

MINISTERE DE LA SANTE



BURKINA FASO
Unité – Progrès - Justice

**PLAN DE PREPARATION ET DE RIPOSTE A
L'EPIDEMIE DE COVID-19 AU BURKINA FASO
REVISE**

Avril 2020

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ACRONYMES	iii
PREFACE	iv
INTRODUCTION.....	1
1. METHODOLOGIE DE LA REVISION.....	1
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PLAN REVISE.....	2
3. DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO	4
4. ANALYSE DE LA SITUATION.....	5
4.1 Coordination	5
4.2 Bilan physique de la mise en œuvre du plan initial	6
4.3 Surveillance épidémiologique	6
4.4 Points d'entrée	9
4.5 Equipes d'intervention rapide (EIR)	10
4.6 Prévention et contrôle des infections.....	12
4.7 Gestion des cas	13
4.8 Communication sur les risques et engagement communautaire	13
4.9 Logistique.....	15
4.10 Laboratoire et diagnostic	16
4.11 Recherche.....	16
4.12 Riposte	16
5. ANALYSE DU RISQUE.....	18
5.1 Facteurs de risque géographique.....	18
5.2 Facteurs de risques environnementaux	18
5.3 Facteurs de risques comportementaux	19
6. PROBLEMES PRIORITAIRES.....	19
7. OBJECTIFS.....	20
7.1 Objectif général	20
7.2 Objectifs spécifiques	21
8. STRATEGIES.....	22
8.1 Stratégies retenues en fonction des objectifs du plan	22
8.2 Hypothèse d'estimation.....	23
9. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES.....	25
10. SYNTHESE DES DOMAINES.....	41
11. MOBILISATION DES RESSOURCES	42
12. MECANISME DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PLAN	42

SIGLES ET ACRONYMES

CAMEG	: Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et consommables médicaux
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDC	: Center for Disease Control
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNGE	: Comité National de Gestion des Epidémies
CNRST	: Centre National de Recherche Scientifique et Technologique
CONASUR	: Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation
CORUS	: Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires
COS	: Commandant des opérations de secours
COVID-19	: Coronavirus disease 2019
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CVD	: Conseil villageois de développement
DAF	: Direction de l'administration et des finances
DCPM	: Direction de la communication et de la presse ministérielle
DGSP	: Direction générale de la santé publique
DPSP	: Direction de la protection de la santé de la population
DRS	: Direction régionale de la santé
EMC	: Enquête Multisectorielle continue
LNR-G	: Laboratoire National de référence Grippe
MATDC	: Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la cohésion sociale
MESRSI	: Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation
MFSNFAH	: Ministère de la femme, de la solidarité nationale, de la famille et de l'action humanitaire
MS	: Ministère de la santé
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ORSEC	: Organisation des secours
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitation
RSI	: Règlement sanitaire international
SG	: Secrétariat général
SGI	: Système de gestion d'incident
SIMR	: Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SOP	: Standard operating procedures

PREFACE

Le monde est confronté à la pandémie de l'infection à Coronavirus (COVID-19) apparue en République populaire de Chine en décembre 2019. Cette maladie émergente peu connue à travers le monde a été déclarée comme étant une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) par l'OMS.

Au regard des échanges que le pays entretient avec le reste du monde, l'expansion de cette pandémie était prévisible. En effet, le Burkina Faso a enregistré son premier cas de COVID-19 le 9 mars 2020. Depuis ce jour, il enregistre quotidiennement des cas.

Le ministère de la santé en collaboration avec les partenaires techniques et financiers a élaboré un plan de préparation et de riposte au COVID-19. Ce plan permettra à notre pays de répondre efficacement à cette pandémie par la communication efficace, la prévention, la prise en charge correcte des cas et une bonne coordination. Il se veut un outil de riposte contre l'infection au SRAS-CoV-2 à travers une mobilisation accrue des acteurs et des partenaires techniques et financiers.

J'exprime ma profonde reconnaissance à l'ensemble des partenaires pour leurs appuis techniques à l'élaboration de cet important document. Aussi, j'adresse mes vives félicitations à l'ensemble des acteurs qui ont participé à l'élaboration du présent plan de préparation et de riposte.

J'exhorte tous les acteurs du système de santé, notamment le personnel de santé, les partenaires techniques et financiers, la société civile, les autorités religieuses et coutumières... à une forte mobilisation afin de venir à bout de cette pandémie qui touche toutes les couches sociales et annihile les efforts de développement de notre pays.

Le Premier Ministre



Christophe Joseph Marie DABIRÉ

Grand Officier de l'Ordre de l'Étalon

INTRODUCTION

Les coronavirus forment un grand nombre de virus appartenant à l'ordre des *Nidovirales* de la famille des *Coronaviridae*, connus depuis les années 1930 chez les animaux. Chez les humains, ces virus ont été isolés pour la première fois en 1960. Ils provoquent des infections et maladies allant du rhume banal au Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS). On distingue sept types de virus différents susceptibles d'infecter l'Homme parmi lesquels trois se sont avérés très dangereux. Ces virus ont également été divisés en quatre groupes alpha, bêta, gamma et delta 2 selon des critères sérologiques et moléculaires.

Les coronavirus, encore appelés "virus en couronne", se transmettent d'homme à homme par voie aérienne en toussant ou en éternuant et par contacts rapprochés (se toucher ou se serrer les mains). Ils peuvent aussi être transmis par contact d'un objet et/ou d'une surface souillée par le virus (poignée de porte, rampe d'escaliers, boutons d'ascenseurs, etc.).

Le monde a déjà connu deux épidémies dues aux coronavirus. La première en Chine due au bêta-coronavirus (SRAS-CoV) entre 2002–2003 et la deuxième en 2012 au Moyen Orient, due au MERS-CoV.

L'épidémie actuelle due à l'infection à SRAS-CoV 2 a débuté en Chine en décembre 2019, dans la ville de Wuhan (Province de Hubei).

1. METHODOLOGIE DE LA REVISION

Un plan initial avait été élaboré en mars avec un focus sur la préparation et à partir d'un scénario optimiste de riposte. Au regard de l'évolution épidémiologique de la maladie depuis la notification des premiers cas le 09 mars 2020, il s'est avéré nécessaire de revoir les hypothèses de planification.

La révision du document s'est basée sur le plan initial en actualisant l'analyse de la situation, en révisant les hypothèses de planification et en réactualisant les besoins.

L'hypothèse retenue pour l'estimation des cas et des décès est basée sur une modélisation faite par une étude utilisant un modèle numérique et mathématique pour

prévoir la propagation du COVID-19 au Burkina Faso.¹

Le processus de révision a été inclusif avec la participation aux travaux des dix groupes thématiques, des représentants des différents départements ministériels impliqués dans la réponse.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU PLAN REVISE

La République populaire de Chine a enregistré depuis le 31 décembre 2019 une épidémie de pneumonie due au Coronavirus. Initialement localisée dans la ville de Wuhan, province de Hubei, chez les commerçants et manutentionnaires d'un marché de poisson, l'épidémie s'est propagée aux autres villes du pays et même à l'extérieur. En effet, du 31 décembre 2019 au 03 janvier 2020, 44 cas de pneumonie de cause non connue ont été notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) par les autorités chinoises. Le 07 janvier 2020, un nouveau type de Coronavirus a été détecté, et sa séquence génétique a été rendue disponible le 12 janvier 2020. L'évolution de l'épidémie l'a faite déclarer comme une urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020. Les dernières données au 31 mars 2020 ont fait cas de plus de 803 650 personnes contaminées dans le monde avec 39 033 décès. L'épicentre de l'épidémie s'est déplacé de la Chine vers les pays de l'Europe et les Etats-Unis d'Amérique. En outre, l'épidémie s'est rapidement propagée sur le continent africain. En Afrique de l'Ouest, un nombre important de cas est enregistré au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Sénégal.

En effet, la notification a été possible car le Burkina Faso dispose depuis 2016 d'un système de surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) dans quatre districts pilotes (Bogodogo, Houndé, Kongoussi et Boussé) et des syndromes grippaux dans deux sites (Colsama et Bolmakoté). A cet effet, un Laboratoire national de référence de la grippe (LNR-G) basé à Bobo-Dioulasso à la direction régionale de l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) a été désigné et équipé pour l'analyse des échantillons. Ce laboratoire a été le site d'analyse effectuée par des experts de l'Institut Pasteur de Dakar (IPD) d'un cas suspect découvert le 05 février

¹ Souleymane Zio*, Ecole Polytechnique de Ouagadougou (EPO) ; Inoussa Tougri, Université Fédérale ; de Rio de Janeiro (UFRJ) ; Bernard Lamien, Ecole Polytechnique de Ouagadougou ; 2020 ; Propagation du COVID-19 au Burkina Faso ; Modélisation Bayésienne et Quantification des incertitudes : première approche

2020 qui s'est révélé négatif. Cependant, les risques de survenue d'épidémie au COVID-19 demeurent non négligeables au Burkina Faso, du fait de l'existence de facteurs de risque tels que :

- la libre circulation des personnes et des biens à travers des relations diplomatiques, commerciales ... avec les autres pays ;
- les conditions socio-économiques précaires caractérisées par une grande promiscuité, une hygiène individuelle et collective insuffisante ;
- la faiblesse du système de surveillance épidémiologique.

Face à cette situation, le ministère de la santé en collaboration avec les autres secteurs ministériels et les partenaires techniques et financiers a élaboré un plan de préparation et de riposte à une épidémie au COVID-19 au Burkina Faso, en février 2020.

Le 09 mars 2020 le pays a notifié les deux premiers cas confirmés de COVID19 à Ouagadougou. A la date du 31 mars 2020, un cumul de 282 cas confirmés et répartis dans huit (08) régions du pays a été notifié.

Dans le cadre de la riposte, des mesures ont été prises dont les principales sont :

- la fermeture des écoles, universités et institutions d'enseignement publiques et privées sur le territoire national ;
- l'instauration d'un couvre-feu sur le territoire national ;
- la fermeture des frontières terrestres et aériennes ;
- la fermeture des grands marchés et yaars ;
- la mise en quarantaine des villes touchées ;
- l'interdiction du transport en commun urbain et interurbain ;
- les mesures de distanciations sociales ;
- l'incitation de la population à rester chez soi ;
- le renforcement de la communication sur les mesures de prévention du COVID19 ;
- la gestion et la prise en charge des cas.

Au vu de l'évolution épidémiologique de la pandémie, caractérisée par une tendance croissante du nombre de personnes infectées et une expansion spatiale des zones atteintes, démontrant une transmission communautaire à foyers multiples, des interventions vigoureuses se révèlent indispensables. Également des études épidémiologiques ont corroboré la probabilité d'une contamination à grande échelle de

la population si des interventions efficaces ne sont pas mises en œuvre. **Ainsi, il est apparu opportun de réviser le plan initial de préparation et de riposte.**

3. DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO

Le Burkina Faso est un pays soudano-sahélien enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger, au Sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Il couvre une superficie de 274 200 km².

Son climat alterne deux saisons : une saison sèche qui va d'octobre à avril, pendant laquelle souffle l'harmattan et une saison pluvieuse de mai à septembre.

Selon les données de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), la population en 2020 du Burkina Faso est estimée à 21 478 529 habitants avec un taux d'accroissement de 3,1% (RGPH 2006).

Le taux brut de scolarisation est de 86.1% au niveau primaire (annuaire statistique 2015-2016 MENA). En rappel, plus de 70% de la population d'âge supérieur ou égal à 7 ans n'a aucun niveau d'instruction (RGPH 2006).

Selon le rapport sur le développement humain du Programme des nations unies pour le développement (PNUD), le pays occupe le 183^{ème} rang sur 188 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0,402 en 2015.

Le seuil de pauvreté était estimé à 154 061 FCFA par adulte et par an en 2014. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 40,1% au niveau national selon les données de l'Enquête multisectorielle continue (EMC) réalisée par l'INSD en 2014.

Sur le plan sanitaire, le Burkina Faso est organisé en 13 régions sanitaires et 70 districts sanitaires. En 2019, le pays comptait :

- au niveau des structures publiques : 06 Centres hospitaliers universitaires (CHU), 09 Centres hospitaliers régionaux (CHR), 45 Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) fonctionnels, 63 Centres médicaux (CM) et 1933 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ;
- au niveau des structures privées : 134 établissements sanitaires de soins hospitaliers (polyclinique, clinique et centre médical) et 409 établissements sanitaires de soins non hospitaliers (cabinet médical, cabinet de soins infirmiers, cabinet dentaire, clinique d'accouchement, CSPS).

Les formations sanitaires (HD/CMA, CHR, CHUR et CHU) disposent de laboratoires d'analyse médicale. En outre, les universités et instituts d'enseignement supérieur et de recherche disposent de laboratoires de recherche.

Le taux brut de mortalité générale est de 11,8 pour 1000 habitants selon les données de l'annuaire statistique 2018 du Ministère de la santé. Cette mortalité est principalement due aux affections chroniques non transmissibles, aux carences nutritionnelles et aux maladies endémo-épidémiques.

Pour faire face à ces maladies notamment celles à caractère épidémique, il existe un mécanisme fonctionnel de coordination multisectorielle impliquant les décideurs politiques au niveau national et régional. Il s'agit du comité national de gestion des épidémies et de la plateforme « One Health ». Le comité national de gestion des épidémies et ses démembrements ont été créés par un arrêté interministériel n°2013-089/MS/MATD/MEF du 24 février 2014. Ils ont pour objectif de préparer et de répondre aux éventuelles épidémies. Dans le cadre de ces activités d'urgences sanitaires, il y a eu également la création du Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires (CORUS).

L'opérationnalisation de ces structures a permis la gestion de plusieurs urgences sanitaires dont celle en cours due au coronavirus.

4. ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de la situation concerne les maillons essentiels de la préparation et de la riposte à la maladie. Elle met en évidence les capacités du pays pour chaque domaine ainsi que les difficultés et/ou les insuffisances éventuelles.

4.1 Coordination

La coordination nationale de la pandémie du COVID -19 est assurée par le Comité national de gestion des épidémies COVID -19 (CNGE COVID 19) créé par arrêté n° 2020/018/PM/MS/MINEFID/MATDCIMRAH/MEEVCC. Ce comité est dirigé par le Premier Ministre. Il a pour attributions de :

- donner des orientations et des stratégies de lutte contre cette épidémie ;
- coordonner la mise en œuvre du plan d'action au niveau national, y compris les activités d'information, de retro information et d'éducation du public ;
- coordonner l'appui des différents partenaires dans la lutte contre l'épidémie ;

- mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières indispensables à la lutte contre l'épidémie ;
- élaborer et diffuser le rapport de fin d'épidémie ;
- évaluer la gestion de l'épidémie.

Le CNGE COVID -19 a pour organe exécutif le Secrétariat exécutif national (SEN) de lutte contre le COVID -19. Le SEN comporte dix groupes thématiques mis en place pour répondre aux différents défis de gestion de la crise.

La coordination au niveau régional, provincial et départemental de la réponse à la pandémie de la maladie à coronavirus est calquée sur celle du Comité national.

4.2 Bilan physique de la mise en œuvre du plan initial

Le bilan physique du plan d'action initial fait ressortir un taux d'exécution de 12,14%. La coordination et la communication enregistrent des taux d'exécution physique moyens. Ce niveau d'exécution s'explique par la faible mobilisation des ressources.

Tableau I : bilan physique par domaine d'activités

Domaine	Activités entièrement réalisées (1)	Activités partiellement réalisées (2)	Activités non réalisées	Total (3)	% (1/3)
Coordination	5	15	11	31	16,13%
Communication	8	18	8	34	23,53%
EIR	-	1	-	1	0,00%
Laboratoire	1	5	12	18	5,56%
Logistique	1	12	13	26	3,85%
PCI	-	6	10	16	0,00%
Point d'entrée	1	2	-	3	33,33%
Prise en charge	3	2	9	14	21,43%
Recherche	-	1	-	1	0,00%
Sécurité	-	-	1	1	0,00%
Surveillance	2	22	4	28	7,14%
Total	21	84	68	173	12,14%

4.3 Surveillance épidémiologique

Au Burkina Faso, il existe un système d'alerte précoce pour la surveillance de 52 maladies et événements prioritaires intégrant le secteur privé avec néanmoins des insuffisances dans la complétude et la promptitude des données.

L'évaluation de ce système de surveillance a montré :

- l'existence d'un système de surveillance basé sur les événements débuté en 2017 avec une extension progressive ;
- la disponibilité des directives sur les Maladies à potentiel épidémique (MPE) ;
- le renforcement de compétence des agents de santé sur la Surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) dans trois régions (Boucle du Mouhoun, Sud-Ouest et Plateau Central) ;
- l'existence de quatre sites sentinelles de surveillance des Infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) et de deux sites de surveillance des syndromes grippaux.

Dans le cadre de la surveillance du COVID-19, la définition générique de cas de l'OMS et les outils de surveillance de l'OMS (formulaire d'enquête de cas, formulaires de notification, etc.) ont été adaptés à notre contexte.

En dépit de ces acquis, de nombreuses insuffisances demeurent :

- le faible niveau de compétence des acteurs de santé sur les mesures de prévention et contrôle de l'infection de façon générale et une absence de compétence pour le COVID-19 ;
- l'inadaptation des Procédures opérationnelles standard (SOP) à la situation.

La situation épidémiologique au jour du 31 mars 2020 est la suivante :

- vingt-un (21) nouveaux cas confirmés de COVID-19 ont été rapportés le 31 mars 2020, portant le total à 282 cas confirmés ;
- mise en quarantaine pour une durée de deux semaines à compter de ce jour 31 mars 2020 de toutes les villes touchées par l'épidémie de COVID-19 au Burkina Faso.

➤ **Suivi des contacts**

- Cumul des personnes contacts listés depuis le 09 mars 2020 : 1752
- Contacts confirmés COVID-19 depuis le début : 139/262 (53%)
- Contacts sortis après 14 jours de suivi : 682
- Contacts planifiés pour le suivi du 31/03/2020 : 1170
- Contacts vus : 1032
- Contacts non vus : 38 (3,2%)
- Taux de suivi des contacts : 98%
- Contacts devenus suspects : 11
- Nouveaux contacts enregistrés à ce jour : 82
- Contacts à suivre demain : 994

➤ **Gestion des alertes**

Tableau II : Situation des alertes rapportées le 31 mars 2020

Nombre d'appels reçus	Nombre d'alertes rapportées	Nombre (%) d'alertes investiguées	Nombre (%) d'alertes validées
9406	71	100% (71/71)	68% (48/71)

➤ **Prise en charge des cas**

La situation de la prise en charge des cas à la date du 31 mars 2020 s'établit comme suit :

- 73 patients confirmés hospitalisés ;
- 16 décès depuis le début de l'épidémie ;
- 14 guérisons depuis le début de l'épidémie.

4.4 Points d'entrée

La désignation des points d'entrée conformément aux exigences du Règlement sanitaire international (RSI 2005) reste une étape essentielle à franchir. Depuis le contexte d'Ebola, quarante-quatre (44) points d'entrée à grand flux avaient été identifiés au Burkina Faso. Ces points d'entrée sont caractérisés par l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements (caméras thermiques, thermo flash) adaptés, des ressources humaines insuffisantes, peu qualifiées et peu motivées notamment dans le cadre spécifique du COVID-19.

De ces insuffisances, on peut noter :

- l'inexistence de plan multisectoriel pour la riposte aux urgences de santé publique survenant aux points d'entrée ;
- la faible capacité (ressources humaines, infrastructures et équipements) de prévention, de détection et de riposte aux urgences de santé publique ;
- la quasi inexistence de postes de santé avec salle d'isolement au niveau des principaux points d'entrée.

Seuls 23% et 2% des points d'entrée disposent respectivement d'un dispositif de screening au COVID-19 et d'une unité d'isolement pour les cas suspects.

Par ailleurs, on note aussi un manque de procédures opératoires standards (SOP) pour la coordination et le partage d'information entre les acteurs concernés aux points d'entrée, notamment les services de la santé humaine, animale et environnementale, la sécurité, l'immigration, la douane et la Délégation aux activités aéronautiques nationales (DAAN) et un manque d'exercices de simulation conjoints multisectoriels pour la réponse aux urgences de santé publique survenant aux points d'entrée. Ces activités visent à détecter tout cas suspect aux points d'entrée.

4.5 Equipes d'intervention rapide (EIR)

Tout cas suspect dans le cadre de la surveillance du COVID-19 doit faire l'objet d'investigation dans les 24 heures. Cela exige la mise en place d'une équipe de réponse rapide pluridisciplinaire au niveau central, intermédiaire et périphérique.

Elle doit avoir à sa disposition des moyens opérationnels (un lien avec les autres autorités de la santé, un canal de communication, des procédures, du personnel spécialisé, de la logistique, des équipements de protection...).

La coordination de la mise en œuvre des activités des EIR est assurée par le Centre des opérations de réponse aux urgences sanitaires (CORUS). La mise en place des EIR dans le cadre de COVID-19 a bénéficié de l'existant dans le cadre de la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest en 2014.

Il s'avérait donc nécessaire d'assurer la formation des EIR sur les enquêtes en rapport avec les éclosions de maladies respiratoires et la collecte d'échantillons biologiques pour les pathogènes respiratoires. Cette formation se doit d'être dynamique.

Il n'existe pas de directives et des Procédures opératoires standards pour le suivi des contacts des maladies respiratoires. En outre, toutes les EIR ne disposent pas des EPI appropriés.

Toutes ces insuffisances conduisent à de faible capacité de réaction et de mise en œuvre des procédures qui pourraient entraîner une forte morbidité et mortalité.

➤ **Forces**

- existence d'un système de surveillance basé sur les événements débuté en 2017 avec une extension progressive ;
- disponibilité des directives sur les Maladies à potentiel épidémique (MPE) ;
- renforcement de compétence des agents de santé sur la Surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) dans trois régions (Boucle du Mouhoun, Sud-Ouest et Plateau Central) ;
- existence de quatre sites sentinelles de surveillance des Infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) et de deux sites de surveillance des syndromes grippaux ;
- 100% des alertes rapportées ont été investiguées ;
- 68% des alertes investiguées ont été validées ;
- taux de suivi des contacts 98% ;
- 14 patients guéris ce jour, portant le total de guérisons à 46 ;
- réalisation du dépistage aux Points d'entrée (PoE) majeurs.

➤ **Faiblesse**

- délai d'investigation supérieur à 24 heures ;
- insuffisance en équipement de protection individuel (EPI) ;
- insuffisance de caméras thermiques et de thermo flashes ;
- insuffisance en matérielles informatiques ;
- inexistence de poste de santé avec salle d'isolement au niveau des principaux points d'entrée ;
- insuffisance de compétence des agents de santé ;
- insuffisance de kit de prélèvements.

4.6 Prévention et contrôle des infections

Du fait de la haute contagiosité du COVID-19, rompre la chaîne de transmission du virus reste le principal défi de la riposte. Pour ce faire des précautions de prévention et de contrôle des infections sont indispensables aussi bien pour la communauté que pour les établissements de santé.

En effet, depuis la période préparatoire à une éventuelle pandémie de COVID-19, des mesures de prévention des infections ont été édictées et communiquées au niveau communautaire. Ces mesures ont été renforcées en fonction des connaissances scientifiques et du contexte évolutif du Burkina Faso face à la maladie.

Aussi, au niveau des formations sanitaires, de nombreuses actions qui avaient été engagées ont été renforcées. Il s'agit notamment de la mise en place des comités de coordination de la prévention et du contrôle des infections dans les hôpitaux et districts, de la diffusion des directives, guides, procédures, protocoles et autres documents techniques PCI, la capitalisation des acquis de compétences PCI et leur renforcement, le renforcement des précautions standards de prévention des infections à tous les niveaux, la mise en place des précautions spécifiques contre la transmission du COVID-19, la capacitation des hôpitaux et districts pour la production de solution hydroalcoolique et de solution chlorée ainsi que la dotation des intrants PCI. Cependant, il faut noter la faible surveillance et coordination de la PCI dans les formations sanitaires, l'insuffisance de circuit de tri et de séparation des cas suspects, la faible disponibilité en équipements de protection et autres intrants PCI, la faible disponibilité de solution hydroalcoolique et d'équipements pour l'hygiène des mains, la faible application des précautions standards et complémentaires. La synthèse des constats se présente comme suit :

➤ Forces

- existence d'une stratégie nationale de l'hygiène hospitalière ;
- existence de directives, guides et documents techniques PCI ;
- existence de comités de coordination de la prévention et contrôle des infections dans les hôpitaux et les districts ;
- existence d'une masse critique du personnel sensibilisée et formée en prévention et contrôle des infections ;
- capacité de production autonome de la solution hydroalcoolique de la majorité des CHU/CHR/CMA ;

- capacité de production autonome de la solution chlorée de la majorité des CHU/CHR/CMA.

➤ **Faiblesses**

- faible respect des précautions de prévention du COVID 19 au niveau communautaire ;
- faible application des précautions standards et spécifiques de prévention et contrôle des infections en milieu de soins ;
- faible fonctionnalité des comités PCIAS ;
- insuffisance d'équipements de protection individuelle au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires ;
- insuffisance des intrants pour l'hygiène des mains au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires ;
- insuffisance de personnel qualifié en PCI dans certaines formations sanitaires ;
- insuffisance dans l'organisation du triage et l'isolement des malades dans les formations sanitaires ;
- insuffisance d'unités d'isolement aux normes pour la prise en charge des cas graves de COVID-19 ;
- insuffisance d'eau, assainissement et d'hygiène (WASH) dans les formations sanitaires et dans la communauté ;
- insuffisance de la gestion des déchets dans les formations sanitaires et dans la communauté.

4.7 Gestion des cas

Le transfert des cas s'effectue à partir des différents points d'entrée (terrestres, ferroviaires et aéroportuaires) vers les structures d'isolement et de prise en charge. La gestion des cas rencontre des insuffisances. Le parc d'ambulances du Burkina doit être renforcé.

Une équipe pluridisciplinaire a été constituée pour la prise en charge (PEC) comprenant des médecins, des paramédicaux, du personnel de soutien, du personnel des forces de défense et de sécurité, des agents de l'environnement et des ressources animales.

4.8 Communication sur les risques et engagement communautaire

La communication est un pilier indispensable dans la prévention et la riposte au COVID-19. Cette communication doit permettre d'atteindre toutes les cibles : les autorités

administratives, les élus locaux, les leaders coutumiers et religieux, les associations et les partenaires, la communauté, les acteurs de la santé, les ménages, les familles et les individus.

La communication de risques prendra en compte les facteurs politiques, sociaux, culturels et économiques et accordera une grande importance au dialogue avec les populations pour les aider à prendre les meilleures décisions possibles dans la lutte contre l'épidémie de COVID-19. Elle permettra d'instaurer un processus de dialogue en temps réel entre les communicateurs et les populations afin qu'elles soient en mesure de prendre des décisions éclairées pour se protéger.

L'engagement des communautés sera essentiel à la communication sur les risques. Ce processus va non seulement inciter les populations à comprendre les risques qu'elles encourent dans le cadre de la pandémie du COVID-19, mais aussi vise à les impliquer dans les actions de réponse souhaitées. La bonne communication sur les risques devra mener à l'engagement communautaire, car les communautés bien informées sur la menace et le danger, peuvent prendre des décisions éclairées pour s'approprier des actions.

Au Burkina Faso, l'environnement médiatique est développé au niveau national, régional et communautaire avec la presse audio-visuelle, écrite et en ligne. En plus du canal médiatique, d'autres canaux tels que le canal institutionnel et socio-culturel sont disponibles.

Dès l'information de l'OMS sur la situation sanitaire mondiale marquée par la maladie à coronavirus, le Ministère de la santé à travers le Centre de réponse aux urgences sanitaires (CORUS) a alors élaboré un dispositif d'alerte et de surveillance renforcée pour détecter d'éventuels cas en priorisant la communication. Un plan opérationnel de Communication sur les risques et d'engagement communautaire (CREC) a été développé et une structure de coordination des interventions CREC a été mise en place sous le leadership du ministère de la santé.

Il existe une large communication de masse utilisant plusieurs canaux qui permet la mise en œuvre de plusieurs activités visant le renforcement des connaissances des populations à travers une approche multimédias utilisant les églises, mosquées, téléphonies mobiles, radios, télévisions, l'affichage et plusieurs supports de communication écrits et les réseaux sociaux. Ainsi, des activités de communication média et hors média ont déjà été réalisées grâce aux efforts des Ministères de la santé

et de la communication : émissions radio et télé en français et en langues nationales, microprogrammes télé et radio, rencontres d'information à l'endroit des animateurs des émissions interactives, diffusion de messages sur les réseaux sociaux.

Cependant, la progression de la pandémie dans différentes régions nécessite une intensification des activités de communication de masse et de proximité jusqu'au niveau communautaire sur la base d'approches et de stratégies appropriées.

Au regard des actions actuellement déployées, il y a un besoin de renforcer l'intégration de l'engagement communautaire. En effet, si la communication sur les connaissances est largement menée, les activités d'engagement communautaire sont pour le moment insuffisantes.

En outre, les messages et supports de communication doivent être régulièrement actualisés en fonction de l'évolution de l'épidémie, adaptés aux préoccupations des communautés et diffusés dans les langues locales à travers divers canaux de communication. La multiplication des rumeurs au niveau communautaire ainsi que l'absence de données anthropologiques constituent un handicap à l'engagement communautaire.

Les activités CREC comprendront six axes stratégiques majeurs :

- la promotion des pratiques favorables à la prévention et au contrôle du COVID-19 et l'utilisation des services disponibles ;
- l'engagement des communautés en tant que moteurs de la réponse, avec une participation active à la riposte ;
- la mise en place d'un mécanisme de feedback communautaire pour améliorer la participation, les interventions et l'utilisation des services ;
- le renforcement des capacités des acteurs CREC de la riposte ;
- le renforcement de la coordination des interventions dans la communication et l'engagement communautaire ;
- la recherche, suivi/évaluation et documentation.

4.9 Logistique

La logistique en santé regroupe l'ensemble des moyens à déployer pour la mise en œuvre d'une intervention. Dans le cadre de la riposte au COVID-19, les moyens logistiques (roulants, protection, produits de santé, outils diagnostics...) demeurent insuffisants.

4.10 Laboratoire et diagnostic

Le Burkina Faso dispose d'un laboratoire National de Référence d'analyse médicale capable de détecter des agents pathogènes viraux à l'aide d'une plate-forme PCR ouverte dont le Laboratoire National de Référence de la Grippe (LNR-G) basé à Bobo Dioulasso. Toutefois, le LNR-G ne dispose pas de capacité pour le séquençage (accès aux amorces/sondes et au matériel de contrôle de qualité positif pour les tests PCR nCoV).

Des dispositions sont prises pour la mise à niveau de cinq autres laboratoires à Ouagadougou (CHUYO, CERBA, IRSS Ouaga, CHUT et LNSP) avec la prise en compte de la disponibilité de réactifs et consommables en quantité suffisante.

4.11 Recherche

La recherche sur le COVID-19 vise à mettre à la disposition des pays des médicaments efficaces (vaccins et antiviraux) et aussi élargir les connaissances épidémiologiques, virologiques sur les potentiels réservoirs (chauve-souris, pangolins).

Au Burkina Faso, le laboratoire de référence grippe assure la recherche sur les pathogènes respiratoires dont le virus du COVID-19. Cependant, la recherche connaît des insuffisances d'ordre financier et matériel. Une commission ad'hoc a été mise en place au sein du Haut conseil national de la recherche scientifique et de l'innovation pour la coordination de la recherche dans le cadre du COVID-19. L'Institut national de santé publique et l'IRSS en collaboration avec des partenaires ont déjà élaboré des protocoles de recherche sur le COVID-19 afin d'éclairer la prise de décision.

4.12 Riposte

4.12.1 Gestion des alertes

Les directives nationales portant sur le COVID-19 stipulent que la détection des cas suspects de maladies dues au COVID-19 repose sur un interrogatoire complet et basé sur la définition de cas en vigueur. Dans la gestion des cas suspects, les difficultés suivantes sont rencontrées :

- personnel non suffisamment préparé ;
- non application systématique des règles de prévention des infections ;
- matériels et équipements de protection individuelle insuffisants.

Dans le cadre de la gestion des alertes de cas dus au COVID-19, il existe une cellule

4.12.2 Investigation et riposte sur le terrain

La surveillance du COVID-19 dans notre pays se focalise sur la détection d'un nouveau sous type.

En outre, le pays a renforcé ses capacités en ressources humaines par la formation de plusieurs cohortes en épidémiologie de terrain (FELTP Frontline et avancé). Il bénéficie également de l'appui technique et financier de partenaires tels que l'OMS, le CDC-Atlanta dans l'investigation et la riposte.

Une ligne budgétaire est également rendue disponible dans le budget de l'Etat dans le cadre de la gestion des épidémies.

Cependant, les structures de prise en charge ne sont pas suffisamment équipées et les équipes d'investigation rapide (EIR) insuffisamment formées. Il pourrait en résulter une faible performance dans la détection des cas et la riposte au COVID-19.

4.12.3 Collecte, analyse, interprétation et diffusion des données

La collecte des données est systématique et concerne les cas suspects, les cas confirmés et les cas contacts.

Des outils et des procédures élaborés par l'OMS ont été adaptés par le ministère de la santé dans ce sens. Le suivi des cas contacts exige des ressources supplémentaires.

La diffusion des données se fait de façon quotidienne à travers le rapport de situation (SitRep).

5. ANALYSE DU RISQUE

5.1 Facteurs de risque géographique

Avec la mondialisation et les échanges internationaux, le Burkina Faso est un pays exposé au COVID-19. En plus, le Burkina Faso est un pays carrefour avec deux aéroports internationaux à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso et des postes frontaliers terrestres qui pourraient constituer des portes d'entrée du COVID-19.

Par ailleurs, la porosité de ses frontières peut constituer un facteur de risque de propagation de l'infection.

5.2 Facteurs de risques environnementaux

Le pays connaît deux saisons : une saison pluvieuse et une sèche. Cette dernière est favorable à la recrudescence des maladies respiratoires à potentiel épidémique.

5.3 Facteurs de risques comportementaux

Certains comportements à risque peuvent favoriser la transmission de l'infection à COVID-19. On peut citer entre autres :

- l'insuffisance dans le respect des normes de protection et de contrôle de l'infection dans les formations sanitaires ;
- la promiscuité, les mauvaises pratiques d'hygiène individuelle et collective ;
- les habitudes alimentaires et culinaires ;
- les pratiques culturelles mortuaires.

6. PROBLEMES PRIORITAIRES

❖ Problème 1 : Les capacités dans la surveillance du COVID-19 sont insuffisantes

Le système de surveillance épidémiologique ne dispose pas de capacités suffisantes pour détecter des cas de COVID-19, suivre les contacts et riposter. En effet, il ressort des insuffisances de compétences des acteurs à tous les niveaux (y compris le niveau communautaire), une insuffisance de ressources, une non opérationnalisation de certaines EIR et une faible collaboration entre les différents départements ministériels concernés.

En outre, seulement 2% des points d'entrée (postes frontaliers terrestres et aéroportuaires) disposent de sites d'isolement des cas suspects. De même, on note une insuffisance en équipements medicotechniques et en produits de désinfection. A cela s'ajoute l'absence de poste de santé au niveau des points d'entrée.

Il en découle un risque accru d'importation, des retards dans la détection des épidémies et une propagation rapide de la maladie.

❖ Problème 2 : Les capacités de collecte, transport et diagnostic des échantillons de COVID-19 sont insuffisantes.

Il n'existe qu'un seul centre de diagnostic du COVID-19 au Burkina Faso (LNR-G à Bobo-Dioulasso). Cela induit un retard diagnostic dans la confirmation des cas.

❖ Problème 3 : Les capacités du pays en matière de prise en charge de cas de COVID-19 sont insuffisantes.

Seul le CHUT dispose d'un site d'isolement opérationnel de cas de COVID-19. Les moyens de transport adaptés au transport des patients potentiellement contagieux

sont insuffisants.

La majorité du personnel soignant et celui de l'action humanitaire ne sont pas formés sur la prise en charge globale des cas confirmés de COVID-19. Il peut en découler des taux de mortalité élevés et un risque accru de propagation de la maladie.

En outre, les mesures de prévention et de contrôle de l'infection ne sont pas satisfaisantes caractérisée par une insuffisance des mesures de protection individuelle et collective contre le COVID-19 et une insuffisance dans la gestion des déchets biomédicaux.

❖ **Problème 4 : Les capacités de communication sur le COVID-19 sont insuffisantes**

Les interventions au niveau décentralisé et communautaire sont insuffisantes aussi bien dans la multiplication des actions que les approches et stratégies utilisées. Cela pourrait s'expliquer d'une part par l'insuffisance de connaissances sur le COVID-19, de capacités des acteurs communautaires en communication des risques, et d'autre part, par l'insuffisance et l'inadaptation des supports de sensibilisation. A cela s'ajoute le faible suivi /supervision des activités de communication sur les risques et engagement communautaire (CREC).

❖ **Problème 5 : La recherche sur le COVID-19 est peu développée**

La recherche dans le domaine de COVID-19 n'est pas développée du fait du caractère nouveau du virus et de l'insuffisance de ressource.

❖ **Problème 6 : La coordination dans la gestion du COVID-19 est insuffisante**

La coordination dans la gestion du COVID-19 est insuffisante. Ceci pourrait s'expliquer par le faible fonctionnement des cadres de concertation entre les organes sectoriels de coordination. A cela s'ajoute l'insuffisance des ressources. Il en résulte une faible performance de la lutte contre l'épidémie.

7. OBJECTIFS

7.1 Objectif général

Améliorer les capacités du Burkina Faso dans la préparation et la riposte à l'épidémie de COVID-19 en vue d'une interruption de la chaîne de transmission du COVID-19 et de la réduction des décès.

7.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs retenus pour la mise œuvre du plan sont :

- renforcer les capacités des intervenants dans la surveillance des points d'entrée, dans les investigations des cas, le suivi des contacts, la collecte des échantillons, le diagnostic de laboratoire et la prise en charge des cas de COVID-19 ;
- promouvoir des mesures de prévention et de contrôle de l'infection dans les structures sanitaires et dans la communauté ;
- assurer une communication efficace sur les risques liés au COVID-19 ;
- promouvoir la recherche en matière de COVID-19 ;
- renforcer la coordination pour la préparation et la riposte à une épidémie de COVID-19.



8. STRATEGIES

8.1 Stratégies retenues en fonction des objectifs du plan

Les stratégies ont été élaborées selon les recommandations de l'OMS. Elles s'articulent autour de plusieurs phases comme indiquées ci-dessous.

Tableau III : Stratégies par objectif et selon les phases

Objectifs	Stratégies selon les phases		
	Période pré épidémie	Période épidémique	Période Post épidémique
	Préparation	Riposte	Evaluation
1. Renforcer les capacités des intervenants dans la surveillance des points d'entrée, dans les investigations des cas, le suivi des contacts, la collecte des échantillons, le diagnostic de laboratoire et la prise en charge des cas de COVID-19	Renforcement des capacités Renforcement de la collaboration multisectorielle Renforcement de la surveillance basée sur les évènements Pré positionnement des équipements et intrants Communication (retro information entre autres)	Renforcement des capacités Identification et suivi des sujets contacts Investigation épidémiologique Suivi des tendances et retro information Renforcement de la surveillance basé sur les évènements	Reprise des activités de surveillance de routine Revue après action
2. Promouvoir des mesures de prévention et de contrôle de l'infection dans les structures sanitaires et dans la communauté.	Renforcement des capacités de prévention et de contrôle de l'infection Acquisition de matériel et de produits de désinfection, de kit de protection individuelle, de sacs mortuaires	Renforcement des capacités Enterrement sécurisé Désinfection des locaux et du matériel Destruction sécurisée des déchets	Elimination des déchets
3. Assurer une communication efficace sur les risques	Mobilisation des ressources financières Renforcement de la collaboration intersectorielle Renforcement de capacités en matière de communication Elaboration d'un plan de communication	Renforcement de la Collaboration intersectorielle, sous régionale et internationale Documentation de la gestion de l'épidémie Motivation des acteurs de la lutte Renforcement des mesures de communication et de sensibilisation	Suivi et évaluation Documentation de la gestion de l'épidémie
4. Assurer la motivation des équipes	Formation Briefing Supervision Voyage d'étude	Investigation Supervision Briefing	Evaluation Revue après action
5. Promouvoir la recherche en matière	Mobilisation des ressources	Identification des thèmes de recherche	Suivi et évaluation

Objectifs	Stratégies selon les phases		
	Période pré épidémie	Période épidémique	Période Post épidémique
	Préparation	Riposte	Evaluation
de COVID-19	financières Renforcement des compétences des acteurs de la recherche	Elaboration de protocoles de recherche Mise en œuvre du protocole de recherche	Documentation de la gestion de l'épidémie Diffusion des résultats de la recherche
6. Renforcer la coordination pour la préparation et la riposte à une épidémie de COVID-19.	Dynamisation des comités de gestion des épidémies Mobilisation des ressources financières Renforcement de la collaboration intersectorielle	Renforcement de la collaboration intersectorielle, sous régionale et internationale Documentation de la gestion de l'épidémie Motivation des acteurs de la lutte	Suivi et évaluation Documentation de la gestion de l'épidémie

8.2 Hypothèse d'estimation

Au regard de l'évolution de la situation épidémiologique depuis la notification des premiers cas, il apparaît que les scénarii de départ ont sous-estimés l'ampleur de la pandémie. Aussi en nous référant à une récente étude² et aux tendances actuelles, les scénarii suivants sont retenus dans le tableau ci-dessous.

² Souleymane Zio*, Ecole Polytechnique de Ouagadougou (EPO) ; Inoussa Tougri, Université Fédérale ; de Rio de Janeiro (UFRJ) ; Bernard Lamien, Ecole Polytechnique de Ouagadougou ; 2020 ; Propagation du COVID-19 au Burkina Faso ; Modélisation Bayésienne et Quantification des incertitudes : première approche

Tableau IV : Scenarii et estimation des cas

Scenario 1	Un ou plusieurs cas importés de COVID-19 ont été confirmés au Burkina Faso avec des personnes contacts à suivre. Le virus en circulation est responsable d'une létalité inférieure ou égale à 3%. Les structures de prise en charge des cas assurent la gestion de la situation.			
Scenario 2	Sur la base de la modélisation faite par une étude sur un modèle numérique et mathématique pour prévoir la propagation du COVID-19 au Burkina Faso ³ qui révèle que si aucune action n'est entreprise, 7 000 000 de Burkinabè seront infectés. En estimant que les mesures de lutttes prises actuellement contribueront à réduire de 90% les risques de contamination, les cas attendus sont estimés 700 000 répartis sur l'ensemble du territoire. Selon la littérature, seul 20% des 700 000 personnes infectées seront symptomatiques soit 140 000 cas. Selon notre réalité, les cas graves représenteront environ 5% soit 7 000 cas graves. Parmi ces cas graves, on pourrait s'attendre à 350 pertes en vie humaine soit 5% de ces cas.			
	Estimations	Pour 03 mois (90jours)	Simulation par jour	Valeur de base donnée par une Etude
Cas positifs	700 000	7 778		90% d'efficacité donc 90% des cas attendus des 7 000 000 seront évités selon notre réalité (supposant que nos interventions sont efficaces à 90%)
Cas symptomatiques	140 000	1 556		20% des cas positifs
Cas graves	7 000	78		5% des cas symptomatiques
Corps sans vie	350	04		5% des cas graves

Le deuxième scenario a constitué la base de la planification en tenant compte de l'évolution actuelle de la pandémie. Les actions définies dans ce plan révisé tiennent compte des estimations du deuxième scénario afin d'atteindre le meilleur niveau de riposte quelle que soit la situation.

³ Souleymane Zio*, Ecole Polytechnique de Ouagadougou (EPO) ; Inoussa Tougri, Université Fédérale de Rio de Janeiro (UFRJ) ; Bernard Lamien, Ecole Polytechnique de Ouagadougou ; 2020 ; Propagation du COVID-19 au Burkina Faso ; Modélisation Bayésienne et Quantification des incertitudes : première approche



9. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Tableau V : Chronogramme des activités par phase et domaine

Court terme (CT)=Avril, mai, juin 2020, Moyen terme (MT)=juillet, août, septembre 2020, Long terme (LT)=octobre, novembre, décembre 2020

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
I. PHASE DE PREPARATION						
COORDINATION					535 846 000	
1.	Assurer les rencontres de concertation périodiques à Ouagadougou des comités de gestion des épidémies	x			286 000	
2.	Tenir un atelier de validation du plan de préparation et de riposte du COVID-19 à Ouagadougou 60 personnes	x			600 000	
3.	Assurer les frais de communication de 120 (40 par site) agents au niveau des sites par des prestataires privés pendant 14 jours	x			8 400 000	
4.	Assurer une supervision en cascades des activités de riposte (Niveau central vers les DRS et DRS vers DS et DS vers les CSPS)	x			412 000 000	
5.	Assurer la communication des agents de santé des 12 points d'entrée et des 3 sites de prise en charge dans la flotte du ministère de la santé	x			4 560 000	
6.	Assurer les frais de déplacement et communication hors flotte des agents travaillant dans les 12 points d'entrée	x			100 000 000	
7.	Assurer la coordination de la préparation et de la riposte au niveau national et régional (CNGE)	x			10 000 000	
COMMUNICATION					506 133 300	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
8.	Diffuser les microprogrammes en langues nationales sur le COVID-19 dans les télés et radios dessins animés	x			196 502 400	
9.	Diffuser les microprogrammes en langues nationales sur le COVID-19 dans les télés et radios (jeux d'acteurs)	x			196 502 400	
10.	Organiser des points de presse avec cinquante (50) hommes et femmes de média	x			745 000	
11.	Organiser un atelier d'élaboration des supports de communication sur le COVID-19	x				PM
12.	Organiser en 2 jours un atelier en de validation des supports de communication	x				PM
13.	Reproduire 20 000 affiches, 20 000 flyer et 20 000 dépliants sur le Covid-19 pour toutes les formations sanitaires publiques et privées, les régions, les départements, les communes, les points d'entrée	x			17 500 000	
14.	Sensibiliser à travers des panneaux d'affichage grand public, panneaux lumineux à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, dans les régions et les points d'entrée	x			21 050 000	
15.	Diffuser des messages sur le COVID-19 sous forme de bande défilante à l'aéroport et sur les chaînes de télévision	x			5 664 000	
16.	Rendre fonctionnel le numéro vert et le veille communicationnelle	x			12 800 000	
17.	Organiser un point de presse avec vingt-cinq (25) animateurs des émissions interactives à Ouagadougou dans les 12 autres régions	x			3 750 000	
18.	Briefer 100 responsables de la promotion de la santé (RPS) en trois sessions de 02 jours	x				PM

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
19.	Réaliser 10 émissions dans 26 radios communautaires	x			4 200 000	
20.	Organiser une rencontre d'information et de formation des animateurs des émissions de santé dans chaque région.	x			615 000	
21.	Organiser une rencontre d'information des leaders religieux, coutumiers et leaders d'association	x			615 000	
22.	Diffuser des messages de sensibilisation à travers les mégaphones au niveau communautaire	x			5 850 000	
23.	Réaliser des émissions/ interviews télévisuels sur le COVID-19 dans les radios locales	x			4 200 000	
24.	Former en 2 jours les agents HIMO de la ville de Ouagadougou pour la sensibilisation des communautés sur les mesures de prévention contre coronavirus	x			2 219 500	
25.	Assurer la supervision conjointe des activités de communication au niveau central	x			8 956 000	
26.	Formation des communicateurs en matière de communication en situation sur les risques	x			15 844 000	
27.	Produire un micro programme (dessins animés) en français, mooré, dioula et fulfuldé	x			4 560 000	
28.	Produire un micro programme (Jeux d'acteurs) en français, mooré, dioula et fulfuldé	x			4 560 000	
SURVEILLANCE					83 965 000	
29.	Relire les directives et procédures de surveillance du COVID-19	x			1 225 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
30.	Valider les directives et procédures de surveillance du COVID-19 à Ouagadougou	x			600 000	
31.	Diffuser les directives et procédures actualisées de surveillance du COVID-19 à tous les niveaux	x				PM
32.	Assurer le suivi des contacts et voyageurs venant des pays touchés pendant 14 jours	x			22 140 000	
33.	Renforcer la surveillance basée sur les événements au niveau des districts ayant des points d'entrée	x			60 000 000	
POINT D'ENTREE					10 800 000	
34.	Diffuser les algorithmes de gestion des alertes et de contrôle sanitaire dans les formations sanitaires publiques et privées	x				PM
35.	Réaliser mensuellement une supervision conjointe des agents au niveau des points d'entrée	x			10 800 000	
36.	Adapter les algorithmes de gestion des alertes et de contrôle sanitaire aux points d'entrée	x				PM
EQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE					46 946 000	
37.	Former en cascade en 5 jours sur la surveillance les EIR nationales de Ouaga et Bobo, les EIR régionales et des districts du Centre et des Hauts-Bassins et 10 EIR des districts des points d'entrée.	x			46 946 000	
LOGISTIQUE					39 136 827 312	
38.	Construire et équiper deux centres de prise en charge des maladies infectieuses aux normes internationales			x	3 000 000 000	
39.	Equiper en matériel informatique et péri-informatique le centre de prise en charge de Tengandogo (2 ordinateurs de bureau, 1 ordinateur portable, 1 datashow, une imprimante)	x			3 300 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
40.	Acquérir une connexion haute débit et abonnement canal SAT pour les centres de prise en charge	x			12 012 000	
41.	Acquérir 21 950 Kits de protection individuelle pour les investigations	x			1 049 210 000	
42.	Acquérir 7000 thermomètres laser pour les formations sanitaires et le suivi des sujets contacts y compris les entrées et sorties (au niveau des postes de police) des grandes villes (Carburant et collation) et dans les marchés et yaars et à l'entrée des bâtiments administratifs	x			315 000 000	
43.	Acquérir 6 caméras thermiques pour la surveillance au niveau des points d'entrée	x			150 000 000	
44.	Reproduire 5000 algorithmes 10000 fiches de notification	x			3 557 700	
45.	Acquérir 172 latrines mobiles pour les points d'entrée	x			91 332 000	
46.	Acquérir 5000 paires de bottes (taille 43 et 46)	x			3 097 500	
47.	Acquérir 1000 seaux en plastique pour la désinfection dans les sites de prise en charge et d'isolement	x			2 950 000	
48.	Acquérir 400 pulvérisateurs au profit des Sites d'isolement et de prise en charge	x			23 600 000	
49.	Acquérir 350 sacs mortuaires	x			20 650 000	
50.	Acquérir 15 appareils d'imagerie mobiles au profit des CHR/CHU		x		2 100 000 000	
51.	Mettre à niveau le site d'isolement du CHU-YO	x			400 000 000	
52.	Mettre à niveau le site d'isolement CHU SS et 10 CHR (bâtiment équipements système de réanimation...) y compris Ziniaré	x			3 600 000 000	
53.	Achever les travaux de construction du Centre national médico-sportif de Ouagadougou		x		459 259 665	
54.	Mettre aux normes CHU T de traitement des cas suspects et confirmés de COVID-19	x			4 550 740 447	
55.	Acquérir du matériel médicotechnique et des consommables de réanimation au profit centres de traitement de COVID-19	x			15 300 000 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
56.	Acquérir 2000 lits et matelas pour les sites de prise en charge et d'isolement	x			293 200 000	
57.	Acquérir 15 tentes médicalisées pour les hôpitaux	x			26 550 000	
58.	Acquérir 24 tentes/préfabriqués pour les 12 principaux points d'entrée terrestres du pays	x			56 640 000	
59.	Acquérir 75 000 kits de prélèvement et transport des échantillons pour le suivi des patients (kit de 50)	x			133 500 000	
60.	Pré positionner des médicaments et consommables pour la prise en charge des malades dans toutes régions sanitaires (transport)	x			2 228 000	
61.	Acquérir un laboratoire mobile pour le LNRG		x		100 000 000	
62.	Acquérir 13 scanners au profit des hôpitaux des régions	x	x		4 940 000 000	
63.	Assurer la maintenance préventive et curative des équipements	x			2 500 000 000	
PREVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS					68 725 225	
64.	Former en 1 jour 05 agents de soutien par site (86) d'isolement et de prise en charge sur la gestion des déchets biomédicaux, les techniques de pulvérisation et l'utilisation des incinérateurs	x			68 725 225	
PRISE EN CHARGE DES CAS					146 602 560	
65.	Former en 1 jour 9000 agents du secteur public et privé sur les directives de PEC du COVID-19	x			141 519 680	
66.	Former en une session de 5 jours 10 agents du LNR-G à Bobo sur le diagnostic du COVID-19 et biosécurité et bio sureté	x			2 703 200	
67.	Elaborer les modules de formation sur les directives de PEC des cas.	x			750 000	
68.	Briefer 50 agents sur les mesures de prévention par département ministériel (MRAH, MEEVCC, MAAH, MATDC, Sécurité)	x			1 629 680	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
SECURITE					15 354 800	
69.	Briefer en 01 journée 1300 agents de sécurité sur les mesures de protection contre le COVID19 dans toutes les régions	x			15 354 800	
LABORATOIRE					3 667 295 309	
70.	Acquérir un véhicule de traction du laboratoire mobile	x			25 000 000	
71.	Acquérir des tests de diagnostic rapide du COVID-19	x			3 000 000 000	
72.	Evaluer la qualité des tests de diagnostic rapide du COVID-19	x			50 000 000	
73.	Acquérir 67 autoclaves au profit des sept laboratoires de diagnostic COVID-19, des CHR, des CHU et des CMA (67)	x			502 500 000	
74.	Acquérir quatre paillasse mobiles avec roulettes pour les différentes manipulations	x			551 526	
75.	Acquérir un extracteur automatique des acides nucléiques	x			19 896 952	
76.	Organiser une session de rédaction des SOP de labo COVID-19 : 20 participants, durée 5 jours	x			5 083 500	
77.	Former 3 agents du LNR-G dans un centre collaborateur OMS pour le COVID-19	x			7 500 000	
78.	Former 3 agents du LNR-G à l'envoi des échantillons dans centre collaborateur OMS pour le COVID-19	x			7 500 000	
79.	Assurer la transmission des résultats (frais de communication et internet)	x			150 000	
80.	Acquérir 500 tests FDT 33 pour analyse	x			20 000 000	
81.	Acquérir deux hottes de niveau P2 pour les salles d'extraction et de distribution du template de spécimen	x			764 831	
82.	Former et recycler 20 agents du LNR-G en bio-sûreté, biosécurité, contrôle de qualité pendant 5 jours	x			3 348 500	
83.	Réhabilitation mineure des locaux abritant le labo du LNRG	x			25 000 000	
COUT TOTAL DE LA PHASE DE PREPARATION					44 218 495 506	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
II. PHASE DE RIPOSTE						
COORDINATION					7 868 251 416	
84.	Assurer le paiement des frais de restauration des malades COVID 19 dans les structures sanitaires publiques et privées 7 000 patient*14jrs*cout moyen (5000)*		x		540 000 000	
85.	Apporter un appui alimentaire aux familles vulnérables des cas positifs 15 000f * 28 000 (140 000x20%) patients pour les 14 jours	x			42 000 000	
86.	Assurer les frais de communication de 4668 agents au niveau des sites de prise 10 000f/mois/agent pendant 3 mois	x			140 040 000	
87.	Poursuivre la prise en charge financière des agents assurant la surveillance au niveau des points d'entrée (aéroports, point d'entrée terrestre)	x			10 800 000	
88.	Appuyer techniquement et financièrement la tenue des réunions des démembrements du comité national de gestion des épidémies	x			84 000 000	
89.	Assurer les frais de communication et de déplacement des membres de la cellule de coordination	x			7 875 000	
90.	Poursuivre la collaboration transfrontalière avec les pays voisins concernant l'échange d'informations stratégiques et la coordination des mesures d'urgence	x				PM
91.	Maintenir les rencontres de concertation avec les autres secteurs	x				PM
92.	Archiver les rapports de l'épidémie	x				PM
93.	Assurer le fonctionnement des comités de gestion des épidémies	x				PM
94.	Tenir les réunions hebdomadaires du Comité national de gestion des épidémies	x				PM

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
95.	Assurer le fonctionnement des équipes d'investigation et d'intervention	x				PM
96.	Assurer le fonctionnement des équipes des sites d'isolement	x				PM
97.	Assurer la restauration de 1556 cas au niveau des sites par des prestataires privés pendant 3 mois.	x			38 557 680	
98.	Assurer la restauration de 4668 agents de santé (3 agents par patients) au niveau des sites par des prestataires privés pendant 3 mois.	x			115 673 040	
99.	Doter le CORUS et le service de surveillance en équipements informatiques (02 photocopieuse de grande capacité, 02 imprimantes)		x		50 000 000	
100.	Assurer les salaires du personnel des formations sanitaires réquisitionnées et les frais de fonctionnement des hôpitaux réquisitionnés (Tengandogo et Ziniaré)	x			5 553 755 696	
101.	Assurer une compensation financière aux familles des agents de santé victimes de coronavirus (décès=3 000 000f, 1 000 000f agents infectés) ; 200 agents infectés et 30 agents décès	x			290 000 000	
102.	Renforcer le dispositif de téléconférence dans les services du Ministère de la santé avec toutes les régions	x			195 000 000	
103.	Assurer la restauration de l'équipe du CORUS, les volontaires, les membres des équipes d'intervention rapide (409*4+103+40) au niveau CHR, CHU, DRS, DS	x			800 550 000	
SURVEILLANCE					5 582 736 652	
104.	Assurer la recherche active et le suivi des cas contacts et les cas suspects avec 30 000 volontaires ou ASBC [(3000 f prise en charge par jour+ 2500 carburant par jour +5000 FCFA communication par semaine) €10 contacts/volontaire] 87 000 FCFA /14jours	x			2 610 000 000	
105.	Déclarer les cas suspects	x				PM
106.	Renforcer en 1 jour les compétences de 30 000 ASBC et volontaires sur le COVID-19	x			143 794 652	
107.	Assurer l'acheminement des prélèvements au LNR-G (pôles de Ouaga & Bobo= 76 000 FCFA *13 régions*90jrs	x			88 920 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
108.	Investiguer les cas à travers le pays avec 464 équipes d'intervention rapide : 350 EIR/DS+13EIR/DRS+42 Hôpitaux 4EIR/National 4memb*(409+13+42)*60 000 FCFA *90 symptomatiques attendus	x			2 208 600 000	
109.	Acquérir du matériel informatique pour la surveillance des cas et le suivi des contacts du COVID-19		x		300 000 000	
110.	Transmettre journalièrement les données à tous les niveaux	x				PM
111.	Poursuivre la collecte des données dans les formations sanitaires	x				PM
112.	Transmettre régulièrement la situation épidémiologique et les résultats de laboratoire à tous les niveaux	x				PM
113.	Produire les rapports de gestion de l'épidémie	x				PM
114.	Assurer la supervision des opérateurs téléphoniques (120 opérateurs dont 1 superviseur pour 05 postes 14 superviseurs*7 500 FCFA * 90jours)	x			9 450 000	
115.	Assurer la motivation des opérateurs de saisie de données des alertes (120 opérateurs *3*5000 FCFA*90jours)	x			162 000 000	
116.	Doter 12 ordinateurs à l'équipe de régulation médicale 500 000f*12 ord	x			6 000 000	
117.	Doter l'aéroport de Ouaga et de bobo en ordinateurs pour la saisie des fiches voyageurs (2 ordinateurs) 500 000 FCFA *2	x			1 000 000	
118.	Assurer la restauration de 6 opérateurs de saisies de fiches voyageuses des PoE (6 opérateurs *3*5000 FCFA *90jours)	x			8 100 000	
119.	Superviser les acteurs des 64 PoE/ péages (44 PoE+20 péages) (Pris en compte dans la liste des réquisitionnés)	x				PM
120.	Suivre les personnes provenant des pays touchés par le COVID-19 par les districts (forfait de crédit de communication=50 000f pour DRS et MCD) 50 000 FCFA *86	x			4 300 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
121.	Assurer la restauration de 395 agents des PoE (Pris en compte dans la liste des engagés)	x				PM
122.	Organiser une réunion hebdomadaire du CNGE consacrée au suivi stratégique des opérations de préparation au COVID-19	x			2 882 000	
123.	Assurer les frais de fonctionnement des comités de gestion des épidémies	x				PM
124.	Investiguer les alertes et le transport des cas suspects avec forme bénigne/modérée vers les unités de soins	x			30 380 000	
125.	Investiguer les cas suspects par les EIR	x			7 310 000	
RECHERCHE					1 000 000 000	
126.	Mettre en œuvre des protocoles de recherche	x			1 000 000 000	
COMMUNICATION					878 179 500	
127.	Poursuivre la diffusion des directives et procédures de surveillance sur le COVID-19	x				PM
128.	Réaliser 30 spots et émissions radio et télé sur la lutte et la prévention du COVID-19	x			37 170 000	
129.	Organiser des points de presse sur l'évolution de l'épidémie	x				PM
130.	Publier les communiqués de presse	x				PM
131.	Poursuivre la sensibilisation à travers les médias	x				PM
132.	Diffuser les 30 spots et émissions radio et télé dans 302 communes sur la lutte et la prévention du COVID-19	x			240 000 000	
133.	Réaliser des séances de sensibilisation à l'endroit des Leaders communautaires sujets contacts	x			11 000 000	
134.	Sensibiliser les Tradi-praticiens de santé (TPS) sur le COVID-19	x				PM
135.	Organiser une journée d'orientation de 30 journalistes et animateurs radios	x			1 541 500	
136.	Assurer la diffusion des mirco-programmes au niveau national et régional sur les mesures de prévention du COVID-19 pendant 6 mois	x				PM

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
137.	Intensifier la diffusion des mirco-programmes au niveau national et régional sur les mesures de prévention du COVID-19	x			100 000 000	
138.	Diffuser des messages de sensibilisation à travers les mégaphones au niveau communautaire 1000 FCFA *9*16752	x			150 768 000	
139.	Réaliser et diffuser des messages des autorités coutumières et religieuses, les leaders d'opinions, à la radio et à la télé exclusivement dédiés à l'information et à la sensibilisation	x			15 000 000	
140.	Mettre en œuvre des activités d'engagement communautaire à travers les leaders communautaires, les ASBC, les organisations à bases communautaires dans les régions affectées par la Pandémies y compris les zones personnes déplacées internes	x			110 000 000	
141.	Réaliser une étude CAP et socio anthropologique pour évaluer les connaissances sur le COVID et comprendre la dynamique communautaire et identifier les influenceurs clés dans la pandémie de coronavirus		x		60 000 000	
142.	Etablir un mécanisme de gestion des feed-back	x			15 000 000	
143.	Organiser des opérations de sensibilisation porte à porte par 2500 volontaires formés (ASBC, - pair-éducateurs, - volontaires des organisations d'étudiants et des OBC de quartiers) sur les signes, modes de transmission et mesures de protection à l'endroit des ménages/familles dans les quartiers, lieux publics et marchés dans toutes les régions	x			50 000 000	
144.	Mener des activités d'éducation sur le COVID en direction des élèves (formation des enseignants, fiches pédagogique)	x			17 000 000	
145.	Organiser des activités de communication de proximité avec les leaders communautaires et les influenceurs locaux sur le COVID et les enterrements dignes et sécurisés	x			10 500 000	
146.	Actualiser, produire et diffuser des outils et supports de communication sur les comportements protecteurs et les interventions des piliers de la réponse (affiches, boites à image,)	x			50 000 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
147.	Créer une plateforme numérique et diffuser les messages du COVID 19 à travers les réseaux sociaux	x			10 200 000	
148.	Diffuser les messages sur le COVID à travers la téléphonie mobile dans les différentes langues nationales	x				PM
LOGISTIQUE					5 498 327 000	
149.	Approvisionner régulièrement des centres de prise en charge en médicament et consommables médicaux (8CHR+06CHU+13 DRS+70 DS) 4 missions/structure * 3	x			48 327 000	
150.	Acquérir de la logistique roulante : 1 véhicule pick up par région, 1 ambulance par région et véhicule 2 pick up par DS) 15 véhicules pick up au niveau central), 5 véhicules pick up globalement pour les équipes de PEC, 02 ambulances pour les 02 aéroports 188 pick up+15 ambulances	x			5 450 000 000	
PREVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS					49 795 383 800	
151.	Acquérir et doter les points d'entrée en matériel et produits de désinfection et de décontamination	x			25 978 400	
152.	Acquérir et doter toutes les formations sanitaires en matériel et produits de désinfection et de décontamination	x			25 978 400	
153.	Acquérir et doter toutes les formations sanitaires en kits de production de solution chlorée pour la désinfection et la décontamination	x			194 519 000	
154.	Acquérir et doter les districts sanitaires en intrants de production de solution hydroalcooliques	x			540 100 000	
155.	Acquérir et doter le personnel soignant des centres de prise en charge de tenues professionnelles et de kit EPI 4 668 agents * 51 500 FCFA * 3*10	x			7 210 206 000	
156.	Acquérir et doter le personnel des formations sanitaires publiques et privées en matériels de protection et EPI (gants, 90 000 blouses, surblouses, 5 400 000 masques FFP2, 8 100 000 masques chirurgicaux, 8 100 000 bonnets, 90 000 lunettes, 90 000 tabliers, 90 000 sabots,	x			22 500 000 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
	30 000 botes, 2 700 000 casaques, 90 000 tenues professionnelles) 30 000 agents * 150 000f * 5					
157.	Acquérir et doter les élèves, étudiants, les enseignants en cache-nez (60 000 enseignants, 6 000 000 d'élèves, 120 000 étudiants)	x			12 768 000 000	
158.	Acquérir et doter les élèves, étudiants, les enseignants en matériels de lavage des mains (13 000 établissements)	x			650 000 000	
159.	Acquérir et doter les élèves en savons SN-SITEC	x			2 882 000 000	
160.	Acquérir et doter les agents de santé et les membres de familles en cache-nez (5 personnes x 30 000 agents de santé x 3mois)	x			225 000 000	
161.	Acquérir et doter les maisons d'arrêts et de corrections en savons et matériels de lavage des mains (29 maisons x 25 000 x 2)	x			1 450 000 000	
162.	Acquérir et doter les pensionnaires des milieux carcéraux en cache-nez (10 000 x 6x 500)	x			30 000 000	
163.	Renforcer les compétences du personnel sur la prévention des infections (3 000 000 x 86)	x			4 406 000	
164.	Diffuser à l'intention des agents des FS les directives sur la prévention et le contrôle des infections dans le contexte du COVID 19	x				PM
165.	Assurer la désinfection des institutions, des structures publiques et privées, des domiciles, des chambres de séjour des patients et le matériel	x			800 000 000	
166.	Acquérir et doter les dispositifs de lavage et de désinfection des mains dans toutes les formations sanitaires et des lieux publics	x			150 000 000	
167.	Rendre disponible des affiches de prévention des infections dans toutes les formations sanitaires et des lieux publics	x				PM

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
168.	Assurer la gestion sécurisée des déchets biomédicaux (intrants, collecte, transport sécurisé, incinérations) dans toutes les formations sanitaires	x			250 000 000	
169.	Assurer la gestion sécurisée des corps sans vie de COVID-19 : 5% des 7000 cas graves (350*200 000 FCFA)	x			70 000 000	
170.	Renforcement la maintenance et le fonctionnement au niveau des sites disposant d'incinérateur et en acquérir au besoin pour la destruction sécurisée des déchets	x			17 000 000	
171.	Assurer l'orientation de 30 praticiens de la médecine traditionnelle sur les mesures de prévention du COVID-19	x			2 196 000	
PRISE EN CHARGE DES CAS					57 691 262 000	
172.	Assurer les soins médicaux aux malades au niveau des centres de prise en charge	x				PM
173.	Assurer la prise en charge du personnel de santé engagé dans la lutte contre le COVID-19 (10 000 FCFA*4668 agents*90)	x			4 201 200 000	
174.	Aménager de nouveaux sites pour assurer le confinement et la prise en charge de 133 000 symptomatiques de COVID-19 non graves (140 000 symptomatiques -7000 graves)	x			35 580 000 000	
175.	Assurer les examens paracliniques aux malades au niveau des centres de prise en charge	x			25 000 000	
176.	Acquérir des tests de diagnostic pour la PCR du COVID-19 pour le dépistage gratuit de 140 000 cas symptomatiques (140 000 * 25 000 FCFA *3)	x			10 500 000 000	
177.	Acquérir des réactifs pour le suivi biologique des patients COVID-19	x				PM
178.	Acquérir des médicaments et consommables pour la prise en charge gratuite de 140 000 malades 140 000 malades*50 000	x			7 000 000 000	
179.	Former les membres de sous-comités de prise en charge psycho sociale	x			962 000	
180.	Mettre en place 86 unités de site d'isolement 3 500 000 FCFA *86	x			30 100 000	
181.	Acquérir des 30 cubes de réanimation / Chambres d'urgence biosécurité	x			315 000 000	

N°	Activités	CT*	MT*	LT*	Coût (CFA)	Observations
182.	Poursuivre la prise en charge psycho sociale des cas guéris 3 000 000 FCFA /région	x			39 000 000	
LABORATOIRE					5 317 790 167	
183.	Acquérir du matériel et équipements de laboratoires pour les sept laboratoires PCR COVID-19	x			774 724 920	
184.	Acquérir les réactifs PCR COVID-19 pour les sept laboratoires	x			699 343 569	
185.	Evaluer les tests de diagnostic rapide sérologique de COVID-19	x			30 000 000	
186.	Acquérir des réactifs bio-marqueurs de sévérité COVID-19 au profit des laboratoires	x			600 000 000	
187.	Acquérir des réactifs de suivi biologiques des patients COVID-19	x			600 000 000	
188.	Acquérir des consommables de laboratoire	x			900 000 000	
189.	Acquérir des consommables de fonctionnement pour les sept laboratoires PCR de COVID-19	x			210 000 000	
190.	Prise en charge le personnel des sept laboratoires PCR de COVID-19	x			127 000 000	
191.	Assurer le fonctionnement de sept laboratoires de Ouagadougou et Bobo (CHU YO, CERBA, IRSS Ouaga, LNSP, Centre Muraz, CHUT, IRSS Bobo) pour le diagnostic de COVID-19	x			1 000 000 000	
192.	Acquérir des machines GeneXpert et des cartouches et logiciels pour le diagnostic de COVID-19			x	373 685 678	
193.	Poursuivre l'analyse des effets secondaires indésirables des médicaments utilisés pour le traitement symptomatique des cas	x	x	x		PM
194.	Acquérir un groupe électrogène d'au moins 120 Kv pour relayer en cas de coupure de courant pour le LNR de Ouaga	x	x	x	3 036 000	
III. PHASE EVALUATION					50 000 000	
COORDINATION					50 000 000	
195.	Evaluer la gestion de l'épidémie	x	x	x	50 000 000	
COÛT TOTAL PHASE DE RIPOSTE					133 631 930 535	
COÛT TOTAL DU PLAN DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AU COVID-19					177 900 426 041	

K

10. SYNTHÈSE DES DOMAINES

Tableau VI : Synthèse des domaines, leur coût et leur part relative

Domaines	Phase I : Préparation	Phase II : Riposte	Phase III : Evaluation	Coût total (F CFA)	Part relative en %
Prise en charge des cas	146 602 560	57 691 262 000	PM	57 837 864 560	32,51%
Prévention et contrôle des infections	68 725 225	49 795 383 800	PM	49 864 109 025	28,03%
Logistique	39 136 827 312	5 498 327 000	PM	44 635 154 312	25,09%
Laboratoire	3 667 295 309	5 317 790 167	PM	8 985 085 476	5,05%
Coordination	535 846 000	7 868 251 416	50 000 000	8 454 097 416	4,75%
Surveillance	83 965 000	5 582 736 652	PM	5 666 701 652	3,19%
Communication	506 133 300	878 179 500	PM	1 384 312 800	0,78%
Recherche	PM	1 000 000 000	PM	1 000 000 000	0,56%
Equipes d'intervention rapide	46 946 000	PM	PM	46 946 000	0,03%
Sécurité	15 354 800	PM	PM	15 354 800	0,01%
Points d'entrée	10 800 000	PM	PM	10 800 000	0,01%
Coût Total (F CFA)	44 218 495 506	133 631 930 535	50 000 000	177 900 426 041	100,00%

11. MOBILISATION DES RESSOURCES

Les activités du plan de préparation et de riposte à l'épidémie de COVID-19 seront financées sur le budget de l'Etat et la contribution des partenaires techniques et financiers.

A la date du 31 mars 2020, le point des financements mobilisés est de 4 790 299 184 FCFA dont 3 431 702 353 FCFA d'annonces fermes par les partenaires avec 912 958 116 FCFA débloqués.

L'Etat du Burkina Faso pourrait faire un appel à la solidarité nationale et à l'aide internationale en identifiant des bailleurs de fonds potentiels pour la mobilisation de ressources.

12. MECANISME DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PLAN

Le suivi de la mise en œuvre du plan se fera d'une part, par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données des rapports périodiques des différentes structures de mise en œuvre et d'autre part, par les rencontres des différents comités de gestion de l'épidémie du COVID-19.

L'évaluation du plan se fera en deux phases : une évaluation périodique de la mise en œuvre des activités sera faite lors des rencontres périodiques de la coordination et une évaluation en fin d'épidémie.

Le suivi et l'évaluation seront assurés par le secrétariat exécutif national du CNGE COVID-19.

Tableau VII : Chronogramme des activités de suivi et évaluation

Activités	Période			Responsable
	Avril 2020	Mai 2020	Juin 2020	
Tenue des rencontres du Système de gestion des incidents (SGI) du COVID-19	Continue			SGI
Suivi de la mise en œuvre des activités	X	X	X	SGI
Réaliser l'évaluation post-épidémique du COVID-19	X	X	X	SGI