et des détails (nature, type, portée et ampleur) sur les activités spécifiques des centres de recherche et de formation sélectionnés seront identifiées, chaque pays développera alors son site PGES pour intégrer les spécificités locales. De plus, les instruments de sauvegarde comprennent des dispositions institutionnelles soulignant les rôles et les responsabilités des divers groupes de parties prenantes impliquées dans chaque pays participant, aux niveaux régionaux et nationaux pour le filtrage, l’examen et l’approbation des activités qui seront financées par l’IDA dans le cadre de ce projet. Les instruments de protection décrivent aussi les risques ou les impacts négatifs potentiels qui pourraient résulter de la mise en œuvre du projet, les mesures génériques d’atténuation, la mise en œuvre et le suivi des mesures d’atténuation pour de telles activités.
4. Les Emprunteurs respectifs ont individuellement et collectivement bénéficié d’autres projets de l'IDA (passés et présents) qui ont fourni ou fournissent une capacité relativement suffisante pour comprendre et appliquer les politiques de protection. De plus, les pays emprunteurs possèdent des cadres institutionnels et légaux adéquats qui devraient assurer une conformité satisfaisante aux Directives de protection opérationnelle de la Banque mondiale. Il en va de même pour l’agence régionale de mise en œuvre de la CEDEAO/OOAS qui a également acquis une expérience suffisante dans le traitement des opérations financées par la BM dans le passé et est donc suffisamment équipée pour gérer cette nouvelle opération. En outre, la participation de la BM dans le secteur de la santé a été significative et les clients ont montré au fil du temps une capacité et une bonne volonté relativement suffisantes de mise en œuvre des projets financés par la Banque mondiale. Néanmoins, en visant à se conformer au cadre légal et à stimuler le rendement global du programme sur les protections et sur les aspects sexospécifiques, le renforcement de capacités techniques supplémentaires sera nécessaire pour l’OOAS et pour chaque institution individuelle du pays participant, notamment pour les organismes nationaux environnementaux (et sociaux) respectifs.
5. Spécifiquement, ce projet a déclenché deux des dix politiques de protection  :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Politiques de protection déclenchées par le Projet** | **Oui** | **Non** |
| Évaluation environnementale (PO/PB 4.01) | X  |  |
| Habitat naturel (PO/PB 4.04) |  | X  |
| Lutte antiparasitaire (PO 4.09) | X  |  |
| Ressources culturelles physiques (PO/PB 4.1 1) |  | X  |
| Réinstallation involontaire (PO/PB 4.12) |  | X  |
| Populations autochtones (PO/PB 4.10) |  | X  |
| Forêts (PO/PB 4.36) |  | X  |
| Sécurité des barrages (PO/PB 4.37) |  | X  |
| Projets en zones de litige (PO/PB 7.60) |  | X  |
| Projets sur les voies d'eaux internationales (OP/BP 7.50) |  | X  |

1. **SUIVI ET ÉVALUATION**
2. L'ensemble des indicateurs à surveiller et documenter pour évaluer la performance et les progrès accomplis afin d'atteindre les objectifs du projet sont décrits dans le Cadre de résultats (RF) à l'Annexe 1. Sont prévus un RF global pour mesurer les progrès régionaux et des RF spécifiques à chaque pays et présentant des objectifs annuels personnalisés. Les résultats seront communiqués annuellement dans les rapports sur l'état de la mise en œuvre (ISR). Les spécialistes S&E de l'OOAS piloteront le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du projet. Comme indiqué à l'Annexe 1, la plupart des indicateurs reposent sur les normes internationales en vigueur pour ce qui est de l'évaluation de la conformité aux dispositions du RSI et de l'OIE et de l'évaluation des progrès(l'outil JEE et l'outil d'évaluation PSV de l'OIE respectivement pour minimiser la charge que représente la collecte des données pour les pays. Les sources de données pouvant également varier selon les pays, l'OOAS établira un mécanisme pour assurer la qualité desdites données.
3. Le projet appuiera le renforcera les systèmes nationaux d'information sanitaire pour recueillir et communiquer des données de qualité. Le suivi et l'évaluation seront menés au niveau national par les trois pays participants et regroupés au niveau régional par l'OOAS. Les pays auront la charge de mener des auto-évaluations annuelles en utilisant les outils JEE et PSV de l'OIE ; les JEE seront réalisées par des experts externes tous les deux ans pour valider la qualité des données et des résultats obtenus par le biais des auto-évaluations nationales. En principe, les évaluations externes PSV de l'OIE devraient être effectuées peu avant la JEE pour pouvoir en reporter les résultats dans la JEE. L'OOAS coordonnera les activités de S&E du projet dans son ensemble, sur la base d'un manuel de M&E détaillant les exigences requises pour tous les pays ainsi qu'au niveau régional. Ceci sera harmonisé par des manuels d’exécution du projet (MEP) pour tous les organismes de mise en œuvre ; ceux-ci devraient être prêts dans les trois mois suivant l’approbation du projet. L'OOAS mettra aussi en œuvre les efforts de collecte d'indicateurs spécifiques concernant les activités de niveau régional, et veillera à ce que l'ensemble des pays participants fournissent des données et des informations de la qualité requise et en temps opportun. L'OOAS fournira également un appui technique en matière de M&E aux pays participants et encouragera l'apprentissage transfrontalier. Au niveau national, les UCP des trois pays participants seraient responsables de la collecte et de la compilation de toutes les données au niveau national et bénéficieraient de l'aide de partenaires externes par le biais d'évaluations externes, y compris le CDC-États-Unis et l'OMS pour le secteur de la santé humaine, et l'OIE pour le secteur de la santé animale.
4. Le S&E du projet REDISSE I a été développé : (i) en tant qu’outil de gestion basée sur les résultats pour s’assurer que les données et les informations sur l’avancement du projet (ou sur son manque d’avancement) par rapport aux résultats dans le cadre de l’ODP sont fournies à la gestion et que des mesures correctives puissent être prises à temps si nécessaire ; (ii) en tant que cadre de responsabilisation quant aux progrès par rapport aux objectifs nationaux et régionaux de développement attribuables à des interventions et à des actions de l’institution régionale OOAS (conjointement au CRSA) et les gouvernements nationaux mettant en œuvre le REDISSE I; (iii) en tant qu’approche d’analyse des performances des pays participants au REDISSE I afin d’assurer un certain niveau de performances régionales et des contributions plus ou moins égale des trois pays aux objectifs régionaux ; et (iv) en tant que plate-forme de communication des résultats du projet. Le S&E est également conçu pour répondre aux exigences du reporting de routine de la Banque mondiale (plus précisément le rapport d’activité semestriel et le rapport d’avancement et des résultats (ISR), qui est développé pour chaque pays et rendu public) et des données et informations requises pour l’évaluation à mi-parcours.
5. Contexte et capacité : Les capacités des gouvernements dans les trois pays à planifier, exécuter, surveiller et évaluer les projets peuvent souvent s'avérer faibles. Les signes de faibles capacités comprennent notamment des ensembles de données incomplets, des données de terrain non validées, des informations manquantes, des incohérences de reporting et la fourniture de données et d’informations qui ne sont jamais déclarées ou utilisées par la suite dans la prise de décision ou dans la formulation des directives.

1. Conception du Cadre de résultats : Les aspects intersectoriels et la faiblesse des capacités ont été prises en compte dans la conception de l’infrastructure de S&E de REDISSE I particulièrement en ce qui concerne le nombre et la sélection des indicateurs, les sources de données et les méthodes utilisées pour recueillir les données. L’instrument principal du S&E pour le REDISSE I concerne le Cadre de résultats (Annexe 1), qui est commun à tous les pays faisant partie du REDISSE I et qui sera rapporté dans les ISR. Il se compose de la déclaration de l’ODP et des 6 indicateurs « SMART » relatifs à l'ODP et des 9 indicateurs « SMART » intermédiaires. Les principaux indicateurs de la Banque mondiale sont aussi inclus, comme l’indicateur de base sur les bénéficiaires directs du projet et sur la formation des professionnels de la santé.
2. Certains indicateurs sont ventilés selon le niveau national et régional et par sexe (pour calculer le pourcentage de femmes) pour l’indicateur de base sur les bénéficiaires directs du projet. Dans la mesure du possible, les indicateurs comportent des références de base et des cibles répertoriées ainsi que la fréquence de recueil des données, les sources de données, la méthodologie de calcul de la référence de base et des valeurs de progression et les responsabilités du recueil des données. Les références de base sont proposées en tant qu’activités REDISSE I avec des cibles progressives établies après avoir déterminé les valeurs de ces références de base. Les sources de données peuvent varier par pays et un mécanisme d’assurance de la qualité des données sera mis en place avec l’OOAS. Pour certains pays, les références de base des indicateurs seront dérivées en tant qu’activités du projet afin d’être vérifiées pendant la première année du recueil des données. Le Cadre de résultats comporte aussi une colonne afin de définir les indicateurs et d’introduire des remarques. Le Tableau 1 de l’Annexe 1 présente des détails sur les aspects des indicateurs traités ici.
3. En reconnaissant que le REDISSE vient directement compléter d’autres initiatives existantes de réponse et de surveillance globales des maladies telles que GHSA en Afrique de l’Ouest, des efforts ont été réalisés afin d’harmoniser les indicateurs existants. Ceci devrait réduire la charge de recueil des données sur les pays participants ainsi que permettre la comparaison des données afin de surveiller les références de base et les progrès par rapport à l’achèvement des objectifs communs. En février 2016, l’OMS a présenté l'outil d’évaluation externe conjointe au titre du RSI (JEE)[[52]](#footnote-52) qui a été développé avec la collaboration du GHSA. Cet outil est destiné à mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des obligations du RSI au moyen d’évaluations transparentes par une équipe d’experts nationaux et par une équipe externe. Au fur et à mesure que le REDISSE I contribuera à aider les pays à satisfaire aux obligations du RSI (2005), des indicateurs REDISSE I seront développés afin d’assurer la coordination avec ces autres initiatives dans la mesure du possible. De la même manière, comme les interventions dans le secteur de la santé animale visent à améliorer la qualité des services vétérinaires conformément aux normes internationales de l’OIE et ont été conçues conformément aux recommandations des missions du processus PSV, la mesure des progrès accomplis s’effectuera en utilisant l’outil d’évaluation qualitative PSV de l’OIE.[[53]](#footnote-53)
4. Dispositions de suivi et d’évaluation. Le suivi et l'évaluation sera réalisé sur deux niveaux pour le REDISSE I : (i) au niveau régional par l’OOAS (et le CRSA) et (ii) par les trois pays participants en collaboration avec des partenaires extérieurs tels que l’OMS, le CDC et l’OIE. L’OOAS a la responsabilité générale de coordonner les fonctions de S&E du REDISSE I et s’assurera que les données et les informations provenant de tous les pays sont produites en temps et en heure et de qualité acceptable. Le Cadre de résultats indique si les unités de S&E désignées dans les trois pays détiennent la responsabilité déléguée de recueillir des données sur les indicateurs REDISSE I ou si cette responsabilité reste attribuée à l’OOAS. L’OOAS fournira la coordination générale des fonctions S&E en s’appuyant sur le manuel de S&E décrivant les impératifs pour tous les pays et pour le niveau régional. L’OOAS concevra et mettra en œuvre les efforts de recueil des données qui sont les mieux réalisés au niveau régional et il fournira un appui technique au S&E des pays participant, mettra en place un mécanisme d’assurance de la qualité des données, recueillera ses propres données et en encouragera l’apprentissage transfrontalier. L’Annexe 1 présente un aperçu général des diverses activités concernant la collecte et les sources des données, notamment les responsabilités vis-à-vis de la collecte des données et de la coordination.
5. Activités de suivi et d’évaluation. Les activités de suivi et d'évaluation du REDISSE I : (i) généreront des informations sur l’avancement du projet ; (ii) analyseront et agrégeront les données générées aux niveaux régional, national et local ; et (iii) documenteront et diffuseront les enseignements clés aux utilisateurs et aux parties prenantes partout dans les pays de la CEDEAO conjointement à la fonction de communication du REDISSE I. Le REDISSE I recevra des rapports d'évaluation et d’avancement de tous les pays et sera en mesure de partager les résultats et les meilleures pratiques avec tous les pays de la CEDEAO. Le S&E au niveau du projet délimitera et renforcera les systèmes nationaux et régionaux afin de surveiller les résultats et les besoins dans tous les pays bénéficiaires, conformément au mandat de la CEDEAO. Le projet mettra particulièrement l’accent sur la cartographie des interventions et des résultats du projet par géocodage des activités et en y superposant des indicateurs clés du développement. Ces informations seront accessibles au moyen de plates-formes le long des lignes de cartographie pour l’initiative des résultats.
6. Planification de l’utilisation du suivi et évaluation. La mise en œuvre du cadre de S&E sera suivie pendant la mise en œuvre et constituera un élément central de la supervision du projet. L’opportunité d'une l’évaluation à mi-parcours sera saisie pour évaluer aussi certains problèmes fondamentaux du concept de S&E et de procéder en conséquence à des ajustements. Pendant la supervision, une forte orientation sur les résultats prévaudra, avec toute l’attention nécessaire consacrée aux progrès réalisés sur la collecte des données, sur la qualité des données et sur l’utilisation réelle des données lors du suivi de la mise en œuvre du projet dans des aide-mémoires et des Rapport sur l'état de la mise en œuvre (ISR).
7. Les réunions annuelles d’examen, organisées sous les auspices de l’OOAS fourniront un forum de partage des expériences de mise en œuvre, en proposant des recommandations sur les modifications programmatiques et en générant des demandes supplémentaires d’informations et d’analyses. L'opportunité d'une évaluation à mi-parcours sera proactivement utilisée pour : (i) évaluer les progrès réalisés à ce jour et la continuité de la pertinence/du réalisme des objectifs ; (ii) examiner l’expérience par rapport à la définition des indicateurs, aux systèmes de recueil de données, à l’analyse et à d’autres aspects méthodologiques.
8. **RÔLE DES PARTENAIRES**
9. Dans le domaine de la santé animale, deux organisations internationales (l’OIE et la FAO) et une organisation régionale (UA-BIRA) devraient fournir un soutien au niveau régional (CRSA) et national (pays participant à la CEDEAO).
10. Ces institutions détiennent chacune un rôle spécifique, des mandats et avantages comparatifs, et ont établi des dispositions collaboratives, particulièrement depuis les dernières crises d’IAHP.
11. L’OIE est l’Organisation mondiale de la santé animale (son abréviation historique a été conservée). Elle a été créée en 1924 (avant les Nations unies). Elle est régie par un Accord international auquel 180 pays membres ont souscrit. Des représentants des pays membres sont désignés par leurs gouvernements et il s’agit en général de responsables des Services vétérinaires nationaux en charge de la préparation et de la mise en œuvre des politiques nationales et d’une législation sur le contrôle des maladies animales, notamment celles transmissibles à l’homme. Les principaux mandats de l’OIE sont (i) d’assurer la transparence de la situation zoosanitaire mondiale ; (ii) de recueillir, d’analyser et de diffuser les informations scientifiques vétérinaires ; (iii) d’encourager la solidarité internationale dans le contrôle des maladies animales ; (iv) de protéger le commerce mondial en publiant des normes sanitaires pour les échanges internationaux d’animaux et de produits d’origine animale ; (v) d’améliorer le cadre juridique et les ressources des Services vétérinaires nationaux ; et (vi) de fournir une meilleure garantie des aliments d’origine animale et de promouvoir le bien-être des animaux grâce à une approche scientifique. Les normes de l’OIE sont reconnues en tant que références pour les maladies animales et les zoonoses par l’accord OMC/SPS. L’OIE gère cinq représentations régionales permanentes et huit bureaux sous-régionaux. L’OIE a établi une collaboration officielle avec la Banque mondiale (voir ci-dessous), l’OMS (GLEWS conjointement avec la FAO), la FAO (GF-TAD, OFFLU, GLEWS), et de nombreuses autres organisations publiques et privées.
12. Le Service de la santé animale de l’Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO-AGAH). Les problèmes de santé animale (SA) (maladies animales transfrontalières hautement contagieuses, santé publique vétérinaire, maladies émergentes transmises par des vecteurs et organisation des services vétérinaires) sont des responsabilités du service SA (AGAH) de la Division Production animale et santé (AGA). L’AGAH est géré par le Chef des services vétérinaires (CVO) de la FAO et regroupe une équipe de spécialistes multidisciplinaires (épidémiologie, microbiologie, activités de laboratoire, parasitologie et écologie des maladies transmises par les tiques et par les insectes). En utilisant les complémentarités des autres services de l’AGA, l’AGAH aborde les problèmes de santé animale selon une approche globale (socio-économique, politique de l’élevage et institutions, interaction entre les systèmes d’exploitation agricole et l’environnement et santé animale). Le programme EMPRES (systèmes d’urgence et de prévention) est axé sur la détection précoce des MAT. Les systèmes d’informations et de renseignements sur la maladie sont les activités clés de la surveillance, de l’évaluation des risques, des prévisions et de la préparation des programmes stratégiques de contrôle. L’ECTAD (Centre d’urgence pour les MAT) est une structure centralisée, conçue pour assurer une chaîne de commandement centralisé concernant les stratégies de prévention et de contrôle des MAT. L’ECTAD est dirigé par le Chef des services vétérinaires (CVO) de la FAO et regroupe divers experts travaillant sur la santé animale, sur la production animale, sur la politique de l’élevage, sur la modélisation, sur les SIG et sur les communications ainsi que sur des sujets financiers et administratifs.
13. La mission du Bureau Interafricain des ressources animales de l’Union Africaine (UA-BIRA) consiste à fournir le leadership dans le développement des ressources animales pour l’Afrique en soutenant et en habilitant les États membres de l’Union Africaine et des Communautés économiques régionales. Son mandat consiste à soutenir et à coordonner l’utilisation des animaux (élevage, industrie des pêches et faune sauvage) en tant que ressources pour le bien-être humain dans les États membres de l’Union Africaine et pour contribuer au développement économique. Les domaines spécifiques du mandat sont destinés à : améliorer la santé publique et animale par le contrôle et l’élimination éventuelle des maladies transfrontalières des animaux et des zoonoses ; améliorer la gestion des ressources animales et les bases des ressources naturelles dont ils dépendent ; explorer les options d’investissement et renforcer la compétitivité des produits africains d’origine animale ; contribuer à l’élaboration de normes et de règlements et en améliorer la conformité par les États membres ; renforcer la capacité institutionnelle et soutenir les politiques de développement et d’harmonisation ; diffuser les informations et les connaissances sur les ressources animales aux États membres, aux communautés économiques régionales et aux autres institutions concernées ; et fournir un soutien essentiel aux États membres ayant des besoins spéciaux ou dans des situations d’urgence.
14. Le Centre Régional de Santé Animale (CRSA) pour l’Afrique Centrale et de l’Ouest a été créé à Bamako en 2006 en tant que plate-forme informelle sous la coordination de l’OIE, sur une initiative conjointe de la FAO et de l’OIE, ultérieurement rejointe par l’UA-BIRA et à l’origine devait répondre aux besoins de coordination contre la grippe aviaire. Conformément à son nouveau statut, le CRSA se trouve sous l’autorité de la CEDEAO. Il deviendra une entité légale à part entière et jouira d’une autonomie fonctionnelle fondée sur un budget annuel fourni par le CER (couvrant au moins ses dépenses « souveraines »), alors que son personnel sera régi par les réglementations de la CEDEAO.
15. Au cours des quelques années passées, l’OIE et la FAO en particulier, ont renforcé leur collaboration par le biais d’un PA basé sur leurs complémentarités et ont : (i) mis au point un cadre mondial pour les maladies transfrontalières (GF-TAD), (ii) organisé conjointement un certain nombre d’événements internationaux et régionaux ; (iii) copublié plusieurs articles ; (iv) publié des résolutions courantes et des recommandations ainsi que (v) mené des missions mixtes scientifiques et techniques sur le terrain. Il est important de noter que leur collaboration s’est établie bien au-delà de la réponse aux urgences de la crise IAHP, mais a tracé le chemin vers un renforcement ultérieur du système de santé animale nécessaire à la prévention et au contrôle des maladies globales émergentes et réémergentes d’origine animale. En outre, l’OIE et la FAO ont renforcé leur collaboration avec l’OMS pour former le « tripartite » pour mieux faire face aux menaces concernant l’interface animal-homme-écosystème. Le CRSA, qui a été établi à Bamako en 2006, est dorénavant sous le contrôle de la CEDEAO et collabore avec les trois institutions de santé animale. Le renforcement du CRSA doit renforcer la collaboration de l’OIE, de la FAO et de l’UA-BIRA afin de soutenir les pays de la CEDEAO.
16. Au niveau national,
* Les activités de l'OIE comprennent : des normes de santé animale et des directives de développement et de mise en œuvre (formation de délégués et de points focaux) ; les enjeux commerciaux/SPS ; le recueil et diffusion des données nationales officielles ; la certification ; le système d’informations de santé animale de l’OIE ; l’évaluation des performances des services vétérinaires et l’analyse des écarts de PSV ; la mise à niveau de la législation vétérinaire ; l’optimisation des réseaux de laboratoires ; le jumelage entre les laboratoires de diagnostic et les établissements d’enseignement vétérinaire).
* Les activités de l'AGAH comprennent : la surveillance et l'analyse épidémiologique ; la planification d'urgence, la stratégie de développement et de la protection civile ; les bonnes pratiques de gestion des urgences ; le développement exhaustif du secteur de l'élevage : la production, la santé et la politique ; l'amélioration des Services nationaux de SA et de la livraison ; et les laboratoires (soutien, recherche ciblée et enquêtes épidémiologiques, transfert de technologie) ;
* L'OIE et l'AGAH contribuent tous les deux : au renforcement des capacités, au système mondial d’alerte précoce, et à une intervention coordonnée en cas d’urgences.
1. Alors que les pays participant au projet décideront finalement quand et comment s’engager avec ces trois organisations d’appui à leurs activités respectives du projet national, l’OIE jouera un rôle essentiel au niveau régional en soutenant le renforcement du CRSA ainsi que la mise en œuvre des activités régionales du projet de santé animale.
2. Au niveau régional, ces activités peuvent inclure :
3. La coordination
	1. des activités de S&E de santé animale au niveau national ;
	2. l'utilisation et élargissement du mécanisme de coordination/de concertation établi par le PRAPS ;
	3. l'harmonisation des stratégies et des mécanismes de surveillance de la santé animale au niveau national ;
	4. le partage d'informations parmi les services vétérinaires nationaux quant à l’état de santé animale ;
	5. une réflexion stratégique sur des thèmes transversaux d’intérêt régional (législation, organismes de contrôles régionaux, contrôle des frontières, base de données, etc.).
4. Une assistance technique
	1. une assistance technique aux pays participants à leur demande quant à la conception ou à la révision de la surveillance nationale et des plans d’urgence ;
	2. la facilitation du processus collaboratif afin d’établir des passerelles entre les RSI et les PSV ;
	3. le développement d’une base de données épidémiologique nationale et régionale et facilitation du partage d’informations parmi les pays participants, en liaison avec le Système d’information mondiale sur la santé animale (WAHIS) de l’OIE ;
	4. l'élaboration de manuels et de guides techniques sur les bonnes pratiques de la surveillance épidémiologique ;
	5. le soutien à la gestion (précédemment financé par le projet FAO/ECTAD) du réseau de surveillance épidémiologique (RESEPI) et du réseau des laboratoires de diagnostic (RESOLAB), dont les activités en Afrique de l’Ouest sont dorénavant associées au CRSA.
5. Des formations
	1. la conception et réalisation d’un programme de formation continue et spécifique situé au CRSA et spécialement conçu pour les services vétérinaires et le personnel de laboratoires (surveillance épidémiologique, détection précoce, méthodes de diagnostic, etc.) ;
	2. la conduite d’un programme spécifique de formation pour les délégués de l’OIE et pour les points focaux nationaux directement concernés par le projet (reporting, laboratoires, faune sauvage, communication) ;
	3. le soutien au programme national de formation (conception ou révision du programme national de formation, conception de programmes de formation, manuels, etc.).

Annexe 4 : Plan d'appui à la mise en œuvre

**Projet régional d'amélioration des systèmes de surveillance des maladies**

**en Afrique de l'Ouest**

**Stratégie et approche à la mise en œuvre**

1. Le plan d'appui à la mise en œuvre (PAMO) du présent projet a été développé en fonction de la nature spécifique des activités qu'il comprend, les enseignements tirés des opérations menés précédemment dans la région, les pays et les secteurs, et le profil des risques du projet tels que décrits dans le présent PAD. Le PAMO sera réexaminé régulièrement et révisé si besoin est.
2. Le plan d'appui à la mise en œuvre comprend un examen régulier et approfondi des performances et des avancées de la mise en œuvre. Ces examens seront réalisés par une équipe de spécialistes de la BM en collaboration avec les organismes de mise en œuvre (les trois pays participants) et le principal organisme de soutien (l'OOAS). En plus de ces missions d'appui à la mise en œuvre et de visites officielles sur le terrain, qui seront effectuées au moins tous les six mois suivant l'urgence et la complexité du projet, il sera organisé des ateliers spéciaux aux points de décision clés du projet. L'équipe de la BM organisera une mission d'évaluation du projet à mi-parcours (EMP) pour faire le bilan de sa mise en œuvre et mettre en place les mesures correctrices nécessaires, si besoin est. L'EMP devrait avoir lieu en Décembre 2019. Avant la mission précisée ci-dessus (fin novembre 2019), les organismes de mise en œuvre, sous l'égide de l'OOAS et du Comité de pilotage régional, prépareront et enverront à la BM un rapport résumant l'avancement du projet et mettant en exergue toutes les problématiques nécessitant une attention particulière. A la fin du projet, l'équipe de la BM préparera un Rapport d'achèvement de mise en œuvre (RAM) qui résumera les réalisations effectuées dans le cadre du projet. Ce rapport comprendra également une évaluation du même projet effectuée par les organismes de mise en œuvre. Ce processus sera aussi piloté et coordonné par l'OOAS.

**Plan d'appui à la mise en œuvre**

1. L'équipe de la BM suivra les progrès accomplis sur plusieurs fronts, notamment : (i) les indicateurs de performance clés répertoriés dans le cadre de résultats ; (ii) les composantes du projet ; (iii) le respect des conditions et clauses juridiques clés ; (iv) les progrès réalisés par rapport au plan de mise en œuvre et au plan de passation de marchés du projet ; (v) les coûts du projet, à savoir s'ils ont été suffisamment estimés pour couvrir les activités prévues et si des réaffectations de fonds des dons/crédits sont nécessaires; (vi) le respect des dispositions de la BM en matière de gestion financière et de décaissement ; et (vii) le respect des garanties en matière de protections. environnementale et sociale. En outre, la BM examinera également les conclusions et les résultats des évaluations conduites par les tiers, le suivi communautaire, et les audits sociaux qui seront entrepris au cours de la mise en œuvre du projet. L'équipe de la BM suivra également de près l'achèvement des enquêtes quantitatives menées en début de parcours, à mi-parcours et en fin de parcours et qui seront utilisées pour évaluer l'impact des principales activités appuyées par le projet, y compris les évaluations indiquant la satisfaction des utilisateurs.
2. En plus du suivi des avancées du projet, l'équipe de la BM travaillera en étroite collaboration avec tous les organismes de mise en œuvre et avec l'OOAS à la fourniture d'un soutien technique, si nécessaire. L'équipe d'appui à la mise en œuvre comprendra des spécialistes de la santé publique (y compris des spécialistes de surveillance des maladies et des spécialistes en laboratoires), des spécialistes de la santé animale, des spécialistes en achat et gestion des biens et services (passation de marchés), des spécialiste de la mobilisation sociale et du plaidoyer social, des spécialistes expérimentés dans la mise en œuvre de programmes de formation, des spécialiste de S&E, et aussi du personnel opérationnel qui fournira les conseils et le soutien nécessaires en temps opportun. Le spécialiste de la passation des marchés de la BM procédera à un examen annuel à posteriori des marchés qui tombent en dessous des seuils établis lors de l'examen précédent et se verra confier des missions ciblées distinctes en fonction des besoins d'approvisionnement qui se présentent. Le spécialiste de la gestion financière de la BM examinera tous les rapports de gestion et d'audits financiers et prendra les mesures de suivi nécessaires conformément aux procédures de la BM. Les membres de l'équipe de la Banque aideront aussi à identifier les besoins en matière de renforcement des capacités pour assurer la réussite de la mise en œuvre du projet.
3. Compte tenu de la complexité du projet (3 pays et des interventions multisectorielles), l'équipe de la BM organisera tous les deux mois des réunions avec ses collaborateurs basés sur le terrain et ceux qui travaillent dans l'éducation et la protection sociale (ainsi que sur le thème du genre et de la gouvernance, si nécessaire).
4. L'appui spécifique à la mise en œuvre au cours du projet est décrit ci-dessous :

**Tableau 19 : Appui à la mise en œuvre tout au long de la durée du projet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durée** | **Objet** | **Compétences requises**  | **Personnel en nombre de semaines**  | **Nombre de voyages** |
|  | Coordination générale | Chefs d'équipe du projet (CEP) |  |  |
| **Année 1 (estimation des ressources : 300 000 USD)** |  |  |
|  | Lancement du projet  | **Équipe du projet : total**CEP - Spécialistes de la santé Spécialistes de la santé animaleSpécialistes des produits de baseSpécialistes - social/mobilisationSpécialistes des programmes de formationSpécialistes du suivi et de l'évaluationResponsables des opérationsSpécialistes GFSpécialistes de la passation de marchés | **56**10757751033 | 1 pour chaque spécialiste répertorié |
|  | Mission d'appui à la mise en œuvre régulière  | **Équipe du projet : total**CEP - Spécialistes de la santéSpécialistes de la santé animaleSpécialistes des produits de baseSpécialistes - social/mobilisationSpécialistes des programmes de formationSpécialistes du suivi et de l'évaluationResponsables des opérations | **25**5333335 | 1 pour chaque spécialiste répertorié |
|  | Mission d'appui à la mise en œuvre régulière  | **Équipe du projet : total**CEP - Spécialistes de la santéSpécialistes de la santé animaleSpécialistes des produits de baseSpécialistes - social/mobilisationSpécialistes des programmes de formationSpécialistes du suivi et de l'évaluationResponsables des opérationsSpécialistes GFSpécialistes de la passation de marchés | **29**533333522 | 1 pour chaque spécialiste répertorié |
| **Année 2 à 5 (estimation des ressources : 1 000 000 USD)** |  |  |
|  | Missions bisannuelles d'appui à la mise en œuvre (examens techniques et fiduciaires) | **Équipe du projet : total**CEP - Spécialistes de la santéSpécialistes de la santé animaleSpécialistes des produits de baseSpécialistes - social/mobilisationSpécialistes des programmes de formationSpécialistes du suivi et de l'évaluationResponsables des opérationsSpécialistes GFSpécialistes de la passation de marchés(Consultants sur des problématiques spécialisées) | **33x2** 7333335222 | 1 pour chaque spécialiste répertorié |
|  | Ateliers spéciaux (au besoin) | Spécialistes (au besoin) | 5 | 1 pour chaque spécialiste  |
|  | Évaluation à mi-parcours (Décembre 2019) | **Équipe du projet : total**CEP - Spécialistes de la santéSpécialistes de la santé animaleSpécialistes des produits de baseSpécialistes - social/mobilisationSpécialistes des programmes de formationSpécialistes du suivi et de l'évaluationResponsables des opérationsSpécialistes GFSpécialistes de la passation de marchés(Consultants sur des problématiques spécialisées) | **31**5333335222 | 1 pour chaque spécialiste répertorié |
|  | Évaluation d'achèvement de mise en œuvreMission (Juillet 2023)Préparation du RAM | **Équipe du projet : total**CEP - Spécialistes de la santéSpécialistes de la santé animaleSpécialistes du suivi et de l'évaluationResponsables des opérationsAuteurs du RAM | **24**522510 | 1 pour chaque spécialiste répertorié |

Annexe 5A : Analyse économique et financière

**Projet régional d'amélioration des systèmes de surveillance des maladies**

**en Afrique de l'Ouest**

* + 1. Il existe de solides arguments économiques en faveur de l’investissement dans les systèmes intégrés de surveillance des maladies et de réponse. Prévenir et combattre les flambées de maladies animales zoonotiques génère de grands avantages économiques en réduisant les menaces d’épidémies et de pandémies. Les bénéfices tirés de la surveillance des maladies vont bien au-delà des bénéfices sanitaires provenant de la réduction du nombre d'infections, de la diminution de la mortalité et de la morbidité, et du coût des soins de santé. Les épidémies affectent l'activité économique car elles réduisent la demande (du fait de la baisse des revenus des particuliers, de l'investissement et des exportations) et l'offre (de fait de la baisse de la production agricole et de la fermeture d'entreprises dans de nombreux secteurs), et qu'elles réduisent aussi la main-d'œuvre, le capital et la productivité, qui constituent les éléments majeurs de la croissance (PNUD, 2014). Les dernières épidémies d'Ébola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone auraient entraîné des pertes de production estimées à 12 pour cent de la production combinée de ces trois pays. Les pertes régionales de production en raison du ralentissement du taux de croissance ont été estimées à 7,35 milliards d'USD en 2014 (Banque mondiale, 2014). À l'échelle mondiale, les répercussions économiques des graves pandémies ont été estimées à 4,8 pour cent du produit intérieur brut (PIB) mondial, soit environ 3 billions d'USD au cours du 21ème siècle (Jonas, 2013). Comparé à l'estimation des investissements nécessaires au développement d'un système global de surveillance et de réponse aux maladies qui fonctionne bien, il est estimé que la suppression de pertes de cette envergure pourraient engendrer un retour annuel sur investissement atteignant les 123 pour cent (Banque mondiale, 2012).
		2. En renforçant les capacités intersectorielles et inter-pays liées à la surveillance et la réponse aux maladies, le projet REDISSE améliorera les capacités des états-membres de la CEDEAO à rapidement détecter et répondre aux menaces de santé publique de portée internationale. En fin de compte, le projet contribuera à réduire considérablement le fardeau des maladies qui pèse en particulier sur les populations pauvres et vulnérables, atténuant les risques sanitaires et économiques posés par les maladies infectieuses chez les humains et les animaux, et réduisant les menaces de futurs foyers de maladies, favorisant ainsi la sécurité sanitaire mondiale. À l'échelle mondiale, la création d'un réseau régional en Afrique de l'Ouest servira à exploiter les fortes capacités des autres réseaux régionaux dans le but d'améliorer la coopération régionale et mondiale des pays membres de la CEDEAO, de réaliser de meilleurs résultats en matière de santé des populations et de promouvoir la sécurité sanitaire mondiale.

**justification du Financement/de la provision du secteur public, le cas échéant**

* + 1. Trois raisons principales soutiennent une approche régionale relevant du secteur public à l'égard du réseau de surveillance et de réponse aux maladies en Afrique de l'Ouest. La première est tout simplement la charge économique écrasante que les maladies infectieuses, individuellement et collectivement, imposent à la région, limitant ainsi le développement économique régional et national. Les maladies transmissibles diminuent la productivité, nuisent à la base des ressources humaines et dissuadent les investissements étrangers en Afrique. Par exemple, la tuberculose (TB) entraîne des pertes annuelles d'environ 12 milliards d'USD pour l'économie mondiale. Les patients atteints de tuberculose perdent en moyenne 3 à 4 mois de travail par an, soit des pertes de revenus s'élevant de 30 à 40 pour cent des revenus du ménage (Fonkwo, 2008). Il a été démontré que le paludisme ralentit la croissance économique de 1,3 pour cent par an dans les pays où le paludisme est endémique. L’impact du SIDA sur la croissance économique est estimé à 1,5 pour cent par an, ce qui signifie que sur 25 années, leurs économies sont 31 pour cent inférieures à ce qui était autrement attendu. Les maladies infectieuses, en particulier celles qui entraînent des épidémies, continuent de provoquer des perturbations coûteuses pour le commerce et les échanges dans toutes les régions du monde. Les pertes potentielles résultant de pandémies sont substantielles et s'élèvent à au moins 30 milliards d'USD par an (Jonas, 2013). L'impact économique associé à l'IAHP H5N1 entre 2003 et 2006 a entraîné près de 2 pour cent de pertes de PIB en Asie de l'Est (OIM, 2009). Au vu de l'interconnexion régnant de la monde, un pathogène provenant d'un village reculé peut atteindre des villes d'importance en 36 heures (Jonas, 2013). Pour ce qui est de la santé animale, l'OIE estime que près de 10 pour cent de la production animale est perdue à cause de maladies sévissant dans les pays où les services vétérinaires sont insuffisants ; la plupart de ces maladies pourraient être évitées et/ou contrôlées de manière efficace et rentable.
		2. La deuxième raison repose sur le statut de bien public mondial attribué à un système de surveillance des maladies, qui à la fois n'est pas assujetti à la concurrence (pas de rivaux) et est non-exclusif. L'avantage de prévenir la propagation des maladies infectieuses bénéficient aux particuliers et aux pays ; il n'y a cependant aucun moyen pratique pour limiter ces avantages à ceux qui contribuent à le maintenir (non-exclusivité). De plus, la consommation d'une personne ne réduit pas la disponibilité aux autres, que ce soit à l'intérieur des nations ou au-delà (non-rivalité) (Jonas, 2013 ; OMS, 2015). Les avantages d’un système de surveillance et de réaction dépassent les frontières nationales car une flambée de maladie non détectée ni contrôlée est plus susceptible de se propager à d’autres pays (OMS, 2005). Ces avantages sont acquis à tous les pays, d’où la qualification de « pur » bien public mondial. Les biens publics mondiaux ont pour corollaire l’absence de moyens pratiques de faire payer ceux qui en bénéficient (problèmes des « profiteurs »). Pour cette raison, il est préférable que la surveillance et la réponse aux maladies infectieuses soient financées par les gouvernements plutôt que par des particuliers (WHO, 2005). Et pour finir, il existe aussi nombre d'externalités qui justifient le financement public de la surveillance et de la réponse aux maladies. Par exemple, la réduction des risques de maladies zoonotiques peut aider à accroître les capacités des pays à entreprendre le commerce du bétail à l'échelle internationale. Cela peut également se traduire par la réduction de la pauvreté pour deux raisons : Tout d'abord, le fardeau des maladies infectieuses affecte les pauvres de manière disproportionnée ; d'autre part, l'élevage représente une part relativement importante du revenu des ménages pauvres, et les maladies animales réduisent inexorablement leur bien-être tout en augmentant leur vulnérabilité (Jonas, 2013).
		3. La troisième raison est basée sur le partage des ressources dans le but d'améliorer l'efficacité. Des exemples de réapparition de poliomyélite, de méningite, du choléra et de fièvre jaune dans les pays d'Afrique occidentale, maladies que l'on estimait éliminées ou contrôlées, mettent en exergue la nécessité d'une réponse régionale coordonnée. Le groupement des passations de marchés et de la gestion d'autres produits ou services, tels les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée ou les traitements de la tuberculose, pourrait entraîner des économies financières grâce à des économies d'échelle. Les ressources coûteuses de haut niveau, comme les laboratoires de référence de niveau 3, les institutions de recherche spécialisée et les centres de formation de pointe, peuvent répondre avec efficacité aux besoins de plusieurs pays. Établir ces ressources dans tous les pays serait un gaspillage et ferait double emploi, en particulier lorsque l'on considère la masse critique d'un personnel hautement qualifié et le volume des services. Des économies de coûts sont aussi réalisables par la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé. La Banque mondiale estime que les économies de coûts s'élèvent de 10 à 15 pour cent du coût total du système en fonction de la prévalence des maladies (Banque mondiale, 2012).
		4. Les délais entre l'apparition de l'épidémie et la mise en œuvre des mesures de contrôle sont coûteux. Trop souvent, la détection, le diagnostic et le contrôle des épidémies ne sont tentés qu'avec retard et après que de nombreux humains aient été infectés. Lorsque la contagion croît de façon exponentielle, les coûts du contrôle des épidémies grimpent d'autant. Alors que la récente flambée de MVE aurait pu être endiguée pour moins de 200 millions d'USD en avril 2014, selon les estimations de l'ONU, ce coût avait déjà atteint les 4 milliards d'USD à l'automne 2014. Quand les autorités vétérinaires publiques ne sont ni préparées, ni équipées pour contrôler les flambées de maladies ou, en premier lieu, pour les détecter, le contrôle et d’éradication connaîtront probablement des retards. En outre, lorsque le contrôle des flambées échoue, la prévention d’une épidémie devient plus difficile et plus coûteuse avec la propagation de la contagion, et devient finalement impossible. L'atténuation de l'épidémie reste alors la seule option politique. Les retards dans la détection et le contrôle sont finalement très coûteux, car la contagion et les coûts d’atténuation croissent de façon exponentielle (Figure 8).

Figure 8 : Le contrôle précoce des maladies zoonotiques est rentable et

prévient les maladies humaines

|  |
| --- |
|  |

 *Source : Jonas, 2013 ; p.5.*

**Analyse des coûts et avantages**

* + 1. L’analyse économique déterminera si les avantages escomptés du projet justifient les coûts prévus. La principale difficulté des évaluations économiques des projets à plusieurs interventions réside dans la combinaison de tous les résultats possibles en une seule mesure composite de l’efficacité (ou des avantages). Une analyse des coûts et des avantages (ACA) permet de surmonter ce défi. Dans une ACA, les coûts et les résultats sont valorisés dans une même unité de mesure, souvent monétaire. Elle permet une comparaison directe des coûts et des avantages du projet, des coûts et des avantages des autres utilisations des ressources du projet (coûts économiques) et des coûts et avantages des interventions au-delà du secteur de la santé.
		2. Le programme REDISSE vise à traiter des faiblesses systémiques au sein du secteur de la santé animale et humaine qui entravent une surveillance et une réaction efficaces aux maladies. Cet objectif sera atteint par : (i) le renforcement des capacités de pays membres de la CEDEAO sélectionnés à remplir leurs obligations du RSI de l’OMS (2005) et du Code sanitaire des animaux terrestres de l’OIE ; (ii) le renforcement de la collaboration régionale durable et efficace et l’action collective afin de détecter et de réagir rapidement aux menaces de maladies infectieuses prioritaires en Afrique de l’Ouest, notamment de maladies zoonotiques ; et (iii) l’établissement de liens efficaces entre les systèmes sanitaires nationaux et un réseau régional de surveillance des maladies et d’intervention. Le projet contribuera à réduire le fardeau des maladies, en particulier parmi les populations pauvres et vulnérables, à atténuer les risques sanitaires et économiques posés par les maladies infectieuses chez les humains et les animaux, et à réduire les menaces de futures flambées de maladies, favorisant ainsi la sécurité sanitaire mondiale.
		3. L'analyse économique du programme REDISSE examine la justification économique de l'investissement dans la surveillance et la réponse aux maladies en Afrique de l'Ouest. L’analyse identifie les avantages possibles des composantes et activités du projet, les quantifie en unités monétaires et les compare aux coûts du projet par l’intermédiaire d’une ACA. L’analyse comprend aussi une évaluation du potentiel de tirer parti des contributions financières des gouvernements nationaux et de la communauté internationale pour subvenir aux interventions du projet à long terme.
		4. L’évaluation des systèmes de surveillance et de réaction aux maladies s’est principale concentrée sur le rendement économique de la prévention des pandémies (Banque mondiale, 2012 ; OIM, 2009). Ces évaluations se concentrent sur les impacts d’ordre général d’une pandémie sur l’activité économique, le travail et la productivité. Bien que ces points constituent certainement le principal mécanisme d’influence des pandémies sur l’économie, les modèles tendent à se généraliser en utilisant un degré élevé de regroupements, ce qui rend difficile le traitement de questions plus spécifiques (Rich et coll., 2005). L’approche par modélisation dépend de l’équilibre entre la disponibilité des données et la sophistication des modèles. Cette analyse adopte un point de vue global en modélisant les impacts sanitaires et économiques de la réduction de la probabilité de flambées des maladies (et des pandémies) en Afrique de l’Ouest grâce à la mise en œuvre du projet REDISSE. Le rapport avantage/coût est indiqué par :

$CBA=\frac{B\_{REDISSE}}{C\_{REDISSE}}=\frac{\sum\_{}^{}\left(B\_{h}+B\_{e}\right)}{C\_{REDISSE}}$ (1)

* + 1. Où, *Bh* représente le total des avantages liés à la santé du projet (coûts associés de la mortalité et morbidité évités) et *Be* représente le total des pertes économiques évitées grâce à la prévention des pandémies. Les avantages sur la santé sont associés à quinze maladies au potentiel épidémique identifié et les avantages économiques sont mesurés par l’impact sur les différents secteurs économiques. Donc :

$B\_{h\_{i,j}}=\sum\_{}^{}(B\_{hmort\_{i,i}}+B\_{hmorb\_{i,j} })$ (2)

* + 1. Où $B\_{h\_{i,j}}$correspond aux avantages sur la santé résultant de la prévention de la maladie *i* d’un pays *j*. Comme indiqué ci-dessus, cela peut être le résultat d’une réduction de la mortalité et de la morbidité. Les avantages économiques sont indiqués par :

$B\_{e}=\sum\_{}^{}(B\_{e\_{t,j}})$ (3)

* + 1. Où $B\_{e\_{t,j}}$correspond aux avantages économiques résultant de la prévention d’une pandémie dans le secteur économique *t* d’un pays *j.* Les secteurs économiques sont l’agriculture, les transports, la production manufacturière et les services (y compris le tourisme).

***Maladies humaines avec potentiel épidémique***

* + 1. La première étape consiste à estimer les risques de flambées de maladies en Afrique de l’Ouest. Une analyse précédente a examiné des bases de données mondiales, comme *Disease Outbreak News* de l’OMS, ProMED-mail, HealthMap et le Réseau mondial d’information de santé publique afin de dresser une liste des flambées de maladies validées (Chan et coll. 2010 ; Bogich et coll. (2012). 2010 ; Bogich et coll. 2012). Parmi les quinze pays d’Afrique de l’Ouest inclus dans le programme REDISSE, treize maladies ont provoqué au moins une flambée entre 1996 et 2009 (Annexe 1), soit 73 événements enregistrés. Trois flambées de méningite supplémentaires bien connues qui ne faisaient pas partie de l’ensemble des données d’origine ont été incluses dans cette analyse. Si une flambée s’est produite dans plusieurs pays, elle est répertoriée dans le pays d’origine. La liste a été complétée avec le virus Ébola-Zaïre et avec le VIH-2. Le virus Ébola Zaïre, une des cinq espèces du virus Ébola, a été responsable de la flambée de 2014 en Afrique de l’Ouest.[[54]](#footnote-54) Le VIH-2 s’est propagé à l’homme à au moins huit occasions en Afrique de l’Ouest au cours des cent dernières années, entraînant deux fois une transmission interhumaine durable (Sharp et Hahn, 2011), bien qu’il soit resté largement confiné à l’Afrique de l’Ouest et qu’il soit en déclin par rapport au VIH-1.[[55]](#footnote-55) Il est cependant représentatif d’autres virus non saisis dans l’ensemble des données de Bogich et coll., qui présentent toujours un potentiel épidémique en Afrique de l’Ouest. Cette compilation a permis d’établir une liste de quinze maladies à potentiel pandémique humain en Afrique de l’Ouest que le programme REDISSE aidera à atténuer. Ces maladies sont distinctes des maladies endémiques ou saisonnières en Afrique de l’Ouest, comme le paludisme.
		2. Ces quinze maladie ont été stratifiées selon deux critères : 1) taux de mortalité sans traitement (élevé > 20 %, modéré 5 à 20 %, faible < 5 %), et 2) potentiel de propagation (généralement, flambées ayant plus ou moins de 1 000 cas). Ces deux critères ont été déterminés à partir de l’examen de 76 événements déclarés et décrits ci-dessus. Les maladies ont donc été classées en six catégories (Tableau 1). La stratification a donné des groupes de maladies présentant aussi des éléments similaires de réaction et de contrôle. Cette stratification a été nécessaire pour deux raisons : premièrement, elle a simplifié le modèle résultant des coûts-avantages et, deuxièmement, elle a donné une distribution normale des probabilités grâce à moins de cas avec un, voire zéro, événement au cours des quatorze années prises en compte (1996–2009). La probabilité annuelle de flambée de chaque maladie se produisant dans la région a été calculée en divisant le nombre de flambées entre 1996 et 2009 par quatorze années. Pour le groupe à mortalité élevée/forte propagation, qui incluait uniquement le virus Ébola Zaïre et la grippe aviaire, une différente méthode d’estimation de la probabilité a été utilisée. Le virus Ébola Zaïre n’avait pas sévi auparavant en Afrique de l’Ouest, les données sont donc limitées pour estimer son potentiel annuel de flambée. Il peut cependant y être clairement transmis et probablement continuer à circuler parmi les populations animales, augmentant ainsi le risque de débordement futur. La grippe aviaire ne se transmet pas encore de personne à personne, mais l’hypothèse circule que seulement quelques mutations ou réassortiments pourraient permettre cette transmission (Trombetta et coll., 2015). En conséquence, la probabilité annuelle de maladie endémique avec une mortalité élevée et un fort potentiel de propagation a été estimée à 0,03 (Banque mondiale, 2012). Une septième catégorie de maladies a été prise en compte : la probabilité d’un événement catastrophique semblable à la pandémie grippale de 1918 est estimée à 0,01 (Banque mondiale, 2012).[[56]](#footnote-56)

**Tableau 20 : Probabilités annuelles de flambée de chaque catégorie de maladies**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Potentiel de propagation**  |
|  | **Élevé (> 1 000 cas)** | **Faible (< 1 000 cas)** |
| **Mortalité** | **Élevé****(> 20 %)** | *Ébola* | *Fièvre hémorragique de Crimée-Congo* |
| *Grippe aviaire (potentielle)\** | *Fièvre de Lassa* |
|  | *Anthrax* |
| *VIH-1* |
|   |
| Ampleur typique\*\* = 20 000 cas | Ampleur typique = 25 cas |
| Rob annuelle = 0,03 | Rob annuelle = 0,29 |
| Étendue = 0,01 à 0,05 | Étendue = 0,14 à 0,05 |
|   |   |
| **Modéré** **(5-20 %)** | *Choléra* | *Shigella* |
| *Méningite à méningocoque* | *Fièvre jaune* |
| *Dysenterie* |  |
|   |
| Ampleur typique = 10 000 cas | Ampleur typique = 800 cas |
| Prob. annuelle = 0,79 | Prob. annuelle = 0,79 |
| Étendue = 0,6 à 1,00 | Étendue = 0,6 à 1,00 |
|   |   |
| **Faible****(< 5%)** | *Dengue* | *Fièvre de la Vallée du Rift*  |
| *Rougeole* | *Polio* |
|  |  |
| Ampleur typique = 5 000 cas | Ampleur typique = 500 cas |
| Prob. annuelle = 0,14 | Prob. annuelle = 0,21 |
| Étendue = 0,5 à 0,25 | Étendue = 0,1 à 0,03 |

Remarque : \* Flambée catastrophique », probabilité annuelle = 0,01, nombre de cas = millions.

\*\* Ampleur typique des flambées estimée à d'après les rapports des Disease Outbreak News.

***Maladies humaines endémiques***

* + 1. En plus des maladies à potentiel épidémique, l’Afrique de l’Ouest supporte également un lourd fardeau de maladies endémiques, comme le VIH, le paludisme, la tuberculose ou la typhoïde. Bien que le système de surveillance des maladies permette probablement une réduction du fardeau de ces maladies, il est difficile d’en estimer l’ampleur car son principal objectif consiste à détecter le début des flambées de maladies, et les efforts en place, comme le Fonds mondial, soutiennent déjà la capacité de diagnostic de ces maladies. Cette analyse ne calcule donc pas l’impact prévu sur les maladies endémiques.

***Impacts sur la santé (Avantages)***

* + 1. Les avantages de procéder au renforcement d'un système de surveillance et de réponse régionale comprennent les avantages directs de limiter les cas de maladies, les décès et les incapacités dues à la maladie. Les avantages potentiels sur la santé comprennent (i) les avantages dérivés d'éviter les cas de maladie ; (ii) les avantages découlant de la prévention des décès ; (iii) les avantages sociaux et psychologiques résultant d'une moindre appréhension et d'une plus grande tranquillité d'esprit qui règnent lorsque de grandes épidémies de maladies infectieuses graves sont rares ou inexistantes. Le nombre de cas et de décès évités peut être estimé à l’aide de modèles épidémiologiques et de l’historique des données sur les flambées précédentes. Les avantages sont exprimés en termes des conséquences économiques associées aux maladies évitées grâce à la détection précoce et l'intervention rapide. L’estimation de ces avantages implique l’évaluation des coûts actuels du traitement des maladies et des coûts prévus des flambées de maladies à venir.
		2. La valorisation des cas obtenus de réduction de la mortalité représente un débat de longue date dans les publications de recherche. Les principales questions tournent autour du débat sur la déontologie et l’équité concernant la tâche de valorisation d’une vie sauvée. L’autre possibilité consiste à appliquer le coût des ressources de moyens alternatifs de sauver une vie. Alderman et coll. (2004) ont estimé que les économies apportées en sauvant la vie d’un nourrisson lors d’une campagne contre la rougeole s’élevaient à 1 250 USD. Une autre approche consiste à mesurer les impacts et les avantages monétaires (sur les années productives de la vie) gagnés grâce à la réduction de la mortalité. Cette mesure s’effectue en calculant le nombre d’années gagnées grâce aux interventions du projet et en calculant l’avantage économique de ces années. L’approche adoptée de cette analyse prend en compte les impacts économiques globaux, ce qui signifie que les impacts spécifiques de santé sont pris en compte au sein des différents scénarios de pertes de production économique.

***Impacts économiques (avantages)***

* + 1. Les flambées de maladies affectent l'économie de deux façons différentes. Tout d'abord, par les effets directs de la morbidité et de la mortalité sur l'utilisation des ressources de soins de santé et par la réduction de la participation de la population active (temporairement ou de façon permanente, les travailleurs étant malades, mourants ou prenant soin de malades). Deuxièmement, la crainte de la contagion entraîne des effets sur le comportement. Cette crainte réduit aussi la participation de la population active (les travailleurs restant à la maison par crainte d’une exposition), perturbe les transports, motive les gouvernements à limiter l’entrée des citoyens des pays affectés, ferme les frontières et influence les décisions du secteur privé en perturbant les échanges, les déplacements et le commerce (Figure 2) (Banque mondiale, 2014).

|  |
| --- |
| Figure 9 : Grands mécanismes de l’impact économique à court terme |

*Source : Banque mondiale, 2014 ; P.-S.*

* + 1. Chercher à éviter la contamination entraîne, au sein des populations, des changements de comportement impactant profondément les activités économiques. Les particuliers modifient leur comportement (i) en réduisant leurs voyages par transport aérien ; (ii) en évitant tout voyage vers des zones infectées; et (iii) en réduisant la consommation de services tels que les repas au restaurant, le tourisme, les transports en commun, et les courses non essentielles (Jonas, 2013). La flambée de MERS en 2003, par exemple, a infecté « seulement » 8 000 personnes et a provoqué moins de 800 morts. Les voyages aériens à destination de Hong Kong ont cependant chuté de 75 pour cent durant l’épidémie de SRAS et de 50 pour cent à 60 pour cent en moyenne pendant les quatre mois d’activité de la flambée. Le commerce de détail a chuté de 15 pour cent au plus fort de la crise et de près de 9 pour cent sur les quatre mois (Jonas, 2013 ; Siu et Wong, 2004).

*Estimation du coût du système de surveillance des maladies*

* + 1. Après l’achèvement du programme REDISSE, des ressources supplémentaires des gouvernements et des partenaires régionaux et internationaux seront nécessaires pour maintenir les investissements. Cette section se concentre sur l’estimation des coûts fixes et opérationnels associés au fonctionnement et à la maintenance d’un réseau de surveillance et de réaction aux maladies et sur l’exploration de sources durables de financement à long terme des activités relevant du programme REDISSE. L’estimation des coûts d’établissement et de maintenance d’un réseau de surveillance et de réaction aux maladies est nécessaire afin de déterminer les déficits de financement et de calculer le retour sur investissement de ces interventions (Banque mondiale, 2012).
		2. Les coûts d’un système permanent de surveillance mondiale des maladies aux normes de l’OIE et de l’OMS ont été estimés à 1,3 milliard USD par an pour 139 pays aux revenus faibles à intermédiaires (LMIC) (FAO et coll., 2008).[[57]](#footnote-57)  Pour 49 pays à faibles revenus (PFR), les coûts estimés s’élèvent à 852 millions USD par an. Le même rapport estime que plus de 50 pour cent de ces coûts seraient dus au fonctionnement, le reste étant des investissements en matériel (laboratoires, équipements) et en compétences humaines (formation, etc.). Cette estimation a cependant été basée sur la détection et la réaction précoces à l’IAHP H5N1 et a exclu le coût du contrôle complet des flambées épidémiques (Banque mondiale, 2012).
		3. Dans un exercice plus récent, la Banque mondiale a estimé qu’en fonction du risque de maladie, les coûts de la mise aux normes OIE et OMS des systèmes de surveillance et de réaction s’élevaient de 1,9 à 3,4 milliards USD par an (Banque mondiale, 2012). Il s’agissait du coût pour 139 pays aux revenus faibles et intermédiaires. Pour les 60 pays à faibles revenus étudiés, si la prévalence des risques de maladies est faible, le total des coûts estimés s’élève à environ 900 millions USD par an (soit 1,10 USD par Unités de bétail vétérinaires par an). Or, avec une forte prévalence des risques, ce montant passe 1,4 milliard USD (soit 1,75 USD par Unités de bétail vétérinaires par an). L’étude suppose que 45 pour cent du budget total doit être affecté à la santé animale, 41 pour cent à la santé humaine et 14 pour cent aux activités conjointes de planification et de communication. En outre, 55 pour cent doit être affecté aux coûts récurrents et 45 pour cent aux coûts d’investissements (Banque mondiale, 2012).
		4. La Commission sur le Cadre mondial des risques de santé pour l’avenir estime à 4,5 milliards USD par an le total des coûts de la mise en œuvre d’un système de surveillance et de réaction aux maladies (Commission GHRF, 2016). Ce chiffre inclut les dépenses de renforcement des systèmes nationaux de santé publique vétérinaire et humaine, le financement de la recherche et du développement et le financement des efforts mondiaux de coordination et d’urgence (Commission GHRF, 2016). Les 4,5 milliards USD représentent 65 centimes par personne par an. Katz et ses collègues ont développé un cadre d’estimation des coûts fixes et opérationnels associés au développement et au maintien des capacités essentielles du Règlement sanitaire international (RSI) dans un système de santé publique global (Katz et coll., 2012). Ces paramètres permettent d’estimer les coûts de la mise aux normes OIE et OMS des systèmes de surveillance et de réaction en Afrique de l’Ouest. Le Tableau 3 indique les coûts nécessaires ventilés par capacité essentielle du RSI ainsi que les coûts fixes et opérationnels.[[58]](#footnote-58)

**Tableau 21 : Coûts estimés de la mise aux normes OIE et OMS des systèmes de surveillance et de réaction - Pays d’Afrique de l’Ouest (USD)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Capacités essentielles | Coût fixe (USD) | Coût de fonctionnement (USD) | Total | % |
| Législation, politique et financement nationaux |  92 393,14  |  -  |  92 393,14  | 0,03 % |
| Coordination et communication sur les points prioritaires nationaux |  1 013 986,35  |  191 064,54  |  1 205 050,89  | 0,41% |
| Surveillance |  6 482 011,76  |  32 301 849,37  |   38 783 861,13  | 20,72% |
| Réaction |  25 229 894,95  |  3 128 681,90  |  28 358 576,84  | 9,77% |
| État de préparation |  3 559 188,14  |   69 857 973,67  |  73 417 161,81  | 41,54% |
| Communication en matière de risques |  5 406,85  |  1 373 276,41  |   1 378 683,25  | 0,78% |
| Ressources humaines en matière de santé  |  5 406,85  |  346 304,48  |   351 711,33  | 0,19% |
| Laboratoires |  61 126 613,29  |  11 416 106,47  |  72 542 719,75  | 25,91% |
| Points d’entrée |  188 558,38  |  800 082,78  |  988 641,15  | 0,50% |
| Total |  **97 703 459,69**  |  **119 415 339,62**  |  **217 118 799,30**  | **100%** |

Source : sur la base des paramètres provenant de la Commission GHRF, 2016 ; et Katz et coll., 2012.

* + 1. Vu la volatilité du financement des donateurs, des outils et des mécanismes innovants de financement doivent être envisagés afin d’obtenir de nouvelles manières de créer des flux de financement prévisibles sur le long terme. D’autres options de financement sont identifiées, des scénarios de financement à moyen et long termes seront estimés, liés aux tendances actuelles et prévues des dépenses totales de santé, du développement de l’assistance pour la santé et d’autres indicateurs macro-économiques (commerce extérieur, croissance économique, etc.). Sur la base du premier examen de la documentation, les options possibles sont (OIM, 2009) : (i) des arrangements de jumelage à long terme entre les services de santé humaine et animale de pays à revenus élevés et pauvres en ressources, financés par des lignes budgétaires spécifiques dans ces pays à revenus élevés ; (ii) des engagements à long terme des gouvernements à financer l’OMS/RSI 2005 et FAO/OIE en soutien aux systèmes mondiaux de surveillances des maladies ; (iii) l’établissement de ressources spéciales par l’intermédiaire de donateurs non conventionnels ; (iv) l’imposition d’une taxe sur la viande négociée à l’échelle internationale ; et (v) des partenariats public–privé. Les coûts estimés de surveillance et de réaction aux maladies représentent 0,5 pour cent du total des dépenses de santé dans la sous-région et environ 5 pour cent de l’assistance au développement pour la santé affectée tous les ans à l’Afrique de l’Ouest.

***Modélisation des impacts possibles des flambées de maladies***

* + 1. Mesurer les impacts des flambées de maladies est difficile car il s'agit d'événements sporadiques, avec des points de données trop limités pour en estimer les probabilités. Pour surmonter les incertitudes entourant la probabilité d’une valeur des principaux paramètres (probabilité de flambées et les dommages économiques conséquents), cette analyse a utilisé un modèle de simulation. Les impacts probables résultants de l'intervention proposée seront traités en tant que variables aléatoires avec distributions hypothétiques. Plus particulièrement, 1000 simulations pour les 50 années à venir (2016-2065) en utilisant une probabilité annuelle d’une flambée en Afrique de l’Ouest sur une fourchette de 0,01 à 0,03, ce qui couvre la possibilité de flambées légères, modérées et sévères (Banque mondiale, 2012 ; Jonas, 2013).[[59]](#footnote-59) L’analyse a également supposé que l’impact économique total sur une années donnée affectera le PIB dans la fourchette de -0,07 à -4,8 pour cent, ce qui couvre l’impact estimé d’une pandémie légère, modérée et sévère (Commission GHRF, 2016 ; McKibben et Sidorenko, 2006).[[60]](#footnote-60)
		2. La somme cumulée des impacts économiques et sanitaires des événements simulés pour chacune de ces sept catégories de maladies est calculée selon deux scénarios : statut quo (sans surveillance des maladies) et intervention, c’est-à-dire le programme REDISSE. Les impacts du programme REDISSE sont ensuite modélisés comme la réduction des coûts de santé et économiques dus à des flambées de maladies animales et humaines, les valeurs possibles de cette réduction étant de 50 pour cent ou 100 pour cent, comme proposées par l’étude précédente de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2012). Cela permet le calcul des coûts et avantages potentiels associés à la mise en œuvre des interventions du projet.

**Impacts économiques (avantages)**

* + 1. Les résultats des simulations Monte-Carlo par chaînes de Markov (MCMC) sont présentés dans les Figures 3 et 4. Comme indiqué ci-dessus, les principaux paramètres et les hypothèses des modèles sont :
* la probabilité annuelle des flambées en Afrique de l’Ouest égale à 0,03 (Banque mondiale, 2012 ; Jonas, 2013) ;
* la probabilité de la survenue d’une flambée au cours d’une année est indépendante d’autres événements qui se produisent pendant d’autres années sur une période de 50 ans.
* le PIB de l’Afrique de l’Ouest est égal à 742,1 milliards de dollars (USD de 2013)
* la supposition d’un taux de croissance du PIB réel de 4 pour cent au cours des 50 ans et une perte de production associée à une flambée égale à 4,8 pour cent du PIB régional ;
* Le modèle ne prend pas en compte les pertes mondiales de PIB, seulement les pertes de PIB en Afrique de l’Ouest.

|  |
| --- |
| Figure 10 : Répartition du nombre prévu de flambées de maladies sur 50 ans en Afrique de l’Ouest |

* + 1. Le contrôle d'un foyer épidémique en Afrique de l'Ouest équivaut à un bénéfice total à 7,2 milliards d'USD par an. La répartition des pertes économiques prévues présente une queue droite relativement longue, ce qui implique la possibilité non négligeable de pertes extrêmes (cependant, la queue est plus courte que celle présente dans des exercices similaires au niveau mondial). Il est supposé que cette estimation comprend les avantages liés à la santé (mortalité et morbidité évitée) et les avantages économiques exprimés dans l'équation (1). En appliquant la distribution des coûts proposée par la Banque mondiale (Banque mondiale, 2008), les pertes estimés résultant de la mortalité sont égales à 864 millions USD (12 pour cent), les pertes estimées de productivité dues à la morbidité et à l’absentéisme s’élèvent à 2 milliards USD (28 pour cent) et les pertes prévues résultant du changement de comportement pour éviter une infection sont égales à 4,32 milliards USD (60 pour cent). Il est possible que l'analyse sous-estime les avantages liés au système de surveillance et de réponse aux maladies ; les raisons en sont les suivantes : (i) elle ne calcule pas l’impact escompté sur les maladies endémiques ; (ii) elle ne prend en compte que les impacts en Afrique de l’Ouest ; et (iii) elle suppose que le risque d’événements endémiques de ce siècle sera identique pendant la période envisagée (50 ans).

|  |
| --- |
| Figure 11 : Répartition des pertes économiques prévues en raison de flambées de maladies sur 50 ans en Afrique de l’Ouest |

* + 1. La valeur actuelle nette des coûts du projet, si l'on suppose un taux constant de décaissement, est estimée à 313 millions d'USD. Il est possible d’appliquer la constante d’impact annuel moyen estimé pour les cinq premières années du projet afin de calculer un rapport avantage/coûts de 108,73 USD, c’est-à-dire que pour chaque dollar investi dans le cadre du projet le retour escompté sera de 108,73 USD.[[61]](#footnote-61) Bien qu’extrêmement élevé, ce résultat est fondé sur des paramètres sujets à une variabilité élevée. De plus, ceux-ci reposent sur des prévisions d'impacts économiques estimés au moyen de simulations effectuées sur une période de plus de 50 ans ; pour des mesures plus précises, il est nécessaire de mettre en œuvre une simulation différente sur une période de 5 ans. L'analyse de sensibilité étudie de possibles alternatives à ce scénario.

***Analyse de la situation***

* + 1. Étant donné les incertitudes entourant les principaux paramètres du modèle, une analyse de la sensibilité a été menée pour estimer le changement des résultats en fonction des variations plausibles des valeurs des principaux paramètres. Des simulations supplémentaires ont été testées sur la base des paramètres suivants :
* Probabilité annuelle d’une flambée : 0,01 - 0,03;
* Coûts économiques d’une flambée : Réduction de 0,7 à 4,8 pour cent de la production pendant une année avec une flambée (qui couvre les scénarios d’une flambée légère, modérée et sévère) ;
* Efficacité d’un système de surveillance et de réaction (réduction de l’impact économique des flambées) : 50 et 100 pour cent;
* Horizon prévisionnel : 5 ans et 50 ans ;
* Comprend un taux d'actualisation annuel de 3 pour cent.
	+ 1. Le Tableau 3 présente les différents scénarios résultant d’une combinaison de diverses probabilités de pandémie et de la gravité d’une flambée. Les impacts économiques annuels varient de 0,19 milliard d’USD (pandémie légère avec une probabilité de 0,005) à 7,22 milliards USD (flambée sévère avec probabilité égale à 0,03).

**Tableau 22 : Impacts économiques prévus - Afrique de l’Ouest, 50 ans,**

**100 pour cent d’efforts de prévention,**

**milliards d'USD économisés chaque année**

|  |  |
| --- | --- |
| 100% de réduction | Probabilité annuelle d’une flambée : |
| 50 ans  | ***0,5%*** | ***0,75%*** | ***1%*** | ***2%*** | ***3%*** |
| Coût d’une pandémie(pertes de PIB) | ***-0,70%*** | 0,19 USD | 0,26 USD |  0,38 USD  |  0,70 USD  |  1,09 USD  |
| ***-2,75%*** | 0,73 USD | 1,02 USD |  1,49 USD  |  2,71 USD  |  4,20 USD  |
| ***-4,80%*** | 1,26 USD | 1,76 USD |  2,59 USD  |  4,69 USD  |  **7,22 USD**  |

* + 1. Le Tableau 4 indique le rapport avantages/coûts annuels des scénarios du Tableau 3. Les valeurs dans le Tableau 3 représentent le montant annuel des pertes économiques sur 50 ans, qui ont été tronquées sur cinq années du projet et actualisées pour obtenir la valeur actuelle nette. Les données des Tableaux 3 et 4 ne sont donc pas cumulées, mais représentent plutôt le PIB supplémentaire que la région connaîtrait par an grâce à une prévention à 100 pour cent des flambées de maladies. Une autre manière de mesurer le retour sur investissement comprend les gains cumulés de PIB, tels que la richesse économisée chaque année grâce à la prévention des flambées de maladies, ce qui génère des retombées économiques supplémentaires pendant toutes les années qui suivent. Les retours cumulés sur investissement sont indiqués aux annexes 5C et 5D. Étant donné que les retours cumulés sur investissement signifient que les économies d’une année produisent des dividendes pendant les années suivantes et représentent une véritable absence de perte de richesse, ces estimations montrent un effet économique plus positif de la prévention des flambées que le rapport annuel avantages/coûts.

**Tableau 23 : Rapport annuel avantages/coûts, non cumulé - Afrique de l’Ouest, 5 ans, 100 % d’effort de prévention, USD annuels**

|  |  |
| --- | --- |
| 100% de réduction | Probabilité annuelle d’une flambée : |
| 50 ans  | ***0,5%*** | ***0,75%*** | ***1%*** | ***2%*** | ***3%*** |
| Coût d’une pandémie(pertes de PIB) | ***-0,70%*** | 2,86 USD | 3,92 USD |  5,72 USD  |  10,54 USD  |  16,42 USD  |
| ***-2,75%*** | 10,99 USD | 15,36 USD |  22,44 USD  |  40,81 USD  |  63,25 USD  |
| ***-4,80%*** | 18,98 USD | 26,51 USD |  39,01 USD  |  70,63 USD  |  **108,73 USD**  |

* + 1. Le retour sur investissement cumulé est calculé pour un scénario alternatif plus prudent avec une probabilité annuelle de 2 pour cent de pandémie et des conséquences économiques modérées (baisse de production de 2,75 pour cent du PIB). Le rapport avantages/coûts a été calculé pour des durées de 5 ans et de 50 ans. Pour celle de cinq ans, le rapport avantages/coûts est de 17,25 USD, c’est-à-dire que pour chaque dollar investi dans la prévention, 17,25 USD sont escomptés en retour. Pour la période de 50 ans, pour chaque dollar dépensé en surveillance des maladies, le retour moyen sera égal à 237,37 USD. En appliquant les mêmes paramètres que ceux utilisés pour les 108,73 USD estimés ci-dessus, le retour cumulé s’élève à 631,02 USD (probabilité annuelle égale à 0,03 et pertes de PIB égales à 4,8 pour cent). Les estimations de ce rapport avantages/coûts selon divers scénarios sont présentés à l’Annexe 5D et sur les Tableaux A1 et A2.

Figure 12 : Retour sur investissement pour le REDISSE

1. ***Une pandémie réduit la production de 2,75 pour cent, durée de 50 ans, avantages cumulés (taux d’actualisation de 3 pour cent)***

|  |
| --- |
|  |

1. ***Une pandémie réduit la production de 2,75***p***our cent, durée de 50 ans, avantages cumulés (taux d’actualisation de 3 pour cent)***

***Maladies du bétail***

* + 1. Les maladies du bétail sont largement sous-estimées en Afrique sub-saharienne (ILRI, 2012). Sur quelques 253 millions d'unités de bétail (UB)[[62]](#footnote-62), on estime qu'il en est perdu 10 pour cent chaque année en conséquence de maladies (mort, abattage ou destruction) [[63]](#footnote-63)et que seule la moitié de ces pertes sont dues à des maladies à déclaration obligatoire auprès de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) (ILRI 2012). Pour mesurer de potentiels avantages économiques relatifs aux pertes d'UB évitées grâce au programme REDISSE, trois scénarios ont été envisagés : 20 pour cent, 50 pour cent et 100 pour cent de réduction des pertes.[[64]](#footnote-64) On supposera que le bétail représente 44 pour cent du PIB agricole de l’Afrique de l’Ouest, notamment les produits animaux comme le fumier et le travail animale, et le nombre d'UB en Afrique de l’Ouest a été estimé à 65,5 millions de têtes (FAO, 2007).[[65]](#footnote-65)  Sur la base de ces paramètres, il est possible de calculer les avantages économiques de la réduction des pertes d’unités de bétail dues aux maladies animales (Tableau 5). Sur la base de ces calculs, les avantages économiques d'un système de surveillance des maladies animales seraient en grande partie réalisés par une réduction absolue des pertes d'UB.

**Tableau 24 : Estimations des impacts en termes de pertes évitées d’UB**

**en Afrique de l’Ouest**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scénario | Statut quo | Amélioration de 50% | Amélioration de 100% |
| Pertes annuelles d’UB dues aux maladies à déclaration obligatoire de l’OIE | **3,28 millions\*** | **1,64 million** | **--** |
| Impacts économiques (pertes, milliards) \*\*\* | 5,71 USD | 2,85 USD | -- |

\* Estimation de la FAO, 2007.

\*\* En supposant que le PIB agricole représente 44 pour cent du PIB de l’Afrique de l’Ouest.

Annexe 5B : Références

*Berhman, J., Alderman, H., and J. Hoddinott (2004). “Hunger and malnutrition”. Copenhagen Consensus Challenge Paper.*

*Bogich, T.L., R. Chunara, D. Scales et coll. (2012). (2012). « Preventing pandemics via international development: A systems approach ». PLOS Medicine 9(12) : e1001354.*

*Chan, E.H., T.F. Brewer et coll. (2010). “Global capacity for emerging infectious disease detection”. 23/08/2013 12:48:51*

*FAO-OIE-OMS-GBM (2008). « Contributing to One World, One Health: A Strategic Framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal-Human-Ecosystems Interface ».*

 *Fonkwo, PN (2008). Rapports EMBO, Vol 9 (Special Issue). doi :10.1038/embor.2008.110*

*Gallup, J.L., and J.D. Sachs (2000). "The Economic Burden of Malaria". Center for International Development at Harvard University, Working Paper No 52*

*Commission GHRF (2016). « Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security: A framework to counter infectious disease crises ».*

*Katz,R., V. Hate et al. (2012). "Costing Framework for International Health Regulations (2005)". Emerging Infectious Diseases, CDC, Vol. 18(7): 1121-1127*

*International Livestock Research Institute (2012). “Mapping of poverty and likely zoonoses hotspots”; Zoonoses Project 4. Report to Department for International Development, UK. Nairobi, Kenya.*

*OIM (2009). Sustaining global surveillance and response to emerging zoonotic diseases. Washington, DC: The National Academies Press.*

*Jonas, Olga B. 2013. « Pandemic Risk ». Background Paper, World Development Report. World Bank, Washington DC.*

*The National Academies Press. Mckibben, W.J. et A. Sidorenko (2006). « Global macroeconomic consequences of pandemic influenza ». Center for Applied Macroeconomic Analysis.*

*Rich, K.M., A. Winter-Nelson et G.Y. Miller (2005). « Enhancing Economic Models for the Analysis of Animal Disease ». Rev. sci. tech. Off.Int.Epiz, 24(3), 847-856.*

*Sharp, P.M., et B.H. Hahn (2011). « Origins of HIV and the AIDS pandemic ». Cold Spring Harb Perspect Med, sep 1(1) : a006841.*

*Siu, A., and Y.C. R. Wong (2004). “Economic Impact of SARS: The Case of Hong Kong.” Hong Kong Institute of Economics and Business Strategy, Working Paper 1084. April.*

*Smith et al. (1996). “Dairy development in West Africa: Current status and issues concerning further development”. In Livestock Development Policies in the Humid and Sub-humid Zones of Sub-Saharan Africa.* Travaux d’un séminaire tenu du 5 au 9 février 1996 à Abidjan, Côte d’Ivoire*. CTA Publication 67-93.*

*Taubenberger, J.K., and D.M. Morens (2006). “1918 Influenza: The mother of all pandemics”. Rev Biomed 2006; 17:69-79.*

*Trombetta, C., S. Piccirella, D. Perini et coll. (2015). “Emerging Influenza Strains in the Last Two Decades: A Threat of a New Pandemic? » Vaccines 2015 ; 3(1):172-85.*

*PNUD (2014). « Assessing the Socio-Economic Impacts of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia, and Sierra Leone: The Road to Recovery ».*

*Wint, W. and T. Robinson (2007). “Gridded livestock of the world”. Food and Agriculture Organization (2007);*

*World Bank (2012). “The Economics of One Health”. Economic and Sector Work. People, Pathogens, and our Planet, volume 2.*

*Banque mondiale (2011). « Animal Health Disease Atlas ».*

*Banque mondiale (2014). « The Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic: Short- and Medium-Term Estimates for West Africa ».*

*Organisation mondiale de la santé (2005). « Evaluating the Costs and Benefits of National Surveillance and Response Systems: Methodologies and Options ». OMS/MT/EPR/LYO/2005.25*

**Annexe 5C : Flambées de maladies chez l’homme par maladie et par pays d’Afrique de l’Ouest (données d’après Bogich et coll. 2012.)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Maladie |
| Pays  | **Anthrax** | **Influenza aviaire**  | **FHCC** | **Choléra** | **Dengue** | **Dysenterie** | **Lassa** | **Rougeole** | **Méningite**  | **Polio** | **Vallée du Rift**  | **Shigella** | **Fièvre jaune** | **Total** |
| Bénin  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | **2** |
| Burkina Faso  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 6 | **8** |
| Côte d'Ivoire  | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | **7** |
| Gambie  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **0** |
| Ghana  | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | **2** |
| Guinée  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 | **10** |
| Guinée-Bissau  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | **2** |
| Libéria  | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | **9** |
| Mali  | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | **2** |
| Mauritanie | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | **2** |
| Niger  | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **5** |
| Nigéria  | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | **10** |
| Sénégal  | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | **6** |
| Sierra Leone  | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | **8** |
| Togo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | **2** |
| Total | **1** | **1** | **1** | **27** | **1\*** | **1** | **2** | **1** | **4** | **2** | **1** | **2** | **32** | **76** |

**Annexe 5D : Taux de rendement prévus des investissements dans la prévention**

**Tableau A1 : Scénario - 100 pour cent d’efficacité de la surveillance**

|  |
| --- |
|  |
|  |   | **Probabilité annuelle d’une flambée :** |
|  | ***1%*** | ***2%*** | ***3%*** |
| Coût d’une pandémie(5 ans) | ***-0,70%*** |  3,06 USD  |  4,39 USD  |  7,73 USD  |
| ***-2,75%*** |  12,02 USD  |  17,25 USD  |  30,32 USD  |
| ***-4,80%*** |  20,99 USD  |  30,09 USD  |  52,88 USD  |
|  | **Probabilité annuelle d’une flambée :** |
|  | ***1%*** | ***2%*** | ***3%*** |
| Coût d’une pandémie(50 ans) | ***-0,70%*** |  33,70 USD  |  60,80 USD  |  93,94 USD  |
| ***-2,75%*** |  131,93 USD  |  237,37 USD  |  365,25 USD  |
| ***-4,80%*** |  229,50 USD  |  411,76 USD  |  631,02 USD  |

**Tableau A2 : Scénario - 50 pour cent d’efficacité de la surveillance**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   | Probabilité annuelle d’une flambée : |
|   | ***1%*** | ***2%*** | ***3%*** |
| Coût d’une pandémie(5 ans) | ***-0,35%*** |  1,53 USD  |  2,20 USD  |  3,86 USD  |
| ***-1,38%*** |  6,01 USD  |  8.62 USD  |  15,15 USD  |
| ***-2,40%*** |  10,49 USD  |  15,04 USD  |  26,41 USD  |
|  | **Probabilité annuelle de pandémie** |
|  | ***1%*** | ***2%*** | ***3%*** |
| Coût d’une pandémie(50 ans) | ***-0,35%*** |  16,84 USD  |  30.37 USD  |  46.89 USD  |
| ***-1,38%*** |  65,81 USD  |  118,19 USD  |  181,36 USD  |
| ***-2,40%*** |  114,26 USD  |  204,39 USD  |  311,69 USD  |

Annexe 6 : Outil Systématique de Notation des Risques Opérationnels (SORT)

**Projet régional d'amélioration des systèmes de surveillance des maladies en Afrique de l'Ouest**

|  |
| --- |
| **.** |
| **Catégorie de risque**  | **Notation**  |
| 1. Politique et gouvernance  | Substantiel  |
| 2. Macroéconomie  | Substantiel  |
| 3. Stratégies et politiques sectorielles  | Modéré  |
| 4. Conception technique du projet ou du programme  | Substantiel  |
| 5. Capacités institutionnelles pour la mise en œuvre et la durabilité  | Élevé |
| 6. Fiduciaire  | Substantiel  |
| 7. Environnemental et social  | Substantiel  |
| 8. Parties prenantes  | Substantiel  |
| 9. Autre | s.o. |
| **GLOBAL**  | Substantiel  |

**I. Politique et gouvernance - SUBSTANTIEL**

1. L’examen des rapports et des prévisions par pays publiés par l’Economist Intelligence Unit indiquent que les risques politiques et de gouvernance sont hétérogènes à travers les territoires de la CEDEAO. Parmi les trois pays proposés pour la première phase de ce projet, deux (2) d'entre eux présentent un risque substantiel d’instabilité politique. (la Guinée et la Sierra Leone) et un pays (le Sénégal) un risque faible. Ci-dessous figure un précis des principales observations par pays :
2. Guinée (S) Le président, Alpha Condé, qui préside la coalition Arc-en-ciel au pouvoir du Rassemblement du peuple de Guinée (RPG), continuera de faire face à des tensions sociales et ethniques profondément ancrées ainsi qu’aux énormes pressions supplémentaires créées par l’épidémie d’Ébola. Les professionnels de la santé, en particulier en Guinée occidentale, rencontrent encore une violente résistance des populations locales qui refusent de respecter les directives de santé publique et qui associent les professionnels de la santé à la propagation du virus. De nombreux commentateurs critiquent aussi les autorités pour leur réaction inefficace face à l’épidémie, ce qui peut attiser davantage les tensions politiques. Les tensions ethno-politiques resteront une grande menace pour la stabilité. De nombreux accrochages violents se sont produits entre des activistes antigouvernementaux et les forces sécurité lors des derniers mois. Suite à une pression de la part des Nations unies, le gouvernement et les chefs d’opposition ont convenu d’entamer des pourparlers au début de juin. Néanmoins, les tensions restant élevées, il existe un potentiel de troubles supplémentaires avant l’élection.
3. Sénégal (L) Les menaces sur la stabilité politique resteront faibles en 2015-16. Des tensions sociales peuvent cependant se produire si le Président, Macky Sall, tente de mettre en œuvre un programme de réformes économiques et un rééquilibrage budgétaire soutenus par le FMI. Les violences séparatistes dans la région de Casamance continueront de se calmer, le président et les groupes rebelles ayant manifesté leur volonté d’engager des négociations visant à mettre fin à l’insurrection de 30 ans qui à un certain point paraissait insoluble.
4. Sierra Leone (S) - Le président, Ernest Bai Koroma et son parti, le All People’s Congress (APC), possèdent une solide majorité parlementaire, ce qui favorisera la stabilité politique. L’opposition étant accablée par des divisions internes, le régime actuel devrait rester au pouvoir jusqu’aux prochaines élections prévues se tenir fin 2017 ou début 2018. Le risque que la flambée en cours d’Ébola perturbe la stabilité globale a été réduit car les autorités font finalement face à la maladie qui a tué presque 4 000 Sierra-Léonais depuis son apparition en mai 2014. La première réaction des autorités face à la flambée a été inadéquate et a révélé l’inefficacité du gouvernement et la lenteur de la progression du pays en termes d’infrastructures de santé publique et de prestations de services de base. Cela a alimenté la méfiance à l’égard du gouvernement, et la reconstruction du système de santé, le traitement de la faible croissance du marché formel du travail ainsi que du chômage des jeunes figureront en bonne place dans l’ordre du jour des autorités.

**II. Macro-économie - SUBSTANTIEL**

1. Les risques de voir apparaître des déséquilibres externes et/ou internes restent substantiels et les effets macroéconomiques pourraient entraver la réalisation des ODP. Les prix sont modérément stables et les principaux apports opérationnels (importations comprises) sont généralement disponibles. Le milieu macroéconomique a des effets limités sur les opérations individuelles. Les partenaires de mise en œuvre du projet maintiendront leur attention sur les évolutions économiques qui pourraient compromettre la qualité, l’objectivité et la nature régionale du Programme. L’épidémie de MVE a cependant démontré la vulnérabilité des pays de l’Afrique de l’Ouest face aux chocs extérieurs. Les points suivants ont été observés pour les trois pays les plus durement touchés par l’épidémie de MVE :
2. En Guinée, après un ralentissement estimé à 1,1 pour cent en 2014, la croissance du PIB réel diminuera de 1,5 pour cent en 2015 en raison de la perturbation provoquée par l’épidémie d’Ébola, avant de rebondir à 6 % en 2016 grâce aux investissements dans le secteur minier. Le déficit budgétaire se creusera à 8,3 pour cent du PIB en 2015, reflétant des revenus inférieurs dus au repli économique, avant de remonter à 4,5 pour cent du PIB en 2016 avec le redressement de l’économie.
3. Au Sierra Leone, la baisse des revenus miniers et les dépenses élevées de lutte contre la flambée d’Ébola provoqueront un déficit budgétaire, proportionnel au PIB, qui se creusera selon une estimation de 3,4 pour cent en 2014 à 4,6 pour cent en 2015, avant de s’améliorer à 4 pour cent en 2016. L’impact économique de l’épidémie d’Ébola, conjuguée à une baisse de la production et des exportations de minerai de fer, sera important. Le PIB devrait baisser de 9,8 pour cent en 2015. Un rebond de 7,5 pour cent est prévu pour 2016 avec la reprise de l’investissement. L’inflation annuelle moyenne augmentera à 7,8 pour cent en 2015, reflétant la hausse des prix alimentaires locaux due à Ébola. L’inflation ralentira à une moyenne de 7,6 pour cent en 2016 avec la normalisation des disponibilités alimentaires compensant les prix mondiaux alimentaires et d’énergie élevés. Le déficit des comptes courants devrait se creuser de 2,7 pour cent du PIB en 2014 à 10,2 pour cent en 2015, en raison d’une chute prononcée des exportations, atteignant 11 pour cent du PIB en 2016 suite à la hausse des prix des produits de base et à l’augmentation des exportations.

**III. Conception technique du projet ou du programme – SUBSTANTIEL**

1. Il existe une probabilité substantielle que les facteurs liés à la conception technique du projet puissent être préjudiciables à la réalisation de l’ODP. Ceci est dû à la complexité du projet et au contexte de la mise en œuvre. Le projet comprend quatre composantes techniques, chacune comportant un nombre important d’interventions possibles. Les priorités stratégiques des interventions de chaque composante constituent la principale difficulté de la conception technique. Pour résoudre cette difficulté, l’équipe (i) s’est engagée dans de vastes travaux analytiques pour identifier les principales composantes et les meilleures pratiques de réussites d’opérations et de réseaux de surveillance des maladies[[66]](#footnote-66) ; (ii) a consulté des partenaires techniques clés, notamment l’OOAS, l’OMS, US CDC, FBMG, l’OIE et la FAO, la Fondation Mérieux et l’Université d’Oslo ; (iii) a tenu des consultations régionales et spécifiques aux pays afin d’identifier les besoins essentiels non remplis dans le contexte du soutien en cours et planifié d’autres partenaires. Il incombe à l’équipe spéciale de s’assurer que le projet ne se disperse pas en tentant de répondre à de multiples priorités identifiées par les clients et par les parties prenantes afin d’éviter le résultat inverse d’un projet qui est trop ciblé et rigide.

**IV. Capacités institutionnelles pour de mise en œuvre et de durabilité – ÉLEVÉ**

1. Il existe une forte probabilité que les faibles capacités institutionnelles de mise en œuvre et de pérennisation de l’engagement opérationnel puissent nuire à l’impact de l’ODP. Il peut s’avérer nécessaire de résoudre le problème de capacité d’absorption en renforçant les programmes ou en élargissant les interventions de manière échelonnée. De plus, bien que plusieurs programmes possèdent une expérience de collaboration transfrontalière suite à l’épidémie d’Ébola, l’expérience de mise en œuvre et la durabilité des programmes régionaux sont limités. Le besoin d’une collaboration efficace au sein du gouvernement et avec les partenaires non gouvernementaux contribue au risque. Le projet nécessitera l’engagement actif et la collaboration entre les Ministères de la Santé, de l’Agriculture, de l’Éducation et de la Technologie/des Communications et les gouvernements locaux. Cette note élevée provient aussi de la faible capacité institutionnelle des Ministères perçue dans certains pays ; le rôle du gouvernement local et des organisations non gouvernementales devra être clairement formulé. Il existe en outre un incertitude sur les capacités des clients à faire durer les résultats de l’opération au-delà du soutien de la Banque mondiale. Le projet traitera cette question en renforçant la capacité institutionnelle.

**V. Fiduciaire – SUBSTANTIEL**

1. L’environnement fiduciaire global présente une faiblesse importante quant à l’intégrité du système de passation des marchés. La différence dans les capacités de passation des marchés, de gestion budgétaire et de gestion des projets parmi les trois pays peut entraîner des retards dans l’acquisition des produits de base essentiels au projet et conduire à une progression irrégulière de la mise en œuvre des activités et de la réalisation des objectifs du projet. Afin de fournir un aperçu plus précis de l’environnement fiduciaire de chaque pays, des évaluations de la gestion financière et des passations des marchés ont été menées pendant la préparation du projet. Une assistance technique complète sera aussi incluse au projet pour renforcer les capacités à tous les niveaux, notamment celles de gestion financière, de passation des marchés, de surveillance et d’évaluation.

**VI. Environnemental et social – SUBSTANTIEL**

1. Bien que les activités spécifiques au projet présentent des impacts faibles à modérés sur l’environnement, la flambée d’une maladie parmi les hommes ou les animaux pourrait présenter des risques environnementaux et sociaux importants pour le projet. À cette fin, le projet comprend des plans de gestion des déchets médicaux et des parasites ainsi que des mesures d’atténuation pour les déchets d’origine animale dans les CGES. Des PGES et/ou des plans de gestion des déchets seront préparés, feront l’objet de consultations et seront divulgués lors de la mise en œuvre du projet une fois que les sites et les travaux seront identifiés et finalisés.

**VII. Partie prenantes - SUBSTANTIEL**

1. Le projet est régional et multisectoriel, et implique un nombre important de parties prenantes ayant des intentions diverses et parfois incompatibles qui fournissent un soutien technique, financier et de produits de base aux pays de la sous-région, en particulier aux trois pays les plus affectés par l’épidémie de MVE de 2014/2015. Ce genre d’environnement présente un risque d’inefficacité, de duplication des efforts et de surcharge du client avec des obligations de reporting et d’autres obligations par de nombreux partenaires donateurs. Afin d’atténuer ces risques, une collaboration étroite et permanente entre les partenaires est nécessaire et le pouvoir de rassemblement de la Banque mondiale jouera un rôle prépondérant dans la création d’une coalition d’institutions techniques et financières, nationales, régionales et mondiales pour appuyer un programme de surveillance et de réaction aux maladies en Afrique de l’Ouest. La BM a déjà démontré son bon positionnement afin de mobiliser des financements importants pour cette initiative multisectorielle et de rassembler des partenaires techniques et financiers de premier ordre et expérimentés dans le domaine de la surveillance des maladies, notamment le Centre de contrôle des maladies (CDC) des États-Unis (CDC), l’Organisation mondiale de la santé (OMS), l’Organisation mondiale de la santé animale (OIE), la Banque africaine de développement, des partenaires de développement bilatéraux et des fondations privées, notamment les Fondations Mérieux et Bill et Melinda Gates.

Annexe 7 : Harmonisation avec d'autres projets soutenus par la Banque mondiale et d'autres partenaires

**Projet Régional de Renforcement des Systèmes de Surveillance des Maladies en Afrique de l'Ouest**

Le REDISSE I est élaboré en vue d'assurer son adéquation et sa complémentarité avec d'autres projets de la BM dans les trois pays ciblés et d'assurer une plate-forme d'harmonisation entre les partenaires engagés dans ces pays. Les tableaux ci-dessous indiquent ce qui est entrepris dans ces pays.

**GUINÉE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Secteurs** | **Activités** | **EERP** | **PHSIP + ERRTF** | **REDISSE I** | **Autres partenaires majeurs** |
| Soins de santé primaires | Produits de base et ressources humaines qualifiées pour les services de SMNE au niveau primaire  | Fournitures pour 33 centres de triage prioritaires dans les hôpitaux de district via l'UNICEF | Prise en charge de la SMNE dans 3 des régions les plus pauvres (Faranah, Labé et Mamou) | Appui supplémentaire potentiel axé sur la surveillance et la réponse  | GIZ : Appui à la santé et aux jeunes à Mamou, Labé et Faranah (de 20M EUR). |
| Renforcement de la demande au niveau communautaire pour les services de SNMI  |   |
| Renforcement de la capacité du gouvernement à planifier, mettre en œuvre et assurer le suivi des activités  |   | Appui au système national de santé |   | USAID : Appui de 25M d'USD pour le renforcement des capacités  |
| Campagnes rougeole et méningite | Appui urgent pour reprendre la vaccination via l'UNICEF  | Appui dans 3 des régions les plus pauvres (Faranah, Labé et Mamou) |   | UNICEF : Appui de 12M d'USD pour la vaccination  |
| Préparation et réponse aux épidémies | Réhabilitation des centres de santé avec mise en place de zones de triage et d'isolement  | 54 établissements de santé via l'UNOPS |   | Suppléer et prendre en charge les activités de l'EERP fondées sur l'analyse d'écarts lorsque nécessaire | BAfD et BID: Construction de 27 centres de triage  |
| Achats fournitures PCI pour les établissements de santé | Appui via l'UNICEF |   | UNICEF, BAfD |
| Formation PCI, suivi, soutien opérationnel | Appui via l'OMS | Au niveau des centres de santé primaire dans 3 régions | OMS |
| Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) | Appui via l'OMS | CDC, OMS, Coopération française |
| Fournitures et matériel de laboratoire | Fournitures de laboratoire essentielles via l'UNICEF |   | Coopération française |
| Appui à la surveillance régionale | Fonds à l'OMS pour la préparation du REDISSE |  | L'un des priorités principales |  |

**SIERRA LEONE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Secteurs** | **Activités** | **EERP** | **HSDSSP + ERRTF** | **REDISSE I** | **Autres partenaires d'importance** |
| Engagement au niveau communautaire | Appui au programme ASC | Appui à 3 districts | Prendre la relève de l'EERP et ajout de district(s) |  Appui supplémentaire potentiel à la surveillance (niveau communautaire SIMR) | DFID (via l'OMS) : Appui aux ASC, en mettant l'accent sur la surveillance des maladies et l'hygiène Appui UNICEF à la révision et mise en œuvre du programme ASC |
| Santé environnementale  |   | Règlement personnel opérationnel |   |   |
| Services au niveau des installations | Appui aux SONU de base et complets et à l'orientation | Appui intégral à 11 établissements via la FNUAP |   |   |  |
| Déploiement d'équipes cliniques pour pallier aux manques en RH  | Appui - 2 premières années | Prendre la relève de l'EERP au besoin après 2 ans de déploiement |   |  |
| Services médicaux d'urgence (SMU) | Conception techniqueDépôt des travaux et déploiement de la mise en œuvre | Prise en main du soutien opérationnel au déploiement |   | DFID : Appui à la gestion de la flotte, au niveau du district, des véhicules achetés par le DFID pour les services de santé de routine et les analyses de laboratoire. |
| Appui pour la fourniture de médicaments  | Fourniture de médicaments d'urgence (complète) |   |   | USAID et le DFID: Approvisionnement en médicaments essentiels et appui à la gestion de la chaîne d'approvisionnement  |
| RHS | Soutien aux écoles de médecine | Soutien opérationnel au College of Medicine and Allied Health Sciences (COMHAS) via l'OMS |  |  | CHAI/OMS/DFID : Appui à la politique/stratégie concernant l'audit des salaires et des RHS nationales. |
| Formation clinique en résidence | Personnel initial seulement | Soutien opérationnel intégral |   | DFID : appui à la formation post-universitaire via les Royal Colleges britanniques (enseignants)Coop République populaire de Chine : appui à la formation post-universitaire par l'envoi d'enseignants. |
| Formation d'auxiliaires de santé  | Conception et développement de l'infrastructure | Appui à la mise en œuvre et au soutien opérationnel |   |  |
| Coordination sectorielle, la gestion | Appui au niveau MSA | Pôle RSS et IHPAU et autres opérations du MSA | Prendre la relève de l'EERP dans l'appui des IHPAU et d'autres opérations du MSA |   | Fonds mondial : Appui aux frais de fonctionnement du personnel DHSPPI GF. |
| Appui au niveau du district | Formation initiale | Renforcement des capacités et appui à la Surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) |  Appui à la SIMR et collaboration SDMR | DFID et JICA : soutien opérationnel et renforcement des capacités des DHTM pour améliorer les activités de gestion et de supervision.OMS : appui à la SIMR FNUAP : appui initial de 5 mois à la SDMR en 2016 |
| Accord sur les niveaux de service (ANS) | Dotation en personnel et base de données | Prendre la relève de l'EERP |   |  |
| Gestion de projet | Unité intégrée d’administration des projets de santé (IHPAU) | Personnel initial  | Prendre la relève de l'EERP |   | Fonds mondial et GAVI : cofinancement des coûts de dotation en personnel |
| Préparation aux épidémies et riposte | Infrastructure - Triage et isolement  | Fonction de triage et d'isolement dans 23 hôpitaux prioritaires gouvernementaux via l'UNOPS |   |   | DFID : cofinancement de l'EERP à l'UNOPS pour WASH et PCI USAID : appui à la réhabilitation des USP dans 5 districts  |
| Appui à la surveillance régionale | Fonds à l'OMS pour la préparation du REDISSE |  Lien entre SDMR et SIMR | L'un des priorités principales | DFID /Public Health England (PHE) et CDC : programme régional sur la préparation et la résilience  |

**SÉNÉGAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composantes** | **Activités** | **Projets financés par la Banque mondiale** | **REDISSE I** | **Financement du gouvernement des États-Unis pour la sécurité sanitaire (GHSA + Ébola)** | **Autres partenaires** |
| **PFSN (42 mil. d'USD, 2014-2018)**  | **WARDS/CCISD (4,5 mil. d'USD, 2014-2017)** | **PRAPS (30 mil. d'USD, 2015-2021)** |
| Système de surveillance et de notification  | Prévention  |   |   |   |   | USAID : **P&R**  (530 000 USD) et  **PREDICT** (1,3mil. d'USD),  **FAO (53 000 USD) :** accent sur l'évaluation des risques de maladies zoonotiques ;  **OIM (250 000 USD)** : accent sur les systèmes de surveillance  | **FAO**, **OIM** |
| Immunisation  | Mise en œuvre du FBP dans 6 régions : accent sur l'amélioration de l'indice de la couverture vaccinale des enfants |   | Appui à la mise en place de campagnes de vaccination, à la construction de stations vétérinaires (30), à la lutte contre la FVR et PPR |   | **USAID :** Assistance technique pour réduire le nombre et l'ampleur des flambées de maladies infectieuses  | **GAVI** (Soutien logistique, équipement) **UNICEF** (accent sur le soutien logistique/PEV) **OMS** |
| Résistance aux antimicrobiens |   |   |   |   |  **FAO** (53 000 USD financement **USAID**) **:** accent sur les médicaments, la résistance aux antimicrobiens et les zoonoses; renforcement du cadre réglementaire sur la sécurité alimentaire  | **OMS, OIE, FAO** |
| Construction/réhabilitation et logistique |   |   | Modernisation des infrastructures : construction/réhabilitation des installations, fourniture de matériel informatique, logistique, équipement de la chaîne du froid  | Appui supplémentaire pour la remise en état des infrastructures et le renforcement de la logistique du matériel roulant |   |   |
| Amélioration des systèmes de surveillance épidémiologique  |   | Renforcement des systèmes régionaux de surveillance et de contrôle des maladies dans les États membres de la CEDEAO. | Revitalisation des activités d'épidémiosurveillance de l'ESS national  | Renforcement du système de reporting, des capacités de surveillance active et passive et des réseaux de surveillance communautaire | Renforcement de la surveillance biologique en temps réel et de la surveillance au niveau communautaire (**UNICEF** avec  **1,3 millions d'USD. Financement de l'USAID pour**  la lutte contre l'Ébola, accent sur le renforcement du système d'alerte communautaire)  | **FAO, CORDS, OMS, USAID, CDC, OOAS, CEDEAO, UEMOA, UNICEF** |
| Renforcement du système d'information des laboratoires | Appui à la mise en œuvre de la « continuation » de l'ESD de l'ANSD ; analyse situationnelle du SIS existant et élaboration d'un plan SIS |   |   | Amélioration des équipements informatiques pour la surveillance | Intégration des données de surveillance des hôpitaux et des laboratoires par le biais de rapports DHIS-2 de routine ; renforcement du système de surveillance électronique (**financement de l'USAID pour les activités de lutte contre l'Ébola : 1,6 million d'USD)**  | **Coopération Technique Belge, Luxembourg Coopération, CORDS, Agence spatiale, AIEA, le financement du Fonds mondial (469 501 Euros)** pour la formation des parties prenantes sur le DHIS-2  |
| Biosécurité et la santé sécurité |   |   | Contrôle des médicaments vétérinaires |   | **FAO** (**financement de l’USAID : 53 000 USD)**  avec emphase sur la promotion des systèmes de sécurité sanitaire et de biosécurité  | **FAO** |
| Renforcement des capacités des laboratoires. | Appui aux infrastructures et soutien logistique |   |   |   | Mise à niveau des normes de laboratoire par la réhabilitation |   | **RESAOLAB** : Appui à la création du laboratoire national de santé publique; **financement du Fonds mondial (962 139 Euros)** pour le RSS : réhabilitation des établissements de santé et de l'équipement (5 centres médicaux de garnison, 6 centres de santé, 15 laboratoires, achats d'équipement)  |
| Renforcement des capacités techniques  |   |   | Renforcement des capacités de production de vaccins de l'ISRA  | Renforcement des plates-formes techniques (matériaux, équipement, laboratoire mobile, système d'entretien) | **USAID et CDC** (via la **SAML** pour **50 000 USD) :** accent sur l'amélioration des capacités de surveillance en temps réel, développement de nouvelles technologies de diagnostic  | **WHO** ; **RESAOLAB :** Formation, QA, activités de biosécurité  |
| Renforcement du système d'information des laboratoires |   |   |   |   | Financement CDC  **PATH (750 000 USD)**  | **PATH (financement multi-donateurs de 100 000 USD) :** renforcement du système d'information des laboratoires (mise en place d'une plate-forme DHIS-2), et systèmes de surveillance et d'assistance technique  |
| Gouvernance des laboratoires  |   |   |   | Appui pour des missions de contrôle de la qualité, la métrologie, la certification et l'accréditation |   |   |
| Réseaux de laboratoires |   |   |   |   |   | **Programme RESAOLAB (de 2 millions d’Euros dans 7 pays)**  Renforcement général des systèmes de laboratoires en Afrique de l'Ouest, mise en œuvre du réseau  |
| Préparation et réponse aux épidémies  | Gestion des situations d'urgence (mise en place de mécanismes d'intervention rapide) | Financement du Plan Ébola dans 8 régions (6 PFSN dans les régions cibles, Dakar et Diourbel, vu le niveau de risque élevé) |   | Mise en place d'un système d'alerte précoce et d'intervention rapide en cas d'apparition d'une flambée de maladie (guide de réponse + manuel de mise en œuvre) | Développement d'un plan et de procédure d'intervention intégrée ; réhabilitation et l'équipement des centres de gestion des urgences pour les rendre opérationnels ; mise en œuvre d'équipes régionales multisectorielles | **CDC (500 000 USD)** : établissement de COU (construction, financement du siège temporaire, formation, assistance technique); intégration d'EOC toute catastrophe et menace sanitaire | **UNICEF** - Équipement de siège provisoire des COU; **OMS** - Formation de l'équipe COU;  **Fondation Bill Gates**  - soutien financier pour le siège provisoire du COU  |
| Déploiement de contre-mesures médicales et de contre-mesures concernant le personnel |   |   |   | Organisation d'exercices de simulation  | **USAID et CDC** : assistance technique  |   |
| Liens entre santé publique et forces de l'ordre |   |   |   |   | Appui au Ministère de l'Intérieur |   |
| Déploiement, rétention et renforcement des ressources humaines et coordination y afférente | Développement RH (formation/renforcement des capacités, recrutement) |   |   | Formation des diverses parties concernées par les services vétérinaires sur la base d'un plan de formation ; formation des éleveurs | Accent sur le renforcement des capacités du secteur privé pour la mise en œuvre des SIMR/RSI; formation intégrée sur l'approche « Une seule santé » | **USAID :** **PREDICT** (Renforcement des capacités) ; **Personnel « Une seule santé » (287 000 USD)** : formation biosécurité, biosurveillance, diagnostics) ; programme de formation d'épidémiologistes de terrain (**FETP**); appui au personnel de recrutement pour les MSAS,  **CDC**  (via AFENET pour 418 000 USD)  | **OMS :** Formation technique du personnel de santé ; **OIE:** formation points focaux ; Fonds mondial  |
| Rétention et déploiement RH | Motivation du personnel de santé dans le cadre du programme FBR (5 des 6 domaines d'intervention sont pauvres, enclavés et partagent des frontières avec d'autres pays) |   |   | Appui à la mise en œuvre de réseaux d'intervention communautaire fonctionnels ; motivation du personnel | **RHS2030 (USAID Financement Ébola : 2.0 million d'USD)** : accent sur la gestion des risques pour le personnel médical, le redéploiement du personnel de santé aux postes frontières, institutionnalisation des capacités d'intervention  | **Financement du Fonds mondial pour le RSS (638 163 EUR**) : recrutement et motivation des agents de santé communautaires  |
| Communication |   |   | Communication sur la surveillance et le contrôle harmonisé des maladies prioritaires et des médicaments vétérinaires (avec emphase sur les éleveurs) | Développement et mise en œuvre d'un plan de communication sur l'approche « Une seule santé » | **UNICEF** (**USAID financement** : **1,3 million d'USD**  pour les activités de lutte contre l'Ébola): accent sur la communication concernant l'Ébola  |   |
| Coordination  |   |   |   | Appui à la création et à l'exploitation d'une plate-forme de coordination multisectorielle ; appui à la création et au fonctionnement des comités techniques sectoriels et multisectoriels  | **USAID et CDC** : appui à la création d'une plate-forme nationale multisectorielle conforme à l'approche «Une seule santé"  | **OMS :** appui technique pour l'amélioration de la coordination et de l'harmonisation des procédures entre les différents partenaires techniques et financiers  |

**Annexe 8 : Cadre renforcé de reddition des comptes du projet**

**Projet Régional de Renforcement des Systèmes de Surveillance des Maladies**

**en Afrique de l'Ouest**

1. Au vu des conclusions de l'examen détaillé que la GF a effectué principalement sur les dépenses encourues en frais d'ateliers, de formation, de voyages et d'exploitation sur un certain nombre de projets, un cadre renforcé de reddition des comptes a été mis en place pour ce projet afin d'assurer l'utilisation des fonds aux fins prévues dans le respect des principes d'économie et d'efficience et pour en optimiser son rendement.
2. Les objectifs d'un cadre renforcé de responsabilisation comprennent :
* Le développement et mise en œuvre d'une forte amélioration dans la reddition des comptes concernant l'utilisation des fonds du projet, ce qui permettra d'atteindre les résultats escomptés sur les différents programmes financés ;
* L'élaboration de directives définissant les exigences minimales qui doivent être respecter en matière d'ateliers, de formation et autres activités connexes.

**Cadre de reddition des comptes spécifique aux formations, ateliers, voyages d'études, etc.**

1. Un cadre renforcé de reddition des comptes est mis en place pour les dépenses concernant les domaines de la formation, des ateliers, des voyages d'études, etc., comme suit :
* Au début de chaque exercice fiscal, un plan distinct établissant le sommaire des formations doit être élaboré et partagé avec le CEP pour examen dans le cadre du plan de travail annuel.
* Toute formation, locale et internationale, fera l'objet d'une autorisation préalable du CEP de la BM avant qu'elle ne soit entreprise. Les demandes d'autorisation devraient inclure au minimum les éléments suivants :
* Un lien entre la raison d'être de l'atelier/la formation/etc. et l'objectif du développement du projet doit être démontré ;
* Le programme de travail annuel (PTA) auquel se rattache l'activité doit être identifié ;
* Le nombre de participants, la fonction de chacun et leur mode de sélection devront être spécifiés. Cela devrait également inclure le nombre de fois où les participants figurant sur la liste ont bénéficié d'une formation au cours des 18 derniers mois ;
* Le nombre d'années avant que chacun des participants proposés à la formation ne prenne sa retraite ;
* Le procédé utilisé pour sélectionner le fournisseur de formation et, s'il s'agit d'une formation étrangère, les éléments justifiant pourquoi une formation locale n’a pas été proposée ;
* Le prospectus de formation et des références sur les effets bénéfiques de cette dernière doivent être procurés ;
* Détails des frais détaillés de l'événement : pour toute formation/atelier/sensibilisation au niveau local, les informations supplémentaires suivantes devraient être fournies : (i) le lieu où se déroulera l'événement, (ii) comment le lieu a été ou sera sélectionné, (iii) les frais de location, de rafraîchissements/déjeuners, per diem, les frais de transport (frais de déplacements air et terre par participant) ;
* Aucun programme résidentiel de formation locale ne sera autorisé lorsque le lieu de la formation se trouve dans la localité des participants ; la préférence dans le choix de la localité devrait aller à l'endroit où se situe la majorité des 'officiels' à former.
1. Ce sera seulement sur la base de la soumission des éléments ci-dessus et de l'approbation préalable de l'IDA que les frais y afférents seront engagés et éligibles pour un financement dans le cadre du projet.
* Chaque UMP veillera à ce qu'un processus formel de reddition des comptes soit mis en place en ce qui concerne les dépenses de formation ; celui-ci comprendra :
* la présentation d'un rapport de formation par le participant ;
* un certificat de présence de l'institution de formation ;
* les justificatifs pertinents concernant le voyage tels les billets d'avion, les cartes d'embarquement pour un voyage en avion, les factures d'hôtel, etc... ;
* Conformément à la politique sans numéraire du gouvernement, les billets d'avion doivent être achetés directement auprès de la compagnie aérienne par paiement électronique ou par chèque (aucun paiement en espèces n'est autorisé) ; et
* Des pratiques similaires doivent aussi être appliquées pour les règlements aux fournisseurs et pour les frais de formation aux prestataires de formation.
* Un montant réduit de l'IJS (indemnité journalière de subsistance) sera versé lorsque les repas et l'hébergement sont fournis par les organisateurs de la formation/de l'atelier. Les avances de trésorerie accordées au personnel du Projet doivent être perçues par le personnel concerné dans les délais précisés dans le MEP avant qu'une nouvelle avance ne soit accordée. Si une avance n'est pas perçue dans les délais accordés, il sera effectué un prélèvement automatique sur la fiche de paie équivalent au montant non perçu. Pour assurer le suivi des avances de trésorerie déboursées, un registre des avances doit être maintenu comme moyen de contrôle.
* Les auditeurs internes du Projet doivent inclure dans leur programme de travail des vérifications périodiques aléatoires des avances sur frais de voyage et le retrait de celles-ci, ainsi qu'un examen de la formation/atelier organisé. Un rapport de cet examen doit être fourni au CP, ainsi qu'au CEP de la WB.
1. L'appui financier de la Banque Mondiale (BM) suite à la crise de l'Ébola s'est chiffré à 1,62 milliard d'USD. Cet appui comprend le financement de 1,17 millions d'USD de la part de l'Association internationale de développement (IDA) et de 450 millions d'USD de la part de la Société Financière Internationale (IFC) ; cet appui a permis de soutenir les efforts de l'intervention d'urgence et de l'action humanitaire visant à contrôler la maladie en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Le projet REDISSE fait partie de l'appui à long terme proposé par la Banque suite à la crise Ébola. [↑](#footnote-ref-1)
2. Le REDISSE contribuera à la mise en œuvre du CRSA dont le développement en est encore à ses premiers stades. L'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) aidera le CRSA dans ses efforts à assumer ses responsabilités en tant qu'institution spécialisée de la CEDEAO en matière de santé animale, conformément à la décision prise en 2012 par les chefs d'États de la CEDEAO. L'OIE devrait assumer les fonctions de base de la coordination, de la mise en œuvre et de la surveillance des activités régionales du projet pour ce qui concerne la santé animale sur une période initiale de 2 ans (avec une possibilité de prolongation selon les résultats de l'évaluation des capacités du CRSA suivant cette période transitoire et avant le transfert des responsabilités). [↑](#footnote-ref-2)
3. Financement des projets d'investissement - Série de notes d'orientation concernant les projets, Banque mondiale, OPSPQ. 1er juillet 2014 [↑](#footnote-ref-3)
4. L’Indice de développement humain (IDH) est une mesure sommaire du niveau moyen atteint dans des dimensions clés du développement humain: vivre une vie longue et en bonne santé ; et jouir d’un niveau de vie décent (PNUD,2014). [↑](#footnote-ref-4)
5. The Lancet (2013) : Global Burden of Disease Study. [↑](#footnote-ref-5)
6. 6 Voir “Anthropogenic Drivers of Emerging Infectious Diseases”, citant Taylor et al. 2001 et Jonas et al. 2008 (C. Machalaba, et al. - 2015 ) [↑](#footnote-ref-6)
7. Le virus H5N1 a été détecté dès janvier 2015 au Nigéria, et ensuite au Burkina Faso, au Niger, au Ghana et en Côte d'Ivoire. La précédente épidémie de H5N1 dans la région avait eu lieu entre 2006 et 2009, déclenchant une intervention internationale qui avait contribué à l'éradication de la maladie. [↑](#footnote-ref-7)
8. Wolfe, 2005; Karesh et al., 2012 ; Wallace et al., 2014 ; Bausch & Schwartz, 2014 [↑](#footnote-ref-8)
9. Keenan et al., 2015 [↑](#footnote-ref-9)
10. Burns et al. (2008) Evaluating the economic consequences of avian influenza (http://siteresources.worldbank.org/EXTAVIANFLU/Resources/EvaluatingAHIeconomics\_2008.pdf). [↑](#footnote-ref-10)
11. GNUD (2015) Socio-Economic impacts of EVD in West African Countries: A call for national and regional containment, recovery and prevention. [↑](#footnote-ref-11)
12. Feasibility study for a program to improve veterinary governance and the control of priority trans-boundary animal diseases in West Africa (OIE, September 2013)/Étude de faisabilité pour un programme visant à améliorer la gouvernance vétérinaire et le contrôle des maladies animales transfrontalières prioritaires en Afrique de l'Ouest (OIE, Septembre 2013). [↑](#footnote-ref-12)
13. En 2050, la demande en viande et en lait en Afrique devrait augmenter de 145 et 155 pour cent respectivement, par rapport aux niveaux de 2005/07 (source : FAO, l'ILRI et l'UA-BIRA (2013), "Investing in African Livestock : Business Opportunities in 2030–2050”). [↑](#footnote-ref-13)
14. [↑](#footnote-ref-14)
15. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172\_eng.pdf. [↑](#footnote-ref-15)
16. Jusqu'à présent, il n'a pas été fait usage du JEE dans les pays appelés à participer au projet REDISSE ; seules des évaluations externes ont été réalisées par le Gouvernement américain entre août 2015 et février 2016 dans le contexte du Programme de sécurité sanitaire mondiale au Sénégal; en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Ces évaluations sont très similaires à celles de l'outil JEE. [↑](#footnote-ref-16)
17. Ces auto-évaluations ont été menées de décembre 2015 et février 2016 dans le cadre de la préparation du projet. [↑](#footnote-ref-17)
18. Remarque : Les termes maladies infectieuses et transmissibles sont utilisés de manière interchangeable dans le présent document. [↑](#footnote-ref-18)
19. Développement du Centre régional de santé animale de Bamako (CEDEAO, Août 2014). [↑](#footnote-ref-19)
20. GF-TAD (Cadre mondial OIE/FAO pour le contrôle progressif des maladies animales transfrontalières) est un mécanisme facilitateur destiné à multiplier les alliances régionales pour lutter contre les maladies animales transfrontalières (TAD), pour assurer le renforcement des capacités et aider à l'établissement de programmes pour le contrôle spécifique de certaines TAD en fonction des priorités régionales. [↑](#footnote-ref-20)
21. *Feasibility study for a program to improve veterinary governance and the control of priority transboundary animal diseases in West Africa (OIE, September 2013)*/Étude de faisabilité pour un programme visant à améliorer la gouvernance vétérinaire et le contrôle des maladies animales transfrontalières prioritaires en Afrique de l'Ouest (OIE, Septembre 2013). [↑](#footnote-ref-21)
22. http://www.oie.int/en/international-standard-setting/overview/ [↑](#footnote-ref-22)
23. http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Support\_to\_OIE\_Members/pdf/PVS\_A\_Tool\_Final\_Edition\_2013.pdf. [↑](#footnote-ref-23)
24. L'objectif du programme EPT2 (Menaces émergentes de pandémie 2) est de renforcer les plateformes opérationnelles, les partenariats institutionnels, et une base de connaissances élargie développée au cours des dix dernières années par l'EPT1 d'USAID et les portefeuilles sur l'influenza aviaire (IA) afin de prévenir ou de lutter, dès la source, contre les maladies émergentes d'origine animale susceptibles de s'avérer une menace pour la santé humaine -- ceux sont de plus les principaux objectifs du Programme de sécurité sanitaire mondiale et des RSI. [↑](#footnote-ref-24)
25. Assistance d'urgence pour lutter contre les flambées de H5N1 et limiter les risques de propagation du virus (au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Ghana et au Nigéria), pour un montant de 1,82 millions d'euros. [↑](#footnote-ref-25)
26. Le programme Vet-Gov (31,2 millions d'euros) couvrant tous les États membres de l'Union Africaine vise à améliorer l'environnement institutionnel aux niveaux national et régional pour fournir des services de santé animale efficaces et performants en Afrique. [↑](#footnote-ref-26)
27. Le Programme panafricain pour le contrôle des épizooties, PACE (1999-2007) comptait parmi ses principaux objectifs l'éradication de la peste bovine et l'amélioration du contrôle d'autres maladies épizootiques ; il a contribué à la création d'un réseau d'épidémiosurveillance. [↑](#footnote-ref-27)
28. Depuis 2005, la Banque mondiale a financé 72 opérations de lutte contre l'influenza aviaire et humaine (IAH) dans 60 pays, et s'est engagée à hauteur de 1,3 milliard d'USD (y compris 0,1 milliard d'USD de fonds d'affectation spéciale). -- montants qui ont contribué à atteindre les 3,9 milliards d'USD du programme d'aide internationale aux pays en développement pour le contrôle de l'influenza aviaire et la préparation à une pandémie. [↑](#footnote-ref-28)
29. RESEPI : réseau de systèmes d’épidémiosurveillance nationaux pour l'IAHP et autres maladies prioritaires en Afrique de l'Ouest et du Centre ; RESOLAB : Réseau des laboratoires vétérinaires de diagnostic de l’influenza aviaire et autres maladies transfrontalières en Afrique de l'Ouest et du Centre: ces programmes développés dans le cadre des d'épidémies d'IAHP qui ont frappé la région en 2006-2009, visent à revitaliser les réseaux d'épidémiosurveillance et à améliorer la capacité de l'ensemble des laboratoires vétérinaires nationaux sous-régionaux à acquérir la capacité de traiter localement des échantillons suspects, ce qui contribuerait ainsi à consolider un système d'alertes précoces et d'intervention rapide efficace pour un meilleur contrôle de l'IAHP et autres TAD. [↑](#footnote-ref-29)
30. Union économique et monétaire ouest-africaine. [↑](#footnote-ref-30)
31. Le CRSA est l'institution spécialisée de la CEDEAO en matière de santé animale, conformément à la décision prise en 2012 par les chefs d'État de la CEDEAO -- Acte additionnel n° A/SA-20/02/12). Sa mission est de contribuer à la lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire grâce à l'amélioration de la santé animale et au développement durable de la production animale au niveau national et régional. Le CRSA vise à offrir son savoir-faire, ses informations et des formations pour faciliter le développement, la coordination et la mise en œuvre des politiques de santé animale. En mars 2016, il a été doté d'un expert technique (financé par l'UA-BIRA) et devait recevoir 2 experts techniques et 2 membres du personnel administratif supplémentaires (financés par l'USAID). [↑](#footnote-ref-31)
32. Le PRAPS (P147674, approuvé en mai 2015) permettra de « renforcer le CRSA dans l'accomplissement de son mandat, à savoir la coordination, l'appui et l'harmonisation des stratégies et des activités en matière de santé animale dans les pays de la région. L'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) assume la responsabilité intérimaire de la coordination de la composante santé animale du projet, par délégation du CILSS (l'agence régionale de mise en œuvre du projet) et aidera le CRSA dans ses efforts à assumer ses responsabilités en tant qu'institution spécialisée de la CEDEAO en matière de santé animale, conformément à la décision prise en 2012 par les chefs d'État de la CEDEAO ». [↑](#footnote-ref-32)
33. Un « Manuel des opérations d'intervention en cas d'urgence » (EROM) sera élaboré par chaque pays pour assurer que la composante d'intervention d'urgence contingente (CERC) soit mise en place le plus vite possible dans le cas où une urgence se déclarerait dans le tout début de la mise en œuvre du projet. Les déclencheurs de la CERC devront être clairement définis dans l'EROM pour être acceptés par la Banque mondiale. [↑](#footnote-ref-33)
34. Selon les Indicateurs du développement dans le monde, 2014. [↑](#footnote-ref-34)
35. L'OOAS sera l'agence de mise en œuvre de l'ensemble du projet et sera principalement responsable de la coordination régionale, sous l'égide des décisions du Comité directeur régional de REDISSE lui-même sous la direction politique de la CEDEAO. Pour la surveillance régionale de domaines techniques spécifiques où l'OOAS n'est pas le partenaire régional le plus compétent, l'OOAS peut déléguer la coordination opérationnelle à d'autres organismes régionaux accrédités, tels que le CRSA (santé animale). [↑](#footnote-ref-35)
36. « *Ce qui a généralement le mieux fonctionné est d'avoir fait appel aux institutions nationales pour l'exécution et la mise en œuvre des interventions du programme au niveau des pays, et aux institutions régionales pour les services de soutien qui ne peuvent pas être exécutés efficacement par les organismes nationaux, telles la coordination, la collecte de données, l'assistance technique, la résolution des différends, ainsi que le suivi et l'évaluation* ». (GIE 2007). [↑](#footnote-ref-36)
37. GIE : *Responding to Global Public Bads: Learning from Evaluation of the World Bank Experience with Avian Influenza 2006-13* [↑](#footnote-ref-37)
38. Une alternative à mettre à l'essai est de calculer les impacts en utilisant chacune des sept catégories de maladies - les six catégories du tableau 2 plus une septième branche pour une pandémie catastrophique ayant pris naissance en Afrique de l'Ouest. [↑](#footnote-ref-38)
39. Une alternative à mettre à l'essai est de calculer les impacts en utilisant chacune des sept catégories de maladies - les six catégories du tableau 2 plus une septième branche pour une pandémie catastrophique ayant pris naissance en Afrique de l'Ouest. [↑](#footnote-ref-39)
40. 34,06 milliards d'USD/313,2 millions d'USD = 108,78 USD. Les 313,2 millions d'USD représentent la valeur actuelle nette du coût total du projet (332 millions d'USD) évaluée en appliquant un taux d'actualisation annuel de 3 pour cent. [↑](#footnote-ref-40)
41. En appliquant la probabilité annuelle d'une flambée de maladie égale à 0,03 et une perte de PIB égale à 4,8 pour cent. [↑](#footnote-ref-41)
42. Réseau de laboratoires vétérinaires de la CEDEAO pour l’influenza aviaire et autres maladies animales transfrontalières en Afrique de l’Ouest [↑](#footnote-ref-42)
43. Il existe un réseau de laboratoires en Afrique de l’Ouest qui inclut le Bénin, le Togo, le Burkina Faso, la Guinée, le Mali, le Niger et le Sénégal. [↑](#footnote-ref-43)
44. Des activités de préparation basées sur les observations utilisant les leçons tirées des meilleures approches d’implication et de préparation permettront d’assurer l’acceptation par les communautés et de promouvoir la résistance des communautés pendant les urgences. [↑](#footnote-ref-44)
45. Les PNAI sont des plans d’action propres aux pays, développés par les pays affectés et menacés par l’influenza aviaire et humaine. [↑](#footnote-ref-45)
46. PNAI = Le programme des Plans nationaux d’action intégrés était une initiative du Partenariat pour la plate-forme de développement du bétail [vivant] en Afrique, organisée conjointement par le FAO, la Banque mondiale, le Bureau Inter Africain des Ressources Animales de l’Union Africaine [AU-IBAR], l’OIE et l’OMS [↑](#footnote-ref-46)
47. Financement des projets d'investissement - Série de notes d'orientation concernant les projets, Banque mondiale, OPSPQ. 1er juillet 2014 [↑](#footnote-ref-47)
48. «*Ce qui a généralement le mieux fonctionné est d'avoir fait appel aux institutions nationales pour l'exécution et la mise en œuvre des interventions du programme au niveau des pays, et aux institutions régionales pour les services de soutien qui ne peuvent pas être exécutés efficacement par les organismes nationaux, telles la coordination, la collecte de données, l'assistance technique, la résolution des différends, ainsi que le suivi et l'évaluation* ». (GIE 2007). [↑](#footnote-ref-48)
49. Le REDISSE contribuera à la mise en œuvre du CRSA dont le développement en est encore à ses premiers stades. L’Organisation mondiale de la santé animale (OIE) viendra en aide au CRSA pendant son développement en assumant ses responsabilités en tant qu’organisme de la CEDEAO spécialisé sur la santé animale, conformément à la décision de 2012 des Chefs d’états de la CEDEAO. L'OIE devrait assumer les fonctions de base de la coordination, de la mise en œuvre et de la surveillance des activités régionales du projet pour ce qui concerne la santé animale sur une période initiale de 2 ans (avec une possibilité de prolongation selon les résultats de l'évaluation des capacités du CRSA suivant cette période transitoire et avant le transfert des responsabilités). [↑](#footnote-ref-49)
50. Cette catégorie financera 100% des 47 centres de surveillance épidémiologique (CSE) à hauteur de 60 000 USD par 01 CSE [↑](#footnote-ref-50)
51. Cette catégorie financera 100% des Resolabs à hauteur de 25 000 USD par 01 Resolab [↑](#footnote-ref-51)
52. http://apps.who.int/iris/handle/10665/204368 [↑](#footnote-ref-52)
53. Tous les pays bénéficiaires de REDISSE ayant subi au moins une évaluation, une telle évaluation peut servir de référence de base ou être actualisée au début du projet pour fournir une meilleure exactitude si des changements importants se produisent ; une évaluation externe de l’OIE sera également réalisée lors de la clôture du projet et une auto-évaluation intermédiaire peut être effectuée à mi-parcours. [↑](#footnote-ref-53)
54. Les quatre autres espèces de virus Ébola sont le virus Ébola Soudan (originaire de l’Afrique centrale-de l’Est), le virus Ébola Reston (Philippines), le virus Ébola Forêt de Taï (Côte d’Ivoire) et le virus Ébola Bundibugyo (Ouganda). [↑](#footnote-ref-54)
55. Alors que le VIH-1 correspond à la version du VIH responsable de la pandémie mondiale de VIH et est dérivé du SIVcpz (des chimpanzés) au Cameroun, le VIH-2 provient du SIVsm (du mangabey fuligineux, une espèce de singe). [↑](#footnote-ref-55)
56. Un « événement qui ne se produit qu’une fois en cent ans » (Banque mondiale, 2012). [↑](#footnote-ref-56)
57. Ces coûts ont été calculés pour une période de 12 ans (2008-2012). [↑](#footnote-ref-57)
58. Sur la base de la population de 2013 en Afrique de l’Ouest = 334 028 922. (Indicateurs de développement de la Banque mondiale, 2016). [↑](#footnote-ref-58)
59. Une alternative à mettre à l'essai consiste à calculer les impacts en utilisant chacune des sept catégories de maladies - les six catégories du Tableau 2 plus une septième branche pour une pandémie catastrophique ayant pris naissance en Afrique de l'Ouest. [↑](#footnote-ref-59)
60. Des travaux antérieurs ont estimé la perte économique résultant de chacune des pandémies du 20ème siècle à 0,7–4,8 pour cent du PIB mondial (Commission GHRF, 2016 ; McKibben et Sidorenko, 2006) [↑](#footnote-ref-60)
61. 34,06 milliards d'USD/313,2 millions d'USD = 108,73 USD. Les 313,2 millions d'USD représentent la valeur actuelle nette du coût total du projet (332 millions d'USD) évaluée en appliquant un taux d'actualisation annuel de 3 pour cent. [↑](#footnote-ref-61)
62. 1 L'UB équivaut à un animal de 250 kg. [↑](#footnote-ref-62)
63. L'abattage se distingue de la destruction par le fait qu'une partie de la viande provenant d'une UB abattue peut être récupérée mais pas celle d'une UB détruite, et est donc considéré comme une fraction d'UB). [↑](#footnote-ref-63)
64. Scénarios adoptés par la Banque mondiale (Banque mondiale, 2012). [↑](#footnote-ref-64)
65. L'agriculture emploie 60 pour cent de la population active et représente 35 pour cent du PIB (Initiative de lutte contre la faim et l'insécurité alimentaire du gouvernement américain, 2016). [↑](#footnote-ref-65)
66. MOVING BEYOND ZERO: Post-Ebola Health Systems Strengthening and Fiscal Space Assessment for Guinea, Liberia, and Sierra Leone, World Bank. (À L'État De Projet) MAI 2016, pp 63-76. [↑](#footnote-ref-66)