



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



**PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE RIPOSTE AU
COVID 19 (PA COVID 19 – P173813)**

**CADRE DE GESTION
ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE (CGES)**

RAPPORT FINAL

Octobre 2020



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES	9
RESUME EXECUTIF	10
EXECUTIVE SUMMARY	14
1. CONTEXTE GENERAL	18
2. DESCRIPTION DU PROJET	21
2.1. OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DU PROJET (ODP).....	21
2.2. COMPOSANTES DU PROJET	23
2.2.1. <i>Composante 1 – Intervention d’urgence COVID-19 (Financement estimé : 28,8 millions US \$ de l’IDA)</i>	23
2.2.1.1. Sous-Composante 1.1 : Détection, confirmation, recherche des contacts, enregistrement et notification des cas.....	23
2.2.1.2. Sous-Composante 1.2 : Prise en charge et renforcement du système de santé pour la gestion des cas.	24
2.2.1.3. Sous-Composante 1.3 : Mesure de prévention de la transmission pour le personnel de santé et des populations	24
2.2.1.4. Sous-Composante 1.4 : Appui urgent aux réseaux sociaux, financiers et de sécurité aux ménages touchés	25
2.2.2. <i>Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautaire (Financement estimé : 5 millions US \$ de l’IDA)</i>	25
2.2.2.1. Sous-Composante 2.1 : Engagement communautaire pour la responsabilité sociale et la prévention	26
2.2.2.2. Sous-Composante 2.2 : Changement comportemental complet et communication des risques.....	26
2.2.2.3. Sous-Composante 2.3 : Diffusion et collecte d’informations.....	27
2.2.2.4. Sous-Composante 2.4 : Gouvernance et Systèmes d’Information sur la Gestion de la Santé (SIGS).....	27
2.2.3. <i>Composante 3 : Gestion de projet (Financement estimé : 1.2 millions US \$ de l’IDA)</i>	27
2.2.3.1. Sous-Composante 3.1 : Coordination du projet.....	27
2.2.3.2. Sous-Composante 3.2 : Suivi et Evaluation (S&E)	27
3. CADRE D’ACTION ET DISPOSITIFS POLITIQUE, JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE DE MISE EN OEUVRE DU PROJET	30
3.1. CADRE POLITIQUE NATIONAL.....	30
3.1.1. <i>Plan National de Développement (PND) 2016-2020</i>	30

3.1.2.	<i>Politique Nationale de l’Environnement et du Développement Durable</i>	31
3.1.3.	<i>Politique Nationale Santé Environnement</i>	31
3.1.4.	<i>Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020.....</i>	31
3.1.5.	<i>Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2016-2020</i>	32
3.1.6.	<i>Politique Nationale d’Hygiène Hospitalière</i>	32
3.1.7.	<i>Politique nationale d’amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d’Ivoire</i>	32
3.1.8.	<i>Politique Nationale de Sécurité des Injections et de Gestion des Déchets Médicaux</i>	33
3.1.9.	<i>Lettre de Politique sectorielle d’assainissement et de drainage de Côte d’Ivoire ..</i>	33
3.1.10.	<i>Stratégie Nationale de Gestion des Déchets (SNGD)</i>	34
3.1.11.	<i>Stratégie Nationale de Promotion de l’Hygiène</i>	34
3.1.12.	<i>Autres documents.....</i>	34
3.2.	DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES NATIONALES DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE	34
3.2.1.	<i>Constitution de la Côte d’Ivoire.....</i>	34
3.2.2.	<i>Loi n° 96-766 du 03 octobre 1996 portant Code de l’Environnement.....</i>	35
3.2.3.	<i>Loi n° 2014-390 du 20 juin 2014 d’orientation sur le développement durable</i>	36
3.2.4.	<i>Loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail</i>	36
3.2.5.	<i>Loi n°98-755 du 23 décembre 1998 portant Code de l’Eau.....</i>	37
3.2.6.	<i>Loi n° 99-477 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance sociale modifiée par l’ordonnance n°2012-03 du 11 janvier 2012</i>	38
3.2.7.	<i>Loi n°88-651 du 7 juillet 1988 portant Protection de la Santé Publique et de l’Environnement contre les effets des déchets industriels toxiques et des substances nocives.</i>	38
3.2.8.	<i>Loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l’Etat aux Collectivités Territoriales (En matière de protection de l’environnement et de gestion des ressources naturelles).....</i>	39
3.2.9.	<i>Décret N°2019-292 du 03 avril 2019 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Centre des Opérations d’Urgence de Santé Publique (COUSP)</i>	39
3.2.10.	<i>Décret n° 96-894 du 8 novembre 1996 déterminant les règles et procédures applicables aux études relatives à l’impact environnemental des projets de développement..</i>	39
3.2.11.	<i>Décret n°2005 du 6 janvier 2005 portant Audit Environnemental.....</i>	40
3.2.12.	<i>Décret n°96-206 du 07 mars 1996 relatif au Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.....</i>	41
3.2.13.	<i>Décret n°2017-125 du 22 février 2017 relatif à la qualité de l’air</i>	41
3.2.14.	<i>Décret N°93-609 du 2 Juillet 1993, portant modalités particulières d’application du Statut Général de la Fonction Publique.....</i>	41
3.2.15.	<i>Arrêté N°008754/MSHP/CAB du 08 mai 2019 portant organisation et composition des régions sanitaires.....</i>	41

3.2.16.	<i>Arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d’Ivoire.....</i>	42
3.2.17.	<i>Arrêté N°02193/MSHP/CAB/DHPSE du 31 décembre 2018 portant polarisation de la gestion des déchets sanitaires dans les établissements de santé de Côte d’Ivoire.....</i>	42
3.3.	NORMES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES (NES) DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PROJET	42
3.3.1.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°1 : Evaluation et gestion des risques et impacts environnementaux et sociaux.....</i>	43
3.3.2.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°2 : Emploi et conditions de travail.....</i>	43
3.3.3.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°3 : Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution.....</i>	43
3.3.4.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°4 : Sante et sécurité des populations.....</i>	44
3.3.5.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°5 : Acquisition de terres, restrictions a l’utilisation de terres et réinstallation involontaire</i>	44
3.3.6.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°6 : Préservation de la biodiversité et gestion durable des ressources naturelles biologiques.....</i>	45
3.3.7.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°7 : Peuples autochtones/ Communautés locales traditionnelles d’Afrique subsaharienne historiquement défavorisées</i>	45
3.3.8.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°8 : Patrimoine culturel.....</i>	45
3.3.9.	<i>Norme Environnementale et Sociale n°9 : Intermédiaires financiers.....</i>	46
3.3.10.	<i>Normes Environnementale et Sociales n°10 : Mobilisation des parties prenantes et information</i>	46
3.4.	POLITIQUES OPERATIONNELLES DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PA COVID-19	46
3.4.1.	<i>Politique Opérationnelle 7.50 (PO 7.50) : Projets relatifs aux voies d’eau internationales</i>	46
3.4.2.	<i>Politique Opérationnelle 7.60 (PO 7.60) : Projets dans les zones en litiges</i>	47
3.5.	DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES (DIRECTIVES ESS) DU GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PROJET.....	47
3.5.1.	<i>Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Eaux usées et Qualité des Eaux Ambiantes.....</i>	47
3.5.2.	<i>Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Gestion des matières dangereuses</i>	47
3.5.3.	<i>Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Gestion des déchets....</i>	48
3.5.4.	<i>Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Hygiène et Sécurité au Travail</i>	48
3.5.5.	<i>Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Santé et Sécurité de la Population</i>	48
3.5.6.	<i>Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Construction et fermeture</i>	48
3.6.	CONVENTIONS ET TRAITES INTERNATIONAUX SIGNES ET/OU RATIFIES PAR LA COTE D’IVOIRE	49

3.6.1.	<i>Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination</i>	49
3.6.2.	<i>Convention de Bamako sur l'interdiction d'importer en Afrique des déchets dangereux et sur le contrôle des mouvements transfrontières et la gestion des déchets dangereux produits en Afrique</i>	49
3.6.3.	<i>Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POPs)</i>	49
3.6.4.	<i>Convention de Minamata sur le mercure</i>	49
3.7.	REFERENCES TECHNIQUES INTERNATIONALES PERTINENTES EN MATIERE DE BONNES PRATIQUES....	50
3.7.1.	<i>Préparation des Plans Nationaux de Gestion des Déchets de soins médicaux en Afrique Subsaharienne : Manuel d'Aide à la Décision</i>	50
3.7.2.	<i>Directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)</i>	50
4.	DONNEES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DE REFERENCE	52
4.1.	DONNEES ENVIRONNEMENTALES.....	52
4.1.1.	<i>Gestion des déchets sanitaires</i>	52
4.1.2.	<i>Situation des déchets solides ménagers et assimilés</i>	60
4.2.	DONNEES SOCIALES	62
4.2.1.	<i>Données sociodémographiques et économiques</i>	62
4.2.2.	<i>Données sanitaires</i>	66
4.2.2.1.	Système de santé	66
4.2.2.2.	Ressources humaines de santé (RASS 2018).....	68
4.2.2.3.	Profil épidémiologique et facteurs aggravant la COVID-19	69
5.	IMPACTS POSITIFS ET NEGATIFS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS ET MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	70
	DISPOSITIONS ET MESURES EDICTEES PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA REDUCTION DE LA PROPAGATION DE LA COVID-19	80
6.	PROCEDURES DE GESTION DES QUESTIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES	81
6.1.	ETAPE 0 : PREPARATION DU SOUS PROJET.....	81
6.2.	ETAPE 1 : SCREENING ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL	81
6.3.	ETAPE 2 : APPROBATION DE LA CLASSIFICATION DU NIVEAU DE RISQUE ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE	82
6.4.	ETAPE 3: PREPARATION DE L'INSTRUMENT DE SAUVEGARDE ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE	83
6.4.1.	<i>Lorsqu'un CIES ou une EIES n'est pas nécessaire</i>	83
6.4.2.	<i>Lorsqu'un CIES ou EIES est nécessaire</i>	83
6.5.	ETAPE 4: EXAMEN ET APPROBATION DES EIES/CIES	83
6.6.	ETAPE 5: CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DE L'INFORMATION.....	83
6.7.	ETAPE 6 : INTEGRATION DES DISPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DANS LES DOSSIERS D'APPELS D'OFFRES.....	84
6.8.	ETAPE 7 : SUIVI ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET	84

6.9.	INDICATEURS DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES	85
7.	CONSULTATION ET INFORMATION DU PUBLIC	87
8.	MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES	88
8.1.	IDENTIFICATION DES PARTIES PRENANTES	88
8.1.1.	<i>Parties touchées.....</i>	88
8.1.2.	<i>Autres parties concernées.....</i>	88
8.1.3.	<i>Personnes ou groupes défavorisés/vulnérables.....</i>	89
8.2.	STRATEGIE DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES	90
8.2.1.	<i>Axes d'intervention prioritaires</i>	90
8.2.2.	<i>Opérationnalisation du PMPP.....</i>	92
8.3.	CONFORMITE AVEC LES AXES PRIORITAIRES ET LES EXIGENCES EN MATIERE DE PEES DU PA COVID-19.....	93
8.4.	MECANISME DE GESTION DES PLAINTES	93
8.4.1.	<i>Mécanisme mis en place en phase du déclenchement du Plan de riposte COVID-19.</i>	93
8.4.2.	<i>Procédure de gestion des plaintes</i>	94
8.4.2.1.	<i>Réception ou enregistrement des plaintes</i>	94
8.4.2.2.	<i>Accusé de réception des plaintes.....</i>	94
8.4.2.3.	<i>Tri et traitement des plaintes.....</i>	95
8.4.2.4.	<i>Examen et enquête</i>	95
8.4.2.5.	<i>Réponse ou retour de l'information</i>	95
8.4.2.6.	<i>Procédure d'appel.....</i>	95
8.4.2.7.	<i>Recours au tribunal</i>	96
8.4.2.8.	<i>Suivi et l'évaluation.....</i>	96
8.4.2.9.	<i>Rapports mensuels et/ou trimestriels</i>	96
8.4.2.10.	<i>Clôture et archivage.....</i>	96
8.4.2.11.	<i>Détail de la durée des traitements des plaintes</i>	97
9.	DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES, RESPONSABILITES ET RENFORCEMENT DES CAPACITES	97
9.1.	MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP).....	98
9.2.	UNITE DE COORDINATION DU PROJET SANTE – BANQUE MONDIALE (UCP SANTE – BM)	99
9.3.	INSTITUT PASTEUR DE COTE D'IVOIRE (IPCI)	100
9.4.	MINISTERE DE L'ASSAINISSEMENT ET DE LA SALUBRITE (MINASS)	100
9.5.	MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT ET DU DEVELOPPEMENT DURABLE.....	101
9.6.	MINISTERE DE LA COMMUNICATION ET DES MEDIA	101
9.7.	MINISTERE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA POSTE.....	101
9.8.	MINISTERE DE L'INTERIEUR DE LA PROTECTION CIVILE	101
9.9.	COLLECTIVITES TERRITORIALES.....	102

9.10.	EXPERTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX EN VIROLOGIE, PNEUMOLOGIE, MALADIES INFECTIEUSES ET GESTION DES EPIDEMIES.....	102
9.11.	SECTEUR PRIVÉ.....	102
9.12.	SOCIETE CIVILE	102
10.	CALENDRIER ET BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES	102
10.1.	CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE	103
10.2.	COUTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES A PREVOIR DANS LE PROJET	103
ANNEXES	105
ANNEXE 1.	SIGLES ET ACRONYMES.....	105
ANNEXE 2.	FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DE QUESTIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES POTENTIELLES.....	109
ANNEXE 3.	MODELE DE PLAN DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE.....	111
ANNEXE 4.	MODELE DE PLAN DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ET DE GESTION DES DECHETS (PLIGD)	118
ANNEXE 5.	PROTOCOLE DE PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS	124

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.	REPERTOIRE DES INCINERATEURS MODERNES DE DECHETS SANITAIRES INSTALLES EN COTE D'IVOIRE.....	54
TABLEAU 2.	REPERTOIRE DES BANALISEURS POUR DECHETS SANITAIRES INSTALLES EN COTE D'IVOIRE	59
TABLEAU 3.	RISQUES, IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS ET MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	71
TABLEAU 4.	ESTIMATION DES COUTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DU PROJET	103
TABLEAU 5.	RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE DE PLANIFICATION ET DE CONCEPTION	112
TABLEAU 6.	RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE DE CONSTRUCTION	113
TABLEAU 7.	RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE D'EXPLOITATION	115
TABLEAU 8.	RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE DE DEMANTELEMENT	117
TABLEAU 9.	TABLEAU PLIGD	122

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.	PYRAMIDE DES AGES DE LA COTE D'IVOIRE EN 2014	63
FIGURE 2.	REPARTITION DE LA POPULATION PAR TRANCHES D'AGE.....	64
FIGURE 3.	DECOUPAGE ADMINISTRATIF DE LA COTE D'IVOIRE	66
FIGURE 4.	ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE IVOIRIEN.....	68

RESUME EXECUTIF

Après son déclenchement en Chine en décembre 2019, l'épidémie de la COVID-19 causée par le coronavirus 2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (CoV-2-SRAS) s'est propagé rapidement dans le monde et a été déclarée pandémie mondiale le 11 mars 2020 par l'OMS. A la date du 20 octobre 2020, 189 pays et territoires ont été touchés avec 40 514 091 cas confirmés, 1 120 003 décès et 27 755 248 personnes guéries¹. En Afrique, l'on a recensé au 17 octobre 2020, 1 644 780 cas confirmés de coronavirus, 39 738 décès et 1 356 239 personnes guéries² après le premier cas découvert le 14 février 2020 en Égypte. L'ensemble des 54 pays du continent est actuellement touché par la pandémie. A la date du 20 octobre 2020, la Côte d'Ivoire comptait 20 342 cas confirmés dont 20 044 personnes guéries, 121 décès et 177 cas actifs³.

Dans le cadre de son appui au Gouvernement ivoirien en vue de faire face à la pandémie mondiale du COVID-19, le Groupe de la Banque Mondiale a mobilisé des ressources par le biais, d'une part, du Programme Stratégique de Préparation et de Riposte au COVID-19 (SPRP) à travers le financement du Projet d'Appui au Plan National de Riposte contre le COVID-19 (PA COVID 19), pour un montant de 35 millions USD, et d'autre part, l'activation de la composante CERC du projet SPARK-Santé, pour un montant de 40 millions USD.

La vision du Plan national de riposte est : « Un système de santé performant ayant un dispositif sanitaire adéquat pour (a) lutter de manière efficace et intégrée contre le COVID-19 afin de limiter sa propagation, (b) dépister et traiter les cas ». Cette vision est guidée par les principes de : (i) précaution, (ii) prestations de santé de qualité optimale, intégrées, continues et rationnelles, et (iii) participation communautaire et de discipline.

L'Objectif de Développement du Projet (ODP) du PA COVID-19, alignés sur la chaîne de résultats du Programme Stratégique de Préparation et de Riposte (PSPR) à la COVID-19, est de prévenir, détecter et assurer une riposte à la menace posée par la COVID-19 et de renforcer les systèmes nationaux de préparation à la santé publique en Côte d'Ivoire.

Pour atteindre les objectifs, le Projet sera mis en œuvre à travers trois (3) composantes que sont (i) Composante 1 : Intervention d'urgence COVID-19, (ii) Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautaire et (iii) Composante 3 : Gestion de projet.

A partir des composantes sus-indiquées et des actions qui en sont issues, le projet n'entraînera pas de travaux de génie civil liés à une nouvelle construction de bâtiments ou d'infrastructures de gestion des déchets sanitaires avec de gros œuvres, en dehors de travaux de réhabilitation et de rénovation. Ces travaux qui se dérouleront sur des sites existants ne nécessiteront aucune acquisition de terrain ou d'actif et aucun déplacement de populations.

Toutes les localisations exactes des sites d'intervention n'étant pas encore connues, ce CGES est préparé pour fournir (i) la procédure standard et les dispositions institutionnelles pour le criblage environnemental et social, la classification du niveau de risque et l'approbation des sous-projets

¹ <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-globale/covid-19-par-pays-nombre-de-cas/>

² Source OMS (<https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-continent/coronavirus-nombre-de-cas-afrique/>)

³ Source : MSHP

et (ii) des directives pour la préparation, la mise en œuvre et le suivi des activités environnementales spécifiques aux sites.

Le PA COVID-19 respectera strictement les cadres politique, législatif et règlementaire de la gestion environnementale et sociale nationale et internationale.

Sur le plan politique et pour faire face à ses engagements pris tant au niveau national qu'international, notamment en matière de protection de l'environnement, de développement économique et d'équité sociale, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un certain nombre d'instruments. Il s'agit, notamment (i) du Plan National de Développement 2016-2020, (ii) de la Politique Nationale de l'Environnement et du Développement Durable, (iii) de la Politique Nationale Santé Environnement, (iv) du Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, (v) du Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2016-2020, (vi) de la Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière, de la Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité des Soins et des Services de Santé en Côte d'Ivoire, (vii) de la Politique Nationale de Sécurité des Injections et de Gestion des Déchets Médicaux, (viii) de la Stratégie Nationale de Gestion des Déchets et (ix) de la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène. La mise en œuvre de ces politiques a nécessité la définition préalable d'un cadre institutionnel, législatif et règlementaire dans lequel s'inscrivent désormais les actions environnementales en Côte d'Ivoire. Ainsi, sur le plan institutionnel, plusieurs acteurs dont les départements ministériels techniques et les organismes publics et parapublics, les Collectivités Territoriales, les Experts nationaux et internationaux, le secteur privé et la société civile interviennent dans le cadre du plan de riposte. Au plan législatif et règlementaire, outre la Constitution ivoirienne, de nombreux textes ont été pris parmi lesquels (i) la loi portant Code de l'Environnement, (ii) la loi portant Code de l'Eau, (iii) loi portant Code de Prévoyance sociale modifiée par l'ordonnance n°2012-03 du 11 janvier 2012, (iv) loi portant Protection de la Santé Publique et de l'Environnement contre les effets des déchets industriels toxiques et des substances nocives, (v) le décret portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique, (vi) le décret déterminant les règles et procédures applicables aux études relatives à l'impact environnemental des projets de développement, (vii) le décret portant Audit Environnemental, (viii) le décret relatif au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, (ix) l'arrêté portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire, (x) l'arrêté portant polarisation de la gestion des déchets sanitaires dans les établissements de santé de Côte d'Ivoire.

Par ailleurs, certaines Normes Environnementales et Sociales de la Banque mondiale sont applicables au projet, notamment les NES1 : Evaluation et gestion des risques et impacts environnementaux et sociaux, NES2 : Emploi et conditions de travail, NES3 : Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution, NES4 : Santé et sécurité des populations et NES10 : Mobilisation des parties prenantes et information. En plus, l'on peut noter les Conventions internationales signées ou ratifiées par la Côte d'Ivoire, notamment les Conventions de Bâle et de Bamako et la Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POPs) ainsi que les références techniques internationales pertinentes en matière de bonnes pratiques à savoir : la Préparation des Plans Nationaux de Gestion des Déchets de soins médicaux en Afrique Subsaharienne et les Directives de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les données environnementales de références indiquent que la production nationale totale de déchets sanitaires tout secteur confondu (public et privé), est estimée à 25,55 tonnes par jour soit 9 325 tonnes par an, avec 64 % de ces déchets sanitaires infectieux et chimiques.

La population ivoirienne est très jeune avec la tranche d'âge de 0 à 35 ans qui représente 77,3 %, celle de 35 à 64 ans représente 20,1 % et les 65 ans et plus qui représente 2,5 % de la population totale. Le taux de croissance annuelle était de 2,60 %⁴, avec une espérance de vie de 57,40 ans en 2018 et un taux de mortalité de 10,40 %. Concernant les ressources humaines de santé, en 2018, le ratio national était de 01 Médecin prestataire de soins pour 7 354 habitants, soit 1,4 Médecin pour 10 000 habitants, 2,3 Infirmiers pour 5 000 habitants et 2,7 Sages-femmes pour 3 000 Femmes en Age de Procréer (FAP), soit 01 Sage-femme pour 1 104 Femmes en Age de Procréer (FAP). La Côte d'Ivoire était confrontée à des insuffisances de son système de santé, avec un profil épidémiologique dominé par les maladies infectieuses dont les principales sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies, avec un impact sur la morbidité et la mortalité⁵.

Les activités financées dans le cadre du projet auront des impacts positifs certains sur le plan environnemental et social ainsi que sur la politique de santé publique actuelle et future de la Côte d'Ivoire, en matière de gestion des maladies infectieuses à caractère épidémique. Cependant, le projet va générer des risques et impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels.

Les impacts négatifs et risques environnementaux et sociaux évoqués ci-dessus requièrent différentes alternatives ou mesures pour les éliminer, les réduire, les atténuer ou compenser leurs effets.

Le processus de gestion environnementale et sociale du projet passera par la mise en œuvre du présent CGES et la production de documents opérationnels de gestion qui rapporteront et prendront en compte l'ensemble des risques environnementaux et sociaux associés à chaque type d'activité prévue dans le cadre du projet. Au regard de la nature et du type des activités à mettre en œuvre, trois (03) outils doivent être élaborés, à savoir : (i) un plan de gestion environnementale et sociale (PGES) associés aux activités prévues en réponse à l'épidémie à COVID-19 ; (ii) un plan de prévention et de contrôle des infections (PPI) et (iii) un plan de gestion des déchets sanitaires (PGDS) conformément aux directives de l'OMS.

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent projet et pour soutenir efficacement l'information et la sensibilisation des parties prenantes ainsi qu'une gestion efficace des intervenants sur le projet, un Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP) et une Procédure de Gestion de la Main-d'œuvre (PGMO) seront élaborés et mis en œuvre tout au long du projet.

En ce qui concerne le Mécanisme de Gestion des Plaintes, des numéros vert spécifiques ont été ouverts au public pour répondre aux interrogations. Pour traiter toute plainte pour harcèlement,

⁴ Source : Banque Mondiale, données 2018

⁵ PNDS 2016-2020

discrimination ou violence sexiste, une ligne téléphonique gratuite et anonyme couvrant l'ensemble du territoire national est mise en place.

Le MSHP à travers L'UCP-Santé Banque Mondiale constitue l'Agence de Coordination du Projet pour gérer et coordonner les activités envisagées dans le cadre de la composante réponse d'urgence COVID-19. Elle sera assistée par des Partenaires Techniques, y compris les ONGs, les associations et les groupes de bénévoles. Tous ces intervenants doivent être formés sur les moyens de protection et de prévention, ainsi que des renforcements des capacités de réponse rapide aux niveaux national, régional et local.

Les coûts des mesures environnementales et sociales, d'un montant global de **cinq cent quatre-vingt millions (580 000 000) de FCFA, soit un million cent soixante mille (1 160 000) dollar USD** sont étalés sur la durée du Financement du Projet.

Le tableau ci-dessous indique les grandes lignes de la composition des coûts des mesures environnementales et sociales du PA COVID-19 :

N°	Activités	Coût total (FCFA)	%
1.	Mesures institutionnelles, techniques et de suivi	380 000 000	65,52
2.	Formation	100 000 000	17,24
3.	Mesures de Sensibilisation	100 000 000	17,24
	TOTAL GENERAL FCFA	580 000 000	100%
	TOTAL GENERAL USD	1 160 000	100%

EXECUTIVE SUMMARY

After its outbreak in China in December 2019, the COVID-19 epidemic caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) spread rapidly around the world and was declared a global pandemic on March the 11th, 2020 by WHO.

As of October 20, 2020, 189 countries and territories have been affected with 40,514,091 confirmed cases, 1,120,003 deaths and 27,755,248 people cured. In Africa, as of October 17, 2020, there have been 1,644,780 confirmed cases of coronavirus, 39,738 deaths and 1,356,239 people cured after the first case discovered on February 14, 2020 in Egypt. All 54 countries on the continent are currently affected by the pandemic. As of October 20, 2020, Côte d'Ivoire had 20,342 confirmed cases including 20,044 people cured, 121 deaths and 177 active cases.

As part of its support to the Ivorian Government to deal with the global COVID-19 pandemic, the World Bank Group has mobilized resources through, on the one hand, the COVID-19 Strategic Preparedness and Response Program (SPRP) through the financing of the Support Project for the National Response Plan against COVID-19 (PA COVID 19) for an amount of 35 million USD, and on the other hand, the activation of the CERC component of the SPARK-Santé project for an amount of 40 million USD.

The vision of the National Response Plan is: "an efficient health system with adequate sanitation to (a) fight effectively and integrated against COVID-19 in order to limit its spread, (b) detect and treat cases". This vision is guided by the principles of: (i) precaution, (ii) optimal quality, integrated, continuous and rational health services, and (iii) community participation and discipline.

The COVID-19 PA Project Development Objective (PDO), aligned with the results chain of the COVID-19 Strategic Preparedness and Response Program (SPRP), is to prevent, detect and respond to the threat posed by COVID-19 and strengthen national systems for public health preparedness in Côte d'Ivoire.

To achieve the objectives, the Project will be implemented through three (3) components which are (i) Component 1: COVID-19 emergency response, (ii) Component 2: Communication on health and community engagement and (iii) Component 3: Project management

From the above-mentioned components and the actions resulting from them, the project will not involve civil engineering works related to a new construction of buildings or sanitary waste management infrastructure with major works apart from rehabilitation and renovation works. This work, which will take place on existing sites, will not require any acquisition of land or assets and no displacement of populations.

As all the exact locations of intervention sites are not yet known, this ESMF is prepared to provide the standard procedure and institutional arrangements for environmental and social screening, categorization and approval of subprojects, as well as guidelines for the preparation, implementation and monitoring of site-specific environmental work.

The PA COVID-19 project will strictly respect political, legislative and regulatory frameworks of national and international environmental and social management.

On the political level and to meet its commitments made both nationally and internationally, particularly in terms of environmental protection, economic development and social equity, Côte d'Ivoire has adopted some instruments. These include (i) the National Development Plan 2016-2020, (ii) the National Policy on the Environment and Sustainable Development, (iii) the National Health and Environment Policy, (iv) the National Plan for Health Development 2016-2020, (v) the National Plan for the Management of Sanitary Waste 2016-2020, (vi) the National Hospital Hygiene Policy, the National Policy for Improving the Quality of Health Care and Services in Côte d'Ivoire, (vii) the National Injection Safety and Medical Waste Management Policy, (viii) the National Waste Management Strategy and (ix) the National Hygiene Promotion Strategy. The implementation of these policies required the prior definition of an institutional, legislative and regulatory framework in which environmental actions in Côte d'Ivoire now take place. Thus, at the institutional level, several actors including technical ministerial departments and public and Para public bodies, Territorial Communities, national and international experts, the private sector and civil society are involved in the response plan. At the legislative and regulatory level, in addition to the Ivorian Constitution, many texts have been adopted including (i) the law on the Environmental Code, (ii) the law on the Water Code, (iii) the law on the Code of Social security modified by ordinance n ° 2012-03 of January 11, 2012, (iv) law on the Protection of Public Health and the Environment against the effects of toxic industrial waste and harmful substances, (v) the decree on creation, attributions, organization and functioning of the Public Health Emergency Operations Center, (vi) the decree determining the rules and procedures applicable to studies relating to the environmental impact of development projects, (vii) the decree on Environmental Audit, (viii) the decree relating to the Health, Safety and Working Conditions Committee, (ix) the decree regulating the management of sanitary waste in Côte d'Ivoire, (vii) the decree relating to the polarization of management of sanitary waste in health establishments in Côte d'Ivoire.

In addition, some Environmental and Social Standards of the World Bank are applicable to the project, in particular NES1: Assessment and management of environmental and social risks and impacts, NES2: Labor and working conditions, NES3: Resource efficiency and pollution prevention and management, NES4: Community Health and safety and NES10: Stakeholder Engagement and information disclosure. In addition, we can note the international conventions signed or ratified by Côte d'Ivoire, in particular the Basel and Bamako Conventions and the Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants (POPs) as well as the relevant international technical references in terms of good practices, namely: the Preparation of National Plans for the Management of Medical Waste in Sub-Saharan Africa and the Directives of the World Health Organization.

The reference environmental data indicate that the total national production of sanitary waste, all sectors combined (public and private), is estimated at 25.55 tons per day, or 9,325 tons per year with 64 % of this infectious and chemical sanitary waste.

The Ivorian population is very young with the age group from 0 to 35 years which represents 77.3 %, that of 35 to 64 years represents 20.1 % and the 65 years and over which represents 2.5 % of total population. The annual growth rate was 2.60 % with a life expectancy of 57.40 years in 2018 and a death rate of 10.40 %. Regarding human health resources, in 2018, the national ratio was 01 Healthcare provider for 7,354 inhabitants, i.e. 1.4 Physicians for 10,000 inhabitants, 2.3 Nurses

per 5,000 inhabitants and 2.7 Midwives per 3,000 women of Childbearing age, or 01 midwife for 1,104 women of childbearing age. Côte d'Ivoire was faced with inadequacies in its health system with an epidemiological profile dominated by infectious diseases, the main ones being malaria, diarrheal diseases, pneumonia with an impact on morbidity and mortality.

The activities financed under the project will have definite positive impacts on environmental and social plans as well as on the current and future public health policy of Côte d'Ivoire in management of infectious diseases of epidemic origin. However, the project will generate potential environmental and social negative impacts and risks.

The negative impacts and environmental and social risks mentioned above require different alternatives or measures to eliminate them, reduce, mitigate them or compensate for their effects.

The project's environmental and social management process will go through the implementation of this ESMF and the production of operational management documents which will report and consider all the environmental and social risks associated with each type of activity planned under the project. In view of the nature and type of activities to be implemented, three (03) tools must be developed, namely: (i) an Environmental and Social Management Plan (ESMP) associated with the activities planned in response to the epidemic to COVID-19; (ii) an Infection Prevention and Control Plan (IPP) and (iii) a Sanitary Waste Management Plan (SWMP – “PGDS” in French) in accordance with WHO guidelines.

As part of the implementation of this project and to effectively support the information and sensitization of stakeholders as well as effective management of project stakeholders, a Stakeholder Engagement Plan (SEP – “PMPP” in French) and a Labor Management Procedures (LMP – “PGMO” in French) will be developed and implemented throughout the project.

Regarding the Complaints Management Mechanism, specific toll-free numbers have been opened to the public to answer questions. To deal with any complaint for harassment, discrimination or gender-based violence, a free and anonymous telephone line covering the entire national territory is set up.

The Ministry of Health and Public Hygiene (MHPH – “MSHP” in French) through Health Project Coordination Unit constitutes the Project Coordination Agency to manage and coordinate the activities envisaged under the COVID-19 emergency response component. She will be assisted by Technical Partners including NGOs, associations and groups of volunteers. All these stakeholders must be trained on the means of protection and prevention as well as the strengthening of rapid response capacities at national, regional and local levels.

The costs of environmental and social measures, totaling **XOF 580,000,000 (or USD 1,160,000)** are spread over the duration of the Project Funding.

The table below outlines the composition of the costs of environmental and social measures for PA COVID-19:

N°	Activities	Total coast (XOF)	%
1.	Institutional, technical and monitoring measures	380,000,000	65.52
2.	Training	100,000,000	17.24
3.	Sensitization measures	100,000,000	17.24
	TOTAL XOF	580,000,000	100%
	TOTAL USD	1,160,000	100%

1. CONTEXTE GENERAL

À la fin décembre 2019, les autorités chinoises de Santé Publique ont signalé plusieurs cas de syndrome respiratoire aigu dans la ville de Wuhan, province du Hubei. Les scientifiques chinois ont rapidement identifié un nouveau coronavirus comme principal agent causal. Il s'agissait d'une nouvelle souche de coronavirus qui n'avait pas été identifiée auparavant chez l'homme. Le virus responsable est dénommé coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2) et la maladie est dénommée « coronavirus 2019 (COVID-19) ».

L'épidémie de la COVID-19, causée par le SARS-CoV-2 s'est propagée rapidement dans le monde depuis décembre 2019 et continue sa propagation, avec des flambées et des grappes de la maladie observées en Asie, en Europe, en Australie, en Afrique et en Amérique. Depuis le début de mars 2020, le nombre de pays touchés ainsi que le nombre de cas hors de Chine se sont considérablement accrus, dépassant parfois, les capacités réelles d'intervention des pays. A la date du 11 mars 2020, face à la propagation rapide du coronavirus à travers le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la COVID-19 comme étant une pandémie mondiale.

La quasi-totalité du globe est frappée depuis plusieurs mois par la pandémie de la COVID-19. A la date du 20 octobre 2020, 189 pays et territoires étaient touchés avec 40 514 091 cas confirmés, 1 120 003 décès et 27 755 248 personnes guéries⁶. En Afrique, l'on recensait à la date du 17 octobre 2020, 1 644 780 cas confirmés de coronavirus avec 39 738 décès⁷ après le premier cas de COVID-19 découvert le 14 février 2020 en Égypte. L'ensemble des 54 pays du continent est actuellement touché par la pandémie.

Faisant suite à l'alerte de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) demandant à tous les pays d'activer les Centres des Opérations d'Urgence en Santé Publique (COUSP), le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), a activé le sien le 31 décembre 2019 avec la mise en place d'un Comité de Crise afin de mieux gérer le risque de contamination et de propagation de la maladie. Dans ce cadre, le COUSP a élaboré un plan d'urgence qui est en cours d'exécution.

En Côte d'Ivoire, le 25 janvier 2020, le premier diagnostic a été effectué chez un cas suspect d'infection à Coronavirus. Il s'agissait d'une étudiante de 34 ans en provenance de la Chine sur un vol de la compagnie Turkish Airways. L'échantillon de ce cas suspect a été testé négatif.

Le mercredi 11 mars 2020, la Côte d'Ivoire a enregistré le 1^{er} cas de coronavirus, pris en charge par le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT). Il s'agissait d'un homme de 45 ans de nationalité ivoirienne ayant séjourné en Italie. A la date du 04 août 2020, la Côte d'Ivoire comptait 16 293 cas confirmés, dont 11 957 personnes guéries, 103 décès et 4 233 cas actifs⁸.

⁶ <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-globale/covid-19-par-pays-nombre-de-cas/>

⁷ Source OMS (<https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-continent/coronavirus-nombre-de-cas-afrique/>)

⁸ Source : MSHP

Depuis la sortie de la crise socio-politique en 2011, la Côte d'Ivoire a enregistré des avancées significatives sur le plan politique, économique et social, mais malgré cela, les résultats sur le plan sanitaire restent faibles. Les principaux facteurs contribuant à la faiblesse de la performance du système sanitaire ivoirien sont (i) le manque d'infrastructures, (ii) l'accès physique limité aux infrastructures sanitaires, (iii) le manque des équipements de base et des médicaments essentiels, (iv) la mauvaise gouvernance et la mauvaise gestion financière. En outre, les agents de santé inégalement répartis à travers le pays, ont des formations limitées, et sont mal motivés, ce qui conduit à des prestations de mauvaise qualité. Bien que la Côte d'Ivoire réponde aux normes de l'OMS, relatives au nombre de médecins (médecins généralistes), d'infirmiers et de sages-femmes requis au niveau national, la majorité est concentrée dans les zones urbaines, en particulier dans le District Autonome d'Abidjan, laissant les 49% de la population qui réside dans les zones rurales avec un accès limité aux agents de santé. En effet, en 2018, le ratio national était de 01 Médecin prestataire de soins pour 7 354 habitants soit environ 1,4 Médecin pour 10 000 habitants. Au niveau national, la norme OMS de 01 infirmier pour 5 000 habitants est atteinte avec un ratio de 2,3 infirmiers pour 5 000 habitants en Côte d'Ivoire. Quant aux Sages-femmes, le ratio national en 2018 était de 2,7 pour 3 000 femmes en âge de procréer (FAP), soit 01 sage-femme pour 1 104 FAP. La norme OMS a été atteinte dans toutes les régions sanitaires.

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire continue d'être dominé par des maladies infectieuses contagieuses et nutritionnelles chez la femme, l'enfant et le nouveau-né. L'augmentation de la prospérité, l'accroissement de l'urbanisation et des mauvais modes de vie ont également conduit à l'augmentation du fardeau de maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer, éprouvant un système sanitaire déjà fragile.

Au regard de son système de santé rendu encore plus fragile par les nombreuses années de crises sociopolitiques et économiques, la Côte d'Ivoire est vulnérable à la propagation de la COVID-19. Elle a été identifiée de ce fait par l'OMS comme étant l'un des 13 pays Africains à priorité élevée. En outre, la Côte d'Ivoire partage des frontières avec cinq (05) pays fortement touchés par la pandémie. Au 04 août 2020, le Ghana qui est en tête, compte 37 812 cas confirmés et 191 décès, suivi de la Guinée avec 7 489 cas et 48 décès, du Mali qui compte 2 543 cas et 124 décès, du Libéria avec 1 216 cas et 78 décès, et le Burkina Faso avec 1 153 cas et 54 décès. Devant ce tableau sous régional, la porosité des frontières de la Côte d'Ivoire malgré leur fermeture depuis le déclenchement de la crise, constitue un véritable problème étant donné que la migration et le transport incontrôlé entre pays limitrophes contribuent à la propagation rapide du coronavirus.

Malgré les dispositions arrêtées par la Côte d'Ivoire, la capacité de préparation aux situations d'urgence du pays doit encore être renforcée. La Côte d'Ivoire a urgemment besoin d'accélérer la mise en œuvre des activités inscrites dans la planification de la riposte.

Immédiatement après le déclenchement de l'épidémie de COVID-19 en Côte d'Ivoire, le Gouvernement à travers le Trésor Public, a mobilisé un (01) million d'euros et la Banque

mondiale, environ 642 000 USD du projet SPARK-Santé, pour le dépistage initial et les mesures de contrôle de la COVID-19.

Pour gérer l'épidémie de la COVID-19, le Gouvernement a adopté un plan national de riposte le 23 mars 2020, qui est évalué à près de 192 millions de USD (95 milliards de F CFA) supporté par l'Etat à hauteur de 50 millions de USD (vingt-cinq milliards F CFA), soit 26,04%. L'exécution de ce plan est placée sous la coordination de la Primature et mis en œuvre par les ministères techniques du Gouvernement.

Dans le cadre de son appui au gouvernement ivoirien en vue de faire face à la pandémie mondiale de la COVID-19, le Groupe de la Banque Mondiale a mobilisé des ressources par le biais d'une part, du Programme Stratégique de Préparation et de Riposte à la COVID-19 (SPRP) à travers le financement du Projet d'Appui au Plan National de Riposte contre la COVID-19 pour un montant de 35 millions USD, et d'autre part, l'activation de la composante CERC du projet SPARK-Santé, pour un montant de 40 millions USD.

La vision du plan de riposte est : « Un système de santé performant ayant un dispositif sanitaire adéquat pour (a) lutter de manière efficace et intégrée contre la COVID-19 afin de limiter sa propagation, (b) dépister et traiter les cas ». Cette vision est guidée par les principes de : (i) précaution, (ii) prestations de santé de qualité optimale, intégrées, continues et rationnelles, (iii) participation communautaire et de discipline.

Huit (08) axes stratégiques d'intervention ont été identifiés à savoir :

- la surveillance épidémiologique et biologique ;
- le suivi des contacts ;
- la prise en charge des malades ;
- la riposte à la flambée épidémique ;
- la prévention de la transmission de la maladie à coronavirus (COVID-19),
- la communication sur les risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire ;
- la recherche opérationnelle ;
- la création à la Primature d'un Cadre de Gestion des urgences, de suivi et d'évaluation de la matrice d'actions et des mesures de prévention.

Le projet est conçu pour apporter un appui au gouvernement ivoirien, notamment dans l'acquisition et la distribution (i) des équipements, matériels, fournitures de laboratoire pour les tests de dépistage, (ii) des produits de lutte contre les infections, (iii) des Equipements de Protection Individuelle (EPI) et du matériel biomédical pour la réponse à la COVID-19, les tests et la gestion des cas. Les équipements, matériels et fournitures bénéficieront aux hôpitaux, centres de santé, centres de dépistage et centres d'isolement et de traitement à travers le pays. L'identification des laboratoires et établissements de santé spécifiques qui seront dotés de ces

équipements, matériels et fournitures sera faite dans le cadre du plan d'intervention COVID-19. Compte tenu des immenses besoins du pays pendant cette crise, l'appui au projet ne devrait répondre qu'à une part relativement modeste des besoins en équipements médicaux pour la réponse ivoirienne à la COVID-19.

A ce stade, les équipements, matériels et produits consommables prévus d'être financés par le projet sont connus et parfaitement ciblés pour faire face à l'épidémie, bien que les quantités exactes restent à peaufiner. L'acquisition en soit ne génère aucun risque particulier. Reste au niveau de l'exploitation des équipements et des produits consommables dans un environnement où il importe de considérer tous les risques y afférents et de prévoir les mesures nécessaires.

Par ailleurs, toutes les localisations exactes des centres de prise en charges (centres de dépistage, d'isolement et de traitement) n'étant pas encore connues, le présent CGES est préparé pour fournir la procédure standard et les dispositions institutionnelles pour le criblage environnemental, social, la classification du niveau de risque et l'approbation des sous-projets tels que l'aménagement des sites de prise en charge, la mise en œuvre du plan de gestion des déchets des sites COVID-19, ainsi que des directives pour la préparation, la mise en œuvre et le suivi des activités environnementales spécifiques aux sites tels que les Constats d'Impact Environnemental et Social / Plans de Gestion Environnementale et Sociale (CIES / PGES) ou des mesures environnementales. Ces instruments spécifiques aux sites incluront des clauses environnementales à insérer dans les documents d'appel d'offres ou les demandes de propositions et les contrats des opérateurs privés.

Le présent CGES a pour but de donner une vision générale des conditions environnementales et sociales dans lesquelles le projet va se mettre en œuvre.

2. DESCRIPTION DU PROJET

2.1. OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DU PROJET (ODP)

L'Objectif de Développement du Projet (ODP) est de prévenir, détecter et assurer une riposte à la menace posée par la COVID-19 et de renforcer les systèmes nationaux de préparation à la santé publique en Côte d'Ivoire.

Les objectifs du projet sont alignés sur la chaîne de résultats du Programme Stratégique de Préparation et de Riposte (PSPR) à la COVID-19. L'ODP sera surveillé au moyen d'indicateurs de résultats ci-après définis :

- Nombre de cas suspects de COVID-19 signalés et ayant fait l'objet d'une enquête sur la base des lignes directrices nationales, ventilés selon le genre ;
- Nombre de cas suspects de COVID-19 testés positifs ;

- Nombre de lits de confinement de cas suspects, des contacts, d'isolement, de prise en charge de cas mineurs et graves ;
- Nombre de cas graves de COVID-19 traités ;
- Nombre des décès parmi les cas confirmés ;
- Nombre de cas traités et guéries.

2.2. COMPOSANTES DU PROJET

Le projet comprend trois (03) composantes complémentaires : (i) Intervention d'urgence COVID-19 ; (ii) Communication sur la santé et engagement communautaire, (iii) Gestion de la mise en œuvre du projet et suivi-évaluation.

2.2.1. COMPOSANTE 1 – INTERVENTION D'URGENCE COVID-19 (FINANCEMENT ESTIME : 28,8 MILLIONS US \$ DE L'IDA)

L'intervention d'urgence COVID-19 qui se fera à travers des stratégies de confinement fournira un soutien immédiat en Côte d'Ivoire à l'effet d'empêcher l'importation et la transmission locale de COVID-19. Cette composante appuiera le renforcement des capacités de détection des maladies grâce à la fourniture d'expertise technique, de formation, d'équipements de laboratoire et de réactifs pour les tests, afin de garantir la détection rapide des cas et la recherche des contacts, conformément au SPRP de l'OMS pour COVID-19. Elle permettra à la Côte d'Ivoire de mobiliser des capacités de riposte efficace grâce à des agents de santé de première ligne formés et dotés d'EPI. Les activités incluses dans ce volet sont complémentaires à celles financées au titre du volet CERC du projet SPARK-Santé (P167959), qui est activé simultanément.

Cette composante financera i) la détection, la confirmation, la recherche des contacts, l'enregistrement et la notification des cas, ii) la gestion des cas et le renforcement des systèmes de santé, iii) l'appui social et financier aux ménages.

2.2.1.1. Sous-Composante 1.1 : Détection, confirmation, recherche des contacts, enregistrement et notification des cas

Le projet prévoit le financement d'activités de renforcement de la surveillance des maladies et la capacité épidémiologique de détection précoce et de confirmation des cas, ainsi que la recherche active des contacts. Cela comprend le financement pour : i) l'élaboration de plans multisectoriels, de Procédures Opérationnelles Standardisées (POS) et la coordination conjointe (y compris tous les ministères et autres structures/organismes concernés), la logistique liée à la mise en œuvre des activités de préparation et de riposte ; ii) le développement et /ou l'approvisionnement, le déploiement d'outils et de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour soutenir la surveillance et la recherche des contacts ; iii) le renforcement de la gestion des urgences de santé publique et la surveillance communautaire et événementielle ; iv) l'appui aux enquêtes épidémiologiques, aux exercices de simulation multisectoriels et au renforcement des capacités du gouvernement en matière d'évaluation des risques ; v) la réhabilitation des postes/salles de Contrôle aux Points d'Entrée (POE) et aux sites d'isolement désignés ; vi) la formation et l'équipement des ressources humaines, y compris le personnel POE, les traceurs de contacts et les agents de santé et de soutien de première ligne ;

vii) l'équipement pour la fonctionnalité des centres d'opérations d'urgence au niveau local ; viii) l'appui à la fonctionnalité des sites de dépistage.

Cette sous-composante couvrira également les coûts liés à l'utilisation de solutions numériques pour faciliter la riposte. Il s'agit, notamment i) de mesures pour augmenter la bande passante et gérer la congestion, la fourniture d'une connectivité Internet pour les employés du gouvernement (pour la continuité des activités), rendant l'offre de soins plus accessibles aux communautés éloignées, en utilisant des plateformes alternatives tels que le service de messages courts, la télémédecine, et un soutien pour le développement et le déploiement de solutions numériques (par exemple mobile des applications pour l'envoi de messages de santé, des cartes numériques pour permettre la visualisation des cas en temps réel, des centres d'appels pour des conseils à distance spécifiques à COVID-19, etc.).

2.2.1.2. Sous-Composante 1.2 : Prise en charge et renforcement du système de santé pour la gestion des cas.

Cette Sous-composante soutient i) les activités visant à assurer une prise en charge adéquate des cas, y compris la planification d'urgence (capacité de montée en puissance) ; ii) les activités visant à minimiser les risques pour les patients⁹ non-COVID-19 et pour le personnel de santé gérant les patients COVID-19, y compris le lavage des mains de base et des installations¹⁰ sanitaires ainsi que des systèmes adéquats de gestion des déchets sanitaires dans les établissements de soins.

Elle financera également l'achat de fournitures médicales et du matériel spécifiques à la COVID-19 pour les unités de soins intensifs et du matériel médical pour les établissements de santé désignés.

2.2.1.3. Sous-Composante 1.3 : Mesure de prévention de la transmission pour le personnel de santé et des populations

Pour les mesures de prévention de la transmission de la maladie, plusieurs activités seront financées. Il s'agit, notamment : i) des coûts liés à la mobilisation de personnel de santé supplémentaire ainsi qu'à la mise en place et l'équipement d'équipes d'intervention rapide (EIR) et au financement des salaires et indemnités de risque conformément aux politiques nationales applicables ; ii) de l'achat de matériel de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de kits d'EPI pour le personnel de santé de première ligne, en charge des patients ; iii) de la formation des agents de santé et du personnel de soutien tant, à la prise en charge des cas, qu'à la protection individuelle et à la lutte contre les infections ; iv) de l'approvisionnement en eau,

⁹ Les établissements de soins de santé temporaires devront prendre en compte les installations d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène (respect des normes de qualité; séparation des patients infectés par rapport aux patients non infectés).

¹⁰ Le Programme conjoint OMS / UNICEF pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène (JMP) indique que les installations de lavage des mains comprennent un évier avec de l'eau du robinet, des seaux avec des robinets, des robinets à bascule et des cruches ou des bassins destinés au lavage des mains. Le savon comprend du savon en barre, du savon liquide, un détergent en poudre et de l'eau savonneuse, mais ne comprend pas de cendres, de terre, de sable ou d'autres agents de lavage des mains.

assainissement et hygiène (WASH) pour les établissements de santé utilisant les normes JMP¹¹ dans les zones critiques, y compris les installations de lavage des mains et d’assainissement de base, et des systèmes adéquats de gestion et d’élimination des déchets sanitaires dans les établissements de soins ; v) de la réhabilitation limitée ou l’achat d’unités préfabriquées pour étendre la capacité des lits de maladies infectieuses et les unités d’isolement pour les patients critiques.

2.2.1.4. Sous-Composante 1.4 : Appui urgent aux réseaux sociaux, financiers et de sécurité aux ménages touchés

Le but de cette sous-composante est de remédier à l’impact économique négatif significatif sur les ménages affectés par la COVID-19 par des mécanismes de réseaux de sécurité. Il soutiendra les patients COVID-19, leurs familles et leurs contacts isolés en couvrant les frais liés à (i) l’hébergement, l’alimentation et la mise à disposition de fournitures de base pour les patients testés positif à la COVID-19, ainsi que les contacts retrouvés, à mettre en quarantaine dans des établissements/hôtels gérés par le gouvernement ou à domicile ; (ii) à la fourniture d’un soutien financier d’urgence aux ménages en quarantaine dans le besoin ; (iii) à la fourniture de vivres et de produits de base aux populations mises en quarantaine ; (iv) à la formation du personnel de soutien et des familles aux mesures d’atténuation des risques et à la fourniture d’équipement de protection et des matériels d’hygiène appropriés.

Par ailleurs, les bénéficiaires d’un soutien financier sous forme de transferts monétaires seront systématiquement inscrits à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Les primes des trois (03) premiers mois de la CMU, pour les ménages nouvellement inscrits seront soutenues par le projet, ce qui favorisera l’inscription des ménages, augmentera le pool de risques et élargira la protection contre les risques financiers pour les ménages et les communautés touchés par la COVID-19. Le projet soutiendra également l’achat et la distribution de kits d’assainissement (stations de lavage des mains, savon, etc.) pour les familles des communautés à forte densité et à faible revenu, ainsi que les étudiants résidant dans des dortoirs surpeuplés.

2.2.2. COMPOSANTE 2 : COMMUNICATION SUR LA SANTE ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE (FINANCEMENT ESTIME : 5 MILLIONS US \$ DE L’IDA)

Les activités de cette composante sont pilotées par le Ministère de la Communication et la cellule inter-gouvernementale de communication. Elles ont pour but de fournir aux populations, les connaissances et motivations nécessaires à adopter des comportements liés à la prévention et lutter contre la désinformation. Cette composante financera également les activités en vue d’influencer le comportement des populations.

¹¹ Le Programme conjoint OMS / UNICEF pour l’approvisionnement en eau, l’assainissement et l’hygiène (JMP) indique que les installations de lavage des mains comprennent un évier avec de l’eau du robinet, des seaux avec des robinets, des robinets à bascule et des cruches ou des bassins destinés au lavage des mains. Le savon comprend du savon en barre, du savon liquide, un détergent en poudre et de l’eau savonneuse, mais ne comprend pas de cendres, de terre, de sable ou d’autres agents de lavage des mains.

Les activités de cette composante garantiront que les populations peuvent (i) exprimer leurs besoins, partager leurs expériences et proposer des solutions ; (ii) se sentent motivés à prendre des décisions pratiques et à prendre des mesures pour se protéger et protéger les autres contre la COVID-19 ; (iii) avoir accès à des informations précises provenant de sources fiables sur la COVID-19, sa transmission, sa prévention et son traitement afin de se protéger, protéger leurs familles et leurs communautés .

Cette composante se décline en quatre (04) sous-composantes que sont (i) Engagement communautaire pour la responsabilité sociale et la prévention, (ii) Changement comportemental complet et communication des risques, (iii) Diffusion et collecte d'informations et (iv) Gouvernance et systèmes d'information sur la gestion de la santé (SIGS).

2.2.2.1. Sous-Composante 2.1 : Engagement communautaire pour la responsabilité sociale et la prévention

Le projet soutiendra (i) le développement de systèmes de veille communautaire des maladies et l'engagement multipartite, y compris la résolution de problèmes tels que l'inclusion et la sécurité des travailleurs de la santé ; (ii) l'élaboration de formations sur le suivi à base communautaire et de matériel de rapport ; (iii) la formation des leaders communautaires, des professionnels de la vulgarisation, des agents de santé communautaires et des bénévoles ; (iv) des sensibilisations pour motiver la notification. Cela permettra aux agents de santé communautaires et aux bénévoles de jouer un rôle dans la détection et la notification en temps opportun des cas aux établissements de santé et aux agences gouvernementales locales.

En outre, cette sous-composante soutiendra le rétablissement de la confiance des communautés et des citoyens, qui peut s'éroder pendant les crises, grâce à un engagement avec les chefs traditionnels locaux, les leaders politiques et religieux, les mouvements de jeunesse et de femmes ainsi que d'autres réseaux communautaires.

2.2.2.2. Sous-Composante 2.2 : Changement comportemental complet et communication des risques

Le but de cette sous-composante est d'amener les populations à changer de comportement face à la menace de la COVID-19 et de communiquer les mesures à prendre pour réduire la propagation de la maladie par l'implication d'acteurs publics, privés ainsi que de la société civile.

Cette sous-composante financera : (i) une étude pour comprendre les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations à propos du virus et de sa prévention ; (ii) l'élaboration et le test d'une stratégie de communication des risques et de supports de formation ; (iii) la production et la diffusion de messages et de matériels au niveau communautaire sur la base d'un engagement et de solutions localement appropriées ; (iv) l'élaboration de lignes directrices sur les mesures de distanciation sociale pour rendre opérationnelles les lois et réglementations

existantes ou nouvelles ; (v) l'assistance technique pour la communication ; (vi) l'identification, l'engagement et le plaidoyer auprès des leaders d'opinions clés (les chefs religieux, les célébrités, etc.), et (vii) l'implication des organisations locales pour la sensibilisation communautaire.

2.2.2.3. Sous-Composante 2.3 : Diffusion et collecte d'informations

Cette sous-composante est articulée autour des interventions suivantes : (i) le développement d'un site Web qui fonctionnera comme la plate-forme principale pour diffuser les informations relatives à la COVID-19 ; (ii) la production et la diffusion de campagnes médiatiques par la radio, la télévision, les SMS, les journaux, Internet et les médias sociaux ; (iii) la formation des médias locaux pour adapter les messages aux besoins de leurs communautés ; et (iv) la formation de journalistes locaux pour couvrir les initiatives locales et les ripostes efficaces.

2.2.2.4. Sous-Composante 2.4 : Gouvernance et Systèmes d'Information sur la Gestion de la Santé (SIGS)

Sur la base des résultats de l'étude pour l'opérationnalisation des services extérieurs du MSHP, le projet contribuera au financement du plan d'action d'opérationnalisation qui en est issu. Celui-ci intègre le renforcement des capacités opérationnelles des Directions de la santé, au niveau des Régions et des Districts sanitaires, la mise en place d'un cadre normatif pour une organisation adaptée des régions et des districts, des profils et des capacités nécessaires.

2.2.3. COMPOSANTE 3 : GESTION DE PROJET (FINANCEMENT ESTIME : 1.2 MILLIONS US \$ DE L'IDA)

2.2.3.1. Sous-Composante 3.1 : Coordination du projet

L'Unité de Coordination du Projet Santé financé par la Banque mondiale (UCP Santé-BM) créée par l'arrêté 0082/MSHP/CAB du 8 mai 2018 qui gère actuellement le projet SPARK-Santé (P165979), a été identifiée pour assurer la coordination ainsi que des tâches fiduciaires liées aux achats, aux communications et à la gestion financière. Cette unité sera renforcée par le recrutement de personnel/consultants supplémentaires chargés de la gestion du projet, des marchés, de la gestion financière et de spécialistes en sauvegarde environnementale et sociale dans le cadre du projet. Toutefois, un appui pourrait être fourni pour renforcer les structures publiques de coordination et de gestion du projet, y compris les dispositions centrales et locales (décentralisées) pour la coordination des activités, la gestion financière et les achats.

2.2.3.2. Sous-Composante 3.2 : Suivi et Evaluation (S&E)

Cette composante appuiera le suivi et l'évaluation de la prévention, de la préparation et de l'intervention. Elle appuiera la formation au suivi-évaluation participatif à tous les niveaux

administratifs, les ateliers d'évaluation et l'élaboration d'un plan d'action pour le suivi-évaluation et la reproduction des modèles réussis.

Au regard des composantes sus-indiquées et des actions qui en sont envisagées, le projet n'entraînera pas de travaux de génie civil liés à une quelconque nouvelle construction de bâtiments ou d'infrastructures de gestion des déchets sanitaires (incinérateurs, local de stockage provisoire, fosses à placentas, etc.) avec de gros œuvres en dehors de travaux de réhabilitation et de rénovation. Ces travaux qui se dérouleront sur des sites existants ne nécessiteront aucune acquisition de terrain ou d'actif et aucun déplacement de populations n'est envisagé.

Par ailleurs, les activités de prise en charges des cas confirmés de COVID-19, notamment l'usage (i) d'équipements et consommables de laboratoires d'analyses médicales (appareils d'analyses, réactifs, matériel de conditionnement et de conservation des échantillons, etc.), (ii) d'équipements et de consommables de réanimation, (iii) de matériels et fournitures pour les consultations et (iv) des EPI à usage unique, généreront des déchets à risques infectieux ou chimiques, considérés comme dangereux, exposant le personnel de santé, les malades et leurs accompagnants à des risques de contamination et l'environnement à des risques de pollution. La prise en charge de ces déchets sanitaires dangereux doit se faire de façon écologiquement rationnelle et impose donc la mise en œuvre de moyens et mesures adaptés, et de personnel dédié à cette mission.

Le projet prévoit adresser la problématique de la gestion des déchets sanitaires alors que la Côte d'Ivoire ne dispose pas encore d'une filière bien organisée. Le Gouvernement, avec l'appui de certains partenaires dont la Banque mondiale, a installé quelques incinérateurs de déchets sanitaires tant à Abidjan que dans certains Districts sanitaires de l'intérieur du pays. Malheureusement, la stratégie à mettre en œuvre pour pérenniser ces acquis et rendre fonctionnelle la chaîne opérationnelle fait défaut, rendant inopérants certains ouvrages. Concernant les eaux usées des établissements sanitaires, aucune disposition n'est prévue au niveau national. Par ailleurs, malgré l'existence d'opérateurs privés disposant à Abidjan, d'incinérateurs et de moyens de collecte et de transport de déchets sanitaires, le projet n'est associé à aucune installation ex situ de gestion des déchets (services de collecte, Centre de Valorisation et d'Enfouissement Technique (CVET), incinérateurs, stations d'épuration des eaux usées). Concernant la filière de gestion des Déchets Solides Ménagers et Assimilés (DSMA), le Gouvernement a pu, depuis 2018, structurer la filière au niveau du District Autonome d'Abidjan (nettoisement, collecte, transport, élimination) avec le recrutement d'opérateurs privés, la construction de centre de transfert et d'un CVET.

Pour la gestion en urgence des déchets sanitaires solides et liquides, le projet pourra s'attacher les services d'opérateurs privés pour organiser la collecte, le transport et l'élimination, soit dans les incinérateurs publics qui auront été réhabilités et remis en service, soit dans des unités privées sur des sites tiers, en dehors des établissements sanitaires.

Concernant les eaux usées et les excréta provenant des malades en période de soins, elles seront évacuées après traitement préalable, via le réseau d'assainissement public existant.

Le projet intervient dans le financement des équipements médicaux, des véhicules, des EPI, des réactifs chimiques ou biologiques et d'autres fournitures médicales ou dispositifs médicaux.

Les dépistages et les analyses se feront entièrement en Côte d'Ivoire dans des laboratoires d'analyse agréés à Abidjan (IPCI, CEDRESS, CIRBA, RETROCI, Hôpital Militaire d'Abidjan), au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) de Korhogo, de Man, d'Odienné, de Daloa et d'Abengourou.

Le projet n'implique de ce fait aucun mouvement transfrontalier de spécimens, d'échantillons, de matières dangereuses ou de déchets infectieux du fait du coronavirus.

Les travailleurs, les agents de différents services et des sous-traitants associés aux activités du projet incluent (i) le personnel du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (Médecins, Pharmaciens, Biologistes, staff paramédical, personnel de santé des laboratoires agréés, personne du Service d'Assistance Médical et d'Urgence (SAMU), agents de sécurité, personnel de nettoyage et agents d'entretien), (ii) le personnel de suivi et de contrôle de la gestion des déchets produits dans les centres de dépistage, d'isolement et de traitement des cas, notamment la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Agence Nationale de Gestion des Déchets (ANAGED) et l'Office National de l'Assainissement et du Drainage (ONAD) ainsi que le personnel et ouvriers relevant des fournisseurs de biens et de services impliqués dans la chaîne d'approvisionnement du projet et des sociétés privées agréées chargées de la gestion des déchets.

Au vu des interventions prévues par le projet, aucune acquisition de terrains ou d'autres éléments de patrimoine n'est requise.

En somme, au regard des composantes du projet, les principaux risques environnementaux envisagés dans la zone du projet proviennent principalement de (i) la problématique de la gestion des déchets sanitaires, notamment les déchets médicaux infectieux (catégorie 2) et les déchets chimiques et pharmaceutiques (catégorie 3)¹² ; (ii) de la rénovation des centres d'isolement et de traitement et (iii) de la forte contagiosité de la COVID-19 avec des risques pour les agents de santé. Quant aux risques sociaux, ils seront principalement concentrés sur (i) les difficultés d'accès aux services pour les groupes sociaux marginalisés et vulnérables (personnes souffrant de maladies chroniques / handicapées, pauvres, migrants, personnes âgées et sous-groupes de femmes défavorisés) ; (ii) la désinformation sur les réseaux sociaux et (iii) la stigmatisation pour ceux qui seront mis en quarantaine ou admis dans des centres d'isolement ou de traitement.

La Côte d'Ivoire s'est dotée (i) de la Loi n° 96-766 portant Code de l'Environnement, (ii) du Décret n°96-894 du 8 novembre 1996, déterminant les règles et procédures applicables aux études relatives à l'impact environnemental des projets de développement, (iii) de l'arrêté

¹² Selon l'arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire

n°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d’Ivoire, (iv) de la Stratégie Nationale de Gestion des Déchets (2014), (v) de la Stratégie Nationale de Promotion de l’Hygiène (2015) et (vi) d’un Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (2016). Par ailleurs, la Côte d’Ivoire a renforcé son cadre règlementaire et ses capacités institutionnelle et technique pour la lutte contre les épidémies. Aussi, a-t-elle déclenché son plan de riposte avec les treize (13) mesures de prévention suite à l’état d’urgence décrété depuis le 16 mars 2020 par le Gouvernement pour lutter efficacement contre la COVID-19. Par ailleurs, les mesures sont prises avec l’INHP, l’ANAGED, les Collectivités Territoriales et le secteur privé pour la désinfection des sites contaminés et la gestion des déchets sanitaires dangereux.

Malgré les risques environnementaux et sociaux potentiels qui peuvent être encourus lors de la mise en œuvre des activités et tenant compte des dispositions prises en matière de gestion de ces risques et des épidémies, la Côte d’Ivoire, à travers le Plan d’Engagement Environnemental et Social (PEES) du gouvernement, s’est engagée à gérer convenablement les risques et les impacts potentiels associés à la mise en œuvre du projet.

3. CADRE D’ACTION ET DISPOSITIFS POLITIQUE, JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE DE MISE EN OEUVRE DU PROJET

Le projet d’appui au plan national de riposte à la COVID 19 (PA COVID-19) respectera strictement le cadre politique, législatif et règlementaire national et international en matière de gestion environnementale et sociale. En effet, en Côte d’Ivoire, la protection de l’environnement est une priorité nationale inscrite dans le préambule de la Loi fondamentale ainsi que dans les articles 27 et 40 de ladite loi. Elle occupe une place de choix dans tous les documents d’orientation en matière d’environnement et de développement durable.

3.1. CADRE POLITIQUE NATIONAL

Sur le plan politique et pour faire face à ses engagements pris tant au niveau national qu’international, notamment en matière de protection de l’environnement, de développement économique et d’équité sociale, la Côte d’Ivoire s’est dotée d’un certain nombre d’instruments. Il s’agit, notamment de :

3.1.1. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT (PND) 2016-2020

L’ambition transcrite par le PND 2016-2020 est « La Côte d’Ivoire, puissance industrielle, unie dans sa diversité culturelle, démocratique et ouverte sur le monde ». Cette vision repose sur quatre piliers : (i) la Côte d’Ivoire, puissance industrielle ; (ii) la Côte d’Ivoire, une nation unie

dans sa diversité culturelle ; (iii) la Côte d'Ivoire, une nation démocratique et ; (iv) la Côte d'Ivoire, ouverte sur le monde. Cette vision est sous-tendue par neuf (09) principes directeurs dont celui du « Développement durable ». Ce principe de développement durable vise l'amélioration continue du bien-être des populations par la mise en cohérence des aspects sociaux, environnementaux, économiques et culturels du développement, avec comme principe transversal, la démocratie et la participation des acteurs, dans une perspective d'équité intra et intergénérationnelle. Dans cette optique, la mise en œuvre du PND 2016-2020 tient compte de la nécessité de concilier le progrès social, l'équilibre écologique, l'efficacité économique, la viabilité environnementale et l'équité sociale et culturelle. Toutes ces préoccupations qui tiennent à cœur au Gouvernement seront reconduites et renforcées dans le PND 2021-2025 en cours d'élaboration.

3.1.2. POLITIQUE NATIONALE DE L'ENVIRONNEMENT ET DU DEVELOPPEMENT DURABLE

Adoptée en 2018, elle a pour vision « Assurer un environnement sain et durable aux populations tout en renforçant leur rôle dans la vie publique nationale pour l'avènement d'un développement durable en Côte d'Ivoire ». L'objectif global de la politique du Gouvernement en matière d'Environnement et de Développement Durable est d'assurer un environnement sain et durable dans un contexte de développement économique et social viable.

3.1.3. POLITIQUE NATIONALE SANTE ENVIRONNEMENT

La vision est « une Côte d'Ivoire où les populations vivent et travaillent dans un environnement sain, adéquat et sans risques pour leur santé ». Cela implique que la problématique environnementale soit prise en compte de manière intégrée et structurée dans la gestion des problèmes de santé. Ainsi, l'objectif général visé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations en agissant sur les facteurs de risques liés à l'environnement. Plus précisément, la Politique Nationale Santé Environnement vise à (i) réduire la morbidité et la mortalité, imputables à des facteurs de risques liés à l'environnement et (ii) améliorer la gestion des problèmes environnementaux impactant la santé publique.

3.1.4. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2016-2020

Le PNDS 2016-2020 ambitionne pour la Côte d'Ivoire, « un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire, en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020 ». Il a pour objectif de renforcer la disponibilité de l'offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge sanitaire adéquate et optimale des populations.

3.1.5. PLAN NATIONAL DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES 2016-2020

Ce plan prévoit (i) le renforcement du cadre institutionnel et réglementaire avec la prise de textes, la création des comités locaux chargés de la gestion des déchets sanitaires, (ii) l'équipement des établissements sanitaires en infrastructures et matériels de gestion, (iii) l'équipement des manutentionnaires en EPI, (iv) l'organisation et la structuration de la chaîne opérationnelle de gestion des déchets sanitaires avec l'instauration du système de polarisation, (v) l'organisation du suivi-évaluation des activités, de l'entretien et de la maintenance des équipements. Par ailleurs, le plan insiste sur les activités d'information, de formation et de sensibilisation pour améliorer la participation des acteurs au processus. La participation communautaire, le développement du partenariat et le renforcement du financement constituent des éléments essentiels de la réussite du plan en termes de protection de l'environnement et d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

3.1.6. POLITIQUE NATIONALE D'HYGIENE HOSPITALIERE

La Côte d'Ivoire, dans sa volonté d'assurer une promotion durable de la qualité des soins, de la sécurité des patients et du personnel soignant, décide conformément au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), de mettre en œuvre une politique d'hygiène hospitalière responsable, équitable et juste. Cette politique permet de créer un environnement sain, adéquat et sans risques pour la santé, dans lequel le personnel et les usagers des établissements sanitaires pourront travailler et se soigner en toute sécurité.

Tout comme la vision générale du secteur de la santé, cette vision est soutenue par les valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique et de solidarité.

Elle implique au niveau stratégique que la problématique de la sécurité des patients et des personnels de santé soit prise en compte de manière intégrée et structurée dans la gestion des problèmes de santé.

L'objectif visé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations, en réduisant les événements indésirables associés aux soins afin de garantir la sécurité des patients et des personnels de santé.

3.1.7. POLITIQUE NATIONALE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTE EN COTE D'IVOIRE

Il s'agit d'un document d'orientation qui garantit la qualité de l'offre de soins en définissant le cadre général de la qualité dans le secteur santé. Parmi les axes prioritaires identifiés dans ce document, un point d'honneur est mis sur les infrastructures et équipements à travers le développement et la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires :

- Stratégie 17 : Promotion des documents de référence en matière de construction et d'équipement des infrastructures sanitaires. Il s'agira de faire connaître les normes et standards relatifs aux infrastructures et équipements sanitaires et veiller à leur application sur toute l'étendue du territoire. Ce qui permettra de réglementer la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires ;
- Stratégie 18 : Promotion des documents de référence en matière de maintenance des infrastructures et équipement sanitaires. Il s'agira de définir la politique de gestion de la maintenance en milieu hospitalier afin de conserver une fonctionnalité et une fiabilité des équipements et des infrastructures.
- Stratégie 19 : Renforcement de la gestion de la métrologie des équipements médicaux et de mesure. Il s'agira de mettre en place une organisation pour développer les activités de métrologie des équipements médicaux et de mesure.

Ces stratégies relatives aux infrastructures et équipements sanitaires dans leur mise en œuvre permettront de préciser les modalités de leur acquisition, construction, réhabilitation et de leur gestion.

3.1.8. POLITIQUE NATIONALE DE SECURITE DES INJECTIONS ET DE GESTION DES DECHETS MEDICAUX

Adoptée en 2009, elle a pour but d'indiquer les stratégies qui visent à assurer la protection des patients, du personnel de santé, de la population dans son ensemble et de l'environnement contre les risques. Ces risques sont liés d'une part, aux injections non nécessaires et/ou ne respectant pas les critères de sécurité contenus dans le concept de la sécurité des injections et d'autre part, à une gestion irrationnelle des déchets sanitaires.

3.1.9. LETTRE DE POLITIQUE SECTORIELLE D'ASSAINISSEMENT ET DE DRAINAGE DE COTE D'IVOIRE

Elle a été adoptée en Conseil des Ministres le 24 février 2016. Elle présente les orientations que le Gouvernement entend donner au secteur de l'assainissement et du drainage et la stratégie qu'il entend mener à l'horizon 2030¹³. Ces orientations traduisent les engagements pris à l'égard de la communauté nationale avec le Plan National de Développement (PND) et les Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030. L'objectif général visé est de contribuer à la vision nationale d'une Côte d'Ivoire émergente, dans la perspective des ODD, avec 60% de la population ivoirienne ayant un accès durable aux installations sanitaires améliorées en 2030.

¹³ En conformité avec les objectifs des Schémas Directeurs d'Urbanisme et d'Assainissement et ceux des ODD qui portent à l'horizon 2030

3.1.10. STRATEGIE NATIONALE DE GESTION DES DECHETS (SNGD)

Pour la gestion durable des déchets en Côte d'Ivoire, la vision de la SNGD est « A l'horizon 2020, la gestion des déchets en Côte d'Ivoire s'effectue en partenariat, de manière participative, intégrée et durable afin d'assurer la protection de l'environnement et le bien-être des populations ». Pour soutenir cette vision, l'objectif de la stratégie est de mettre en place les moyens permettant d'assurer une gestion intégrée et durable des déchets produits sur le territoire national et de réaliser des économies à travers la récupération, le recyclage et le réemploi de tout déchet valorisable.

3.1.11. STRATEGIE NATIONALE DE PROMOTION DE L'HYGIENE

La vision de la Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène est de « créer les conditions nécessaires pour que les populations vivent et travaillent dans un environnement sain, adéquat et sans risques pour leur santé, conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi fondamentale ». Cette vision est soutenue par les valeurs de responsabilité, d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité et de civisme dans la perspective de l'émergence de l'« ivoirien nouveau ».

3.1.12. AUTRES DOCUMENTS

- Normes et directives de sécurité des injections et de gestion des déchets médicaux ;
- Directives pour l'utilisation optimale des incinérateurs à combustion pyrolytique ;
- Lutte contre les infections nosocomiales : Cadre de référence à l'intention des établissements de santé.

3.2. DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES NATIONALES DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE

3.2.1. CONSTITUTION DE LA COTE D'IVOIRE

La Constitution ivoirienne de novembre 2016 tel que modifié par la Loi Constitutionnelle du 19 mars 2020 énonce dans son préambule que le peuple de Côte d'Ivoire s'engage à (i) sauvegarder sa souveraineté sur les ressources nationales et à en assurer une gestion équitable pour le bien-être de tous, (ii) promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes, (iii) promouvoir la transparence dans la conduite des affaires, (iv) défendre et conserver notre patrimoine culturel et (v) contribuer à la préservation du climat et d'un environnement sain pour les générations futures. Pour ce faire, elle dispose en son article 27, que « Le droit à un environnement sain est reconnu à tous sur l'ensemble du territoire national. Le transit, l'importation ou le stockage illégal et le déversement de déchets toxiques sur le territoire national constituent des crimes

imprescriptibles ». En outre, l'article 40 de la constitution précise que « La protection de l'environnement et la promotion de la qualité de la vie sont un devoir pour la communauté et pour chaque personne physique ou morale. L'Etat s'engage à protéger son espace maritime, ses cours d'eau, ses parcs naturels ainsi que ses sites et monuments historiques contre toutes formes de dégradation. L'Etat et les Collectivités publiques prennent les mesures nécessaires pour sauvegarder la faune et la flore. En cas de risque de dommages pouvant affecter de manière grave et irréversible l'environnement, l'Etat et les Collectivités publiques s'obligent, par application du principe de précaution, à les évaluer et à adopter des mesures nécessaires visant à parer à leur réalisation ».

L'article 9 stipule que « Toute personne a droit à l'éducation et à la formation professionnelle. Toute personne a également droit à un accès aux services de santé ».

3.2.2. LOI N° 96-766 DU 03 OCTOBRE 1996 PORTANT CODE DE L'ENVIRONNEMENT

Cette loi fixe le cadre général des champs de renforcement des textes juridiques et institutionnels relatif à l'environnement. Il précise en son article 20 que « Les immeubles, les installations classées, les véhicules et engins à moteur, les activités industrielles, commerciales, artisanales ou agricoles, détenues ou exercés par toute personne physique ou morale doivent être conçus et exploités conformément aux normes techniques en vigueur en matière de préservation de l'atmosphère ». L'autorité compétente peut refuser la délivrance d'un permis de construire si le projet peut affecter le caractère ou l'intégrité des zones voisines (Article 22). L'article 35 établit les principes à prendre en compte lors de la planification et de l'exécution de projets pouvant avoir un impact important sur l'environnement. Ces principes au nombre de sept (07) sont principalement : (i) Principe de précaution : « Lors de la planification ou de l'exécution de toute action, des mesures préliminaires sont prises de manière à éviter ou à réduire tout risque ou tout danger pour l'environnement. Toute personne dont les activités sont susceptibles d'avoir un impact sur l'environnement doit, avant d'agir, prendre en considération les intérêts des tiers ainsi que la nécessité de protéger l'environnement. Si, à la lumière de l'expérience ou des connaissances scientifiques, une action est jugée susceptible de causer un risque ou un danger pour l'environnement, cette action n'est entreprise qu'après une évaluation préalable indiquant qu'elle n'aura pas d'impact préjudiciable à l'environnement » ; (ii) Principe de Substitution : « Si, à une action susceptible d'avoir un impact préjudiciable sur l'environnement, peut être substituée une autre action qui présente un risque ou un danger moindre, cette dernière action est choisie même si elle entraîne des coûts plus élevés en rapport avec les valeurs à protéger » ; (iii) Principe de Préservation de la diversité biologique : « Toute action doit éviter d'avoir un effet préjudiciable notable sur la diversité biologique » ; (iv) Principe de non-dégradation des ressources naturelles : « Pour réaliser un développement durable, il y a lieu d'éviter de porter atteinte aux ressources naturelles telles que l'eau, l'air et les sols qui, en tout état de cause, font partie intégrante du processus de développement et ne doivent pas être prises en considération isolément. Les effets irréversibles sur les terres doivent être évités dans toute la mesure du

possible » ; (v) Principe “Pollueur-payeur” : « Toute personne physique ou morale dont les agissements et/ou les activités causent ou sont susceptibles de causer des dommages à l’environnement est soumise à une taxe et/ou à une redevance. Elle assume, en outre, toutes les mesures de remise en état » ; (vi) Principe de l’information : « Toute personne a le droit d’être informée de l’état de l’environnement et de participer aux procédures préalables à la prise de décisions susceptibles d’avoir des effets préjudiciables à l’environnement » et (vii) Principe de coopération : « Les autorités publiques, les institutions internationales, les associations de défense et les particuliers concourent à protéger l’environnement à tous les niveaux possibles ».

La loi insiste en son article 39 sur le fait que : « Tout projet important susceptible d’avoir un impact sur l’environnement doit faire l’objet d’une étude d’impact préalable. Il en est de même des programmes, plans et politiques pouvant affecter l’environnement ».

3.2.3. LOI N° 2014-390 DU 20 JUIN 2014 D’ORIENTATION SUR LE DEVELOPPEMENT DURABLE

Cette loi définit les objectifs fondamentaux, des acteurs du développement durable ainsi que les principes du développement durable. Elle vise entre autres à (i) préciser les outils de politique en matière de développement durable, (ii) intégrer les principes du développement durable dans les activités des acteurs publics et privé, (iii) concilier la protection et la mise en valeur de l’environnement, le développement économique et le progrès social et (iv) créer les conditions de l’utilisation rationnelle et durable des ressources naturelles pour les générations présentes et futures. L’article 37 de la Loi dispose que : « Le secteur privé applique les principes et objectifs du développement durable prévus par la présente loi dans son fonctionnement et dans la mise en œuvre de ses actions, notamment par (i) l’adoption des modes et méthodes d’approvisionnement, d’exploitation, de production et de gestion responsables, répondant aux exigences du développement durable, (ii) des évaluations environnementales et sociales en vue de vérifier l’impact de leurs activités sur l’environnement, (iii) la contribution à la diffusion des valeurs du développement durable et l’exigence de leurs partenaires, notamment de leurs fournisseurs, le respect de l’environnement et desdites valeurs, (iv) l’adoption d’une communication transparente sur leur gestion environnementale et (v) le respect des exigences de la responsabilité sociétale des organisations pour la promotion du développement durable.

3.2.4. LOI N° 2015-532 DU 20 JUILLET 2015 PORTANT CODE DU TRAVAIL

Cette loi guide les relations individuelles et collectives dans le domaine du travail. Elle est très pertinente pour guider les relations entre employeurs et employés pendant la mise en œuvre du projet.

En effet, dans tous les établissements soumis à ce Code, à l’exception des établissements agricoles, la durée normale du travail des personnels, quel que soit leur sexe ou leur mode de rémunération, est fixée à quarante heures par semaine. Cette durée peut être dépassée par

application des règles relatives aux équivalences, aux heures supplémentaires et à la récupération des heures de travail perdues et à la modulation.

Concernant l'aspect Hygiène, Sécurité et Santé au Travail (HSST), l'article 41.2 précise que : « Pour protéger la vie et la santé des salariés, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures utiles qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise. Il doit notamment aménager les installations et régler la marche du travail de manière à préserver le mieux possible les salariés des accidents et maladies ». Et l'article 41.3 précise que : « Tout employeur est tenu d'organiser une formation en matière d'hygiène et de sécurité au bénéfice des salariés nouvellement embauchés, de ceux qui changent de postes ou de technique. Cette formation doit être actualisée au profit du personnel concerné en cas de changement de la législation ou de la réglementation ».

3.2.5. LOI N°98-755 DU 23 DECEMBRE 1998 PORTANT CODE DE L'EAU

La loi n°98-755 du 23 décembre 1998 portant Code de l'Eau édicte des principes généraux applicables à la protection du domaine de l'eau en Côte d'Ivoire. Elle fixe les objectifs de gestion des ressources en eau, des aménagements et ouvrages hydrauliques selon les points suivants :

- les aménagements et ouvrages hydrauliques soumis au régime d'autorisation font l'objet d'une étude d'impact sur l'environnement préalable (Titre II, Chapitre III, Article 29) ;
- les installations, aménagements, ouvrages, travaux et activités, susceptibles d'entraver la navigation, de présenter des dangers pour la santé et la sécurité publique, de nuire au libre écoulement des eaux, de dégrader la qualité et la quantité des ressources en eau, d'accroître notamment le risque d'inondation, de porter gravement atteinte à la qualité ou à la diversité du milieu aquatique (Titre II, Chapitre III, Article 31) sont soumis à une autorisation préalable avant toute mise en œuvre ;
- les installations, ouvrages, travaux et activités qui, n'étant pas susceptibles de présenter de tels dangers, doivent néanmoins respecter les prescriptions édictées par la législation en vigueur (Titre II, Chapitre III, Article 31 deuxième paragraphe) sont soumis à une déclaration préalable ;
- la protection des aménagements et ouvrages hydrauliques (Titre III, Chapitre III, Article 54).

Ce texte est pertinent dans le cadre du présent projet en ce sens que la mise en œuvre des sous-projets pourrait avoir une relation étroite avec la ressource en eau, tant au niveau du prélèvement qu'au niveau de l'atteinte de sa qualité physico-chimique.

3.2.6. LOI N° 99-477 DU 2 AOUT 1999 PORTANT CODE DE PREVOYANCE SOCIALE MODIFIEE PAR L'ORDONNANCE N°2012-03 DU 11 JANVIER 2012

Cette loi dispose en son article 1 que « Le service public de la Prévoyance sociale a pour but de fournir des prestations à l'effet de pallier les conséquences financières de certains risques ou de certaines situations, en matière (i) d'accidents du travail et de maladies professionnelles, (ii) de maternité, (iii) de retraite, d'invalidité et de décès (...) ». L'article de cette loi précise que « Est obligatoirement affilié à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), tout employeur occupant des travailleurs salariés tels que définis à l'Article 2 du Code du Travail. L'affiliation prend effet à compter du premier embauchage d'un travailleur salarié ». Sur la base cette Loi, « L'employeur est tenu de déclarer dans un délai de quarante-huit heures tout accident du travail survenu ou toute maladie professionnelle constatée dans l'entreprise. La déclaration peut être faite par le travailleur ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année suivant la date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle. En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date de la première constatation médicale de la maladie est assimilée à la date de l'accident » (article 71). Et l'employeur est tenu, dès la survenue de l'accident, (i) de faire assurer les soins de première urgence et (ii) d'aviser le médecin chargé des services médicaux de l'entreprise ou, à défaut, le médecin le plus proche (Article 73). Les dispositions de cette loi sont pertinentes pour le projet parce que dans la mise en œuvre des activités, plusieurs travailleurs seront sollicités.

3.2.7. LOI N°88-651 DU 7 JUILLET 1988 PORTANT PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT CONTRE LES EFFETS DES DECHETS INDUSTRIELS TOXIQUES ET DES SUBSTANCES NOCIVES

En son article 1, cette Loi énonce que : « Sont interdits sur toute l'étendue du territoire, tous les actes relatifs à l'achat, à la vente, l'importation, au transit, au dépôt et au stockage des déchets industriels toxiques et nucléaires et des substances nocives ». L'article 3 quant à lui précise que : « Lorsque l'infraction est commise dans le cadre de l'activité d'une personne morale, la responsabilité pénale incombe à toute personne physique préposée ou non, qui de par ses fonctions, a la responsabilité de la gestion, de la surveillance ou du contrôle de cette activité. La personne morale en cause est tenue solidairement avec le ou les condamnés au paiement des amendes, réparations civiles, frais et dépens ».

Cette Loi permet de garantir la vie et la sécurité des populations en assurant qu'elles ne soient pas menacées directement ou indirectement par les actions ou effets que pourraient induire le projet.

3.2.8. LOI N° 2003-208 DU 7 JUILLET 2003 PORTANT TRANSFERT ET REPARTITION DE COMPETENCES DE L'ÉTAT AUX COLLECTIVITES TERRITORIALES (EN MATIERE DE PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DE GESTION DES RESSOURCES NATURELLES)

Cette loi fait les éclairages nécessaires sur les procédures et règles à observer par tout investisseur ou promoteur d'un projet dans une Collectivité Territoriale.

Elle dispose en son article 1^{er} que : « Les Collectivités territoriales concourent avec l'Etat au développement économique, social, sanitaire, éducatif, culturel et scientifique des populations et, de manière générale, à l'amélioration constante de leur cadre de vie. A cet effet, elles jouissent d'une compétence générale et de compétences spéciales attribuées par les lois et règlements ». En son article 7, la Loi précise que : « La réalisation d'un équipement sur le territoire d'une collectivité territoriale ne peut être entreprise par l'Etat ou par une autre Collectivité Territoriale sans consultation préalable de la collectivité concernée »

Cette Loi indique les autorisations dévolues aux collectivités territoriales pour toute réalisation sur leur territoire.

3.2.9. DECRET N°2019-292 DU 03 AVRIL 2019 PORTANT CREATION, ATTRIBUTIONS, ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CENTRE DES OPERATIONS D'URGENCE DE SANTE PUBLIQUE (COUSP)

Ce décret consacre l'approche « Une seule santé » qui est un concept qui appelle à la mobilisation et à la collaboration multisectorielle entre les secteurs de la santé humaine, de la santé animale et de la santé environnementale pour mieux prévenir, détecter les menaces de pandémies émergentes et y répondre. Le COUSP assure la gestion des situations d'urgence de santé publique, quelle qu'en soit l'origine, notamment : (i) la santé, les maladies et les épidémies humaines, (ii) les services de santé durant une situation d'urgence, (iii) les menaces sanitaires d'origine animale, (iv) les menaces sanitaires d'origine environnementale, (v) les conséquences sanitaires liées aux catastrophes naturelles, aux accident ou aux actes délibérés, (vi) la prévention et la réduction des dangers, (vii) le suivi des programme de surveillance de la santé publique, (viii) l'amélioration de la préparation par la planification et la constitution des réserves de ressources pour la riposte et (ix) la mise en place des capacités et compétences techniques telles que les Equipes d'Intervention Rapides (EIR). Le COUSP comprend une Coordinations Nationale, des COUSP Régionaux et des EIR.

3.2.10. DECRET N° 96-894 DU 8 NOVEMBRE 1996 DETERMINANT LES REGLES ET PROCEDURES APPLICABLES AUX ETUDES RELATIVES A L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL DES PROJETS DE DEVELOPPEMENT

Le décret portant règles et procédures applicables à l'impact d'un projet sur l'environnement dispose en son article 2 que « Sont soumis à études d'impact environnemental, (i) les projets

énumérés à l'annexe I, (ii) les projets situés sur ou à proximité de zones à risques ou zones écologiquement sensibles énoncées dans l'annexe III (iii) lorsqu'un projet, en raison de sa nature, de ses dimensions, de la sensibilité du site qui l'accueille, risque de porter atteinte à l'environnement, l'administration de tutelle chargée d'instruire le dossier technique devra requérir au préalable l'autorisation du Ministère chargé de l'Environnement. L'autorisation est accordée sur la base d'une étude d'impact sur l'environnement ». L'article 5 dispose que « Pour tout projet ayant un lien avec les domaines prévus à l'annexe II du décret, l'autorité habilitée à délivrer l'autorisation doit exiger du maître d'ouvrage ou du pétitionnaire, un Constat d'Impact aux fins d'en évaluer le risque d'impact sérieux sur l'environnement et d'exiger ou non une étude d'impact environnemental ». Et lorsqu'un projet ne figure dans aucune des catégories, il bénéficie d'une exclusion catégorielle, qui le dispense à priori d'une EIES et du Constat d'Impact (Article 3). Les projets bénéficiant d'une exclusion catégorielle doivent faire l'objet d'un constat d'exclusion catégorielle, délivré dans un délai de 30 jours à compter de la date d'introduction de la demande du pétitionnaire auprès de l'administration technique de tutelle et portant le visa du Bureau d'étude d'impact environnemental (Article 6).

L'article 12 quant à lui décrit le contenu d'une Etude d'Impact Environnemental et Social (EIES) avec un modèle indicatif du rapport d'EIES en annexe IV du décret. A l'article 16, le décret précise que « Le projet soumis à l'étude d'impact environnemental fait l'objet d'une enquête publique. L'étude d'impact environnemental est portée à la connaissance du public dans le cadre de cette enquête et constitue une pièce du dossier ».

L'annexe I du décret précise les projets soumis à EIES, l'annexe II spécifie les projets soumis au constat d'impact environnemental, l'annexe III identifie les sites sensibles sur lesquels tout projet doit faire l'objet d'une étude et l'annexe IV donne un modèle indicatif de rapport d'EIE.

Conformément à la catégorisation précisée aux annexes I, II et III, les projets peuvent faire l'objet :

- soit d'une Etude d'Impact Environnemental et Social (EIES), l'équivalent de « Risque élevé ou substantiel » de la classification de la Banque mondiale ;
- soit d'un Constat d'Impact Environnemental et Social (CIES), l'équivalent de « Risque modéré » de la classification de la Banque mondiale ;
- soit d'un Constat d'Exclusion Catégorielle (CEC), l'équivalent de la catégorie « Risque faible » de la classification de la Banque mondiale.

3.2.11. DECRET N°2005 DU 6 JANVIER 2005 PORTANT AUDIT ENVIRONNEMENTAL

L'Audit Environnemental est un instrument très important qui permet après la fin de la phase du suivi environnemental, de respecter les normes environnementales et à l'Administration Publique de vérifier l'effectivité de ce respect. Il a pour objet d'apprécier, de manière périodique,

l'impact que tout ou partie des activités, des modes opératoires ou de l'existence d'un organisme ou ouvrage est susceptible, directement ou indirectement, de générer sur l'environnement.

3.2.12. DECRET N°96-206 DU 07 MARS 1996 RELATIF AU COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Dans son article 1, il est stipulé que « Conformément aux dispositions prévues à l'article 42.1 du Code du Travail, dans tous les établissements ou entreprises occupant habituellement plus de cinquante salariés, l'employeur doit créer un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ».

Ce décret interpelle les Entreprises de travaux dans la mise en œuvre des activités du projet.

3.2.13. DECRET N°2017-125 DU 22 FEVRIER 2017 RELATIF A LA QUALITE DE L'AIR

Ce décret fixe les normes d'émission de substances ou autres polluants dans l'air et précise en son article 16 que « Toute personne physique ou morale dont les activités sont susceptibles de porter atteintes à la qualité de l'air est tenue de mettre en place un programme de suivi de la qualité de l'air. Les modalités d'application de cet article sont fixées par arrêté ».

3.2.14. DECRET N°93-609 DU 2 JUILLET 1993, PORTANT MODALITES PARTICULIERES D'APPLICATION DU STATUT GENERAL DE LA FONCTION PUBLIQUE

Pour organiser le travail en milieu de soins de santé, le Gouvernement prévoit des dispositions particulières régissant les conditions de travail du personnel fonctionnaire des établissements sanitaires. A cet effet, en son aarticle 28, le décret précise que « Indépendamment des obligations auxquelles ils sont soumis en application du statut général de la Fonction Publique et du décret portant modalités communes d'application dudit statut, le personnel médical et paramédical des formations sanitaires et centres hospitaliers est appelé à travailler en dehors des jours et heures ouvrables. En raison des contraintes du service sanitaire, le Ministre chargé de la santé fixe par arrêté les dispositions particulières relatives à la tenue et au comportement du personnel médical et paramédical en service dans certains établissements sanitaires ».

3.2.15. ARRETE N°008754/MSHP/CAB DU 08 MAI 2019 PORTANT ORGANISATION ET COMPOSITION DES REGIONS SANITAIRES

L'arrêté établit le découpage sanitaire en fonction du découpage administratif en 33 régions sanitaires et 113 districts sanitaires. Il définit la mission d'un Directeur Régional de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP) sous l'autorité duquel est placé, sauf situation exceptionnelle, trois (03) districts sanitaires. La région sanitaire est placée sous l'autorité du Préfet de région en sa

qualité d'autorité administrative représentant le Ministre chargé de la santé. Le Préfet veille au bon fonctionnement des districts sanitaires de sa région et en assure le contrôle.

Le DDSHP ou Médecin-Chef de District est responsable d'un district sanitaire qu'il supervise.

**3.2.16. ARRETE N°131/MSHP/DGHP/DRHP DU 03 JUIN 2009 PORTANT
REGLEMENTATION DE LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES EN COTE D'IVOIRE**

Il classifie les déchets sanitaires en trois (03) catégories : (i) Catégorie 1, déchets ménagers et assimilés, (ii) catégorie 2, déchets médicaux infectieux et (iii) catégorie 3, déchets médicaux non infectieux. Il établit les conditions de collecte, de transport, de stockage et d'élimination des déchets sanitaires ainsi que les conditions de sécurité et d'une gestion écologiquement rationnelle.

**3.2.17. ARRETE N°02193/MSHP/CAB/DHPSE DU 31 DECEMBRE 2018 PORTANT
POLARISATION DE LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES DANS LES ETABLISSEMENTS DE
SANTE DE COTE D'IVOIRE**

L'arrêté s'applique à tous les déchets médicaux infectieux (catégorie 2) produits par les établissements sanitaires publics et privés de Côte d'Ivoire. Il impose dans le cadre de la gestion, un système de polarisation pour, d'une part, optimiser les ressources et améliorer la gestion des déchets sanitaires et d'autre part, réduire le nombre d'infrastructures de gestion et minimiser les impacts négatifs sur l'environnement et la santé. En son article 5, l'arrêté dispose que « Toute personne physique ou morale produisant des déchets médicaux dans le secteur de la santé est tenue de faire le tri à la production dans les contenants spécifiques et appropriés conformément à la réglementation en vigueur » et s'assurer que lesdits déchets sont pré-collectés, collectés et stockés in situ dans les conditions prévues par la réglementation (arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009). La polarisation des déchets se fait par District Sanitaire et la gestion est placée sous la responsabilité du Directeur Départemental de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP). A l'article 10, l'arrêté précise que « Le traitement des déchets sanitaires se fait par incinération, banalisation ou tout autre procédé réglementaire prévu à cet effet sur un site agréé par le Ministère en charge de la santé.

3.3. NORMES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES (NES) DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PROJET

Les NES spécifiques ont été définies par la Banque mondiale pour éviter, minimiser, réduire ou compenser les risques et les impacts négatifs des projets et programmes sur le plan environnemental et social. Il existe dix (10) Normes Environnementales et Sociales qui définissent les obligations à se conformer tout au long du cycle de vie du projet. Ce sont :

3.3.1. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°1 : EVALUATION ET GESTION DES RISQUES ET IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX

Elle énonce les responsabilités en matière d'évaluation, de gestion et de suivi des risques et effets environnementaux et sociaux associés à chaque étape d'un projet, en vue d'atteindre des résultats environnementaux et sociaux compatibles avec les NES. La NES n°1 comprend les annexes qui seront utilisées dans le cadre du présent projet. Il s'agit de (i) Annexe 1 : Evaluation Environnementale et Sociale, (ii) Annexe 2 : Plan d'Engagement Environnemental et Social et (iii) Annexe 3 : Gestion des fournisseurs et prestataires.

Certaines activités du projet, notamment les réhabilitations et rénovations, l'appui à la réalisation des activités de laboratoire avec l'acquisition de produits de laboratoire, l'amélioration de la prise en charge des cas confirmés sont susceptibles d'engendrer des impacts négatifs et risques pour la santé et l'environnement. En effet, les fouilles et autres déplacements des services de soins liés aux travaux de réhabilitation/rénovation d'une part, et l'augmentation de la production de déchets infectieux et chimiques d'autre part, liée à la qualité des soins, exposent les agents de santé, les malades, la population et l'environnement à des impacts négatifs et risques potentiels de contamination et de pollution. La NES1 dans ses objectifs, vise à déterminer, évaluer et gérer les risques et effets environnementaux et sociaux du projet d'une manière compatible avec les NES.

3.3.2. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°2 : EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Cette norme est pertinente pour le présent projet qui va créer des emplois et des activités génératrices de revenus, contribuant ainsi à la réduction de la pauvreté et à la promotion d'une croissance économique solidaire. Par ailleurs, les objectifs de la NES n°2 cadrent avec le projet. Il s'agit de (i) promouvoir la sécurité et la santé au travail, (ii) traiter équitablement avec non-discrimination et égalité des chances pour les travailleurs du projet, (iii) protéger les travailleurs du projet, notamment ceux qui sont vulnérables (femmes, personnes handicapées, enfants en âge de travailler, conformément à cette NES n°2 et travailleurs migrants) ainsi que les travailleurs contractuels, communautaires et les employés des fournisseurs principaux, le cas échéant, (iv) empêcher le recours à toute forme de travail forcé et de travail des enfants, (v) soutenir les principes de liberté d'association et de conventions collectives des travailleurs du projet en accord avec le droit national et (vi) fournir aux travailleurs du projet des moyens d'évoquer les problèmes qui se posent sur leur lieu de travail.

3.3.3. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°3 : UTILISATION RATIONNELLE DES RESSOURCES ET PREVENTION ET GESTION DE LA POLLUTION

Cette norme contrôle que les activités envisagées, le matériel consommable médical et les infrastructures du projet peuvent augmenter l'utilisation des ressources naturelles (eau, énergie)

et occasionner de la pollution ou exposer les populations aux risques et effets néfastes du PA COVID-19. Ces activités sont souvent à l'origine de la pollution de l'air, de l'eau et des sols, et nuisent les ressources déjà limitées. Les objectifs poursuivis par la NES n°3 cadrent bien avec certaines activités du PA COVID-19. Il s'agit, notamment de (i) de la promotion du lavage des mains nécessitant une utilisation abondante de l'eau, (ii) des activités de dépistage entraînant l'usage important des produits chimiques, (iii) les travaux de réhabilitation / rénovation pouvant entraîner des pollutions sonores et le soulèvement de poussières, (iv) la promotion de l'utilisation des EPI (masques, combinaisons, gants, etc.) et de gels hydroalcooliques (emballages vides) qui contribuent à l'augmentation de la production des déchets médicaux infectieux et non infectieux , (v) le renforcement du système de prise en charge des cas confirmés qui participe à la production de déchets infectieux.

3.3.4. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°4 : SANTE ET SÉCURITÉ DES POPULATIONS

Elle reconnaît que les activités prévues, le matériel consommable médical et les infrastructures à réhabiliter dans le cadre du projet peuvent augmenter l'exposition des populations aux risques et effets néfastes associés au projet. Les principaux objectifs de la NES 4 sont (i) anticiper ou éviter les impacts néfastes sur la santé et la sécurité des populations touchées par le projet tout au long de celui-ci, que ce soit en temps normal ou dans des circonstances exceptionnelles, (ii) éviter ou minimiser l'exposition de la communauté aux risques liés à la circulation dans le cadre du projet et à la sécurité routière, aux maladies et aux matières dangereuses, (iii) mettre en place des mesures efficaces pour faire face aux situations d'urgence et (iv) veiller à ce que la protection du personnel et des biens permette d'éviter ou de minimiser les risques pour les communautés touchées par le projet. Ils cadrent bien avec certaines activités du projet. Ce sont, notamment (i) le convoyage des échantillons de laboratoire dans le cadre des activités de dépistage, (ii) les travaux de réhabilitation / rénovation, (iv) la promotion de l'utilisation des EPI (masques, combinaisons, gants, etc.) et le renforcement du système de prise en charge des cas confirmés avec augmentation de la production de déchets infectieux.

3.3.5. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°5 : ACQUISITION DE TERRES, RESTRICTIONS A L'UTILISATION DE TERRES ET REINSTALLATION INVOLONTAIRE

A travers la NES n°5, l'acquisition de terres en rapport avec le projet et l'imposition de restrictions à leur utilisation est reconnu comme pouvant avoir des impacts négatifs sur les populations et les différentes communautés concernées avec notamment des déplacements physiques et/ou des effets économiques néfastes. Ainsi, la NES n°5 vise à (i) éviter ou minimiser la réinstallation involontaire, (ii) éviter l'expulsion forcée des populations, (iii) atténuer les effets sociaux et économiques néfastes induits par l'acquisition de terres ou les restrictions à l'utilisation qui en est faite, (iv) améliorer les conditions de vie des personnes pauvres ou vulnérables qui sont

déplacées physiquement et (v) concevoir et mettre en œuvre les activités de la réinstallation involontaire comme un programme de développement durable.

Cette norme n'est pas pertinente dans le cadre du PA COVID-19. En effet, au vu des interventions prévues et du fait que les travaux se dérouleront sur des sites existants, l'acquisition de terrains ou d'actifs et le déplacement de populations ne sont pas envisagés.

3.3.6. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°6 : PRESERVATION DE LA BIODIVERSITE ET GESTION DURABLE DES RESSOURCES NATURELLES BIOLOGIQUES

La NES n°6 n'est pas pertinente pour le présent projet parce qu'elle reconnaît l'importance de la préservation des fonctions écologiques fondamentales des habitats, y compris forestiers, ainsi que la biodiversité que ceux-ci soutiennent. Les activités du PA COVID-19 qui se déroulent sur des sites existants déjà en activités, ne portent pas atteinte à la biodiversité et aux habitats naturels.

3.3.7. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°7 : PEUPLES AUTOCHTONES/ COMMUNAUTES LOCALES TRADITIONNELLES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE HISTORIQUEMENT DEFAVORISEES

Cette norme s'applique à des groupes sociaux et culturels particuliers que sont les peuples autochtones et les communautés locales traditionnelles pour qui, notamment (i) elle s'assure que le processus de développement favorise le plein respect de leurs droits, dignité, aspirations, identité, culture et moyens de subsistance reposant sur leurs ressources naturelles, (ii) elle évite, atténue et/ou compense les effets néfastes des projets, (iii) elle garantit l'obtention du consentement préalable donné librement et en connaissance de cause.

La NES n°7 n'est pas pertinente dans le cadre du présent projet dont les activités et travaux qui se déroulent uniquement sur des sites existants, ne touchent nullement à un quelconque groupe social et culturel particulier.

3.3.8. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°8 : PATRIMOINE CULTUREL

Cette norme reconnaît que le patrimoine culturel, qu'il soit matériel ou immatériel, permet d'assurer la continuité entre le passé, le présent et l'avenir de façon tangible ou intangible. Les individus s'identifient à leur patrimoine culturel comme étant le reflet et l'expression de leurs valeurs, croyances, savoirs et traditions en constante évolution. Les objectifs visés par la NES n°8 sont notamment : (i) protéger le patrimoine culturel des impacts négatifs des activités du projet et en soutenir la préservation, (ii) encourager l'organisation de consultations approfondies avec les parties prenantes au sujet du patrimoine culturel et (iii) promouvoir le partage équitable des avantages découlant de l'utilisation du patrimoine culturel.

La mise en œuvre de certaines activités du PA COVID-19, notamment les travaux de réhabilitation/rénovation des Centres d'isolement de Dépistage et de Traitement (CIDT) pourraient impliquer l'exécution d'excavation bien que se déroulant sur des sites existants, sans nouvelles constructions ni acquisitions de terres.

Les aspects pertinents de cette norme seront examinés, si nécessaire (comme pour les « découvertes fortuites »), dans le cadre d'évaluation environnementale et sociale. Ainsi, lorsque les travaux mettent au jour des objets ou des vestiges pouvant avoir un caractère artistique, archéologique ou historique, l'Entrepreneur doit le signaler à l'UCP via les Spécialistes en sauvegarde environnementale et sociale et faire toute déclaration prévue par la réglementation en vigueur.

3.3.9. NORME ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE N°9 : INTERMÉDIAIRES FINANCIERS

Cette norme n'est pas pertinente dans le cadre du PA COVID-19 qui, dans sa mise en œuvre, n'est associée ni directement ni indirectement à des intermédiaires financiers.

3.3.10. NORMES ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALES N°10 : MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES ET INFORMATION

L'importance de la collaboration ouverte et transparente avec les parties prenantes du projet, élément essentiel des bonnes pratiques internationales est reconnue par la NES n°10. La réussite du PA COVID-19, du fait de sa spécificité liée à la pandémie dont le niveau de transmission interhumaine est exceptionnel, requiert la mobilisation de toutes les parties prenantes pour une information plus juste, équitable et vraie en vue d'action mieux coordonnées. Ainsi, la mobilisation effective des parties prenantes peut améliorer la durabilité environnementale et sociale du projet, renforcer l'adhésion de tous et contribuer sensiblement à une conception et une mise en œuvre réussies du projet.

3.4. POLITIQUES OPERATIONNELLES DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PA COVID-19

3.4.1. POLITIQUE OPERATIONNELLE 7.50 (PO 7.50) : PROJETS RELATIFS AUX VOIES D'EAU INTERNATIONALES

Cette politique opérationnelle ne s'applique qu'aux (i) projets d'hydroélectricité, d'irrigation, de lutte contre les crues, de navigation, de drainage, d'alimentation en eau et d'égout, (ii) projets industriels et autres qui impliquent l'utilisation d'une voie d'eau internationale ou qui risqueraient de polluer une voie d'eau internationale et (iii) plans d'exécution et études

techniques détaillées relatifs aux projets ci-dessus énumérés y compris ceux qui doivent être effectués par la Banque en tant qu'agent d'exécution ou à tout autre titre. Aucune activité du PA COVID-19 n'est prévue dans les voies d'eaux internationales. En conséquence, la PO 7.50 n'est pas déclenchée par le Projet.

3.4.2. POLITIQUE OPERATIONNELLE 7.60 (PO 7.60) : PROJETS DANS LES ZONES EN LITIGES

Le PA COVID-19 se déroulera sur toute l'étendue du territoire de la Côte d'Ivoire. Aucune intervention n'est prévue hors des limites du pays ou en zone litigieuse. La PO 7.60 n'est pas déclenchée par le projet.

3.5. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES (DIRECTIVES ESS) DU GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PROJET

3.5.1. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES : EAUX USEES ET QUALITE DES EAUX AMBIANTES

Ces directives s'appliquent au projet d'autant plus que (i) celui-ci est susceptible de rejeter dans l'environnement, directement ou indirectement, des eaux usées sanitaires ou des eaux de ruissellement et que (ii) les directives fournissent des informations sur des techniques couramment utilisées pour la gestion des eaux usées, la réalisation d'économies d'eau et la réutilisation de l'eau, dans de nombreuses branches d'activité.

3.5.2. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES : GESTION DES MATIERES DANGEREUSES

Les présentes directives s'appliquent à des projets dans le cadre desquels sont utilisées, stockées ou manipulées, en quelque quantité que ce soit, des matières dangereuses définies comme telles parce qu'elles présentent un risque pour la santé de l'entre humain, des actifs ou de l'environnement du fait de leurs caractéristiques physiques ou chimiques. Le présent projet est concerné par cette directive du fait de l'acquisition des réactifs et autres équipements de laboratoire, du prélèvement et du transport des échantillons vers les laboratoires d'analyse et de l'utilisation de produits d'hygiène pour les opérations de désinfection et de décontamination. Il en est de même pour la gestion des déchets dangereux d'origine infectieuse, chimique ou radioactive.

3.5.3. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES : GESTION DES DECHETS

Dans le cadre du présent projet, les activités produiront ou contribueront à produire, de la phase de préparation à la phase de clôture en passant par l'exécution du projet, des déchets dangereux et non dangereux dont il faut assurer la gestion écologique, conformes auxdites directives environnementales, sanitaires et sécuritaires.

Les boues provenant d'installations de traitement des déchets, de centrales de traitement de l'eau, ou d'installations de contrôle de la pollution de l'air, ainsi que des matières mises au rebut, y compris des matières solides, liquides, semi-solides ou gazeuses confinées résultant d'activités sanitaires, doivent être évaluées au cas par cas afin d'établir s'il s'agit de déchets dangereux ou non dangereux.

3.5.4. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES : HYGIENE ET SECURITE AU TRAVAIL

La mise en œuvre des activités commande l'établissement de conseils et d'exemples de précautions raisonnables relativement à la gestion des principaux risques de tous genres pour la santé et la sécurité au travail, aussi bien dans la phase opérationnelle du projet que dans sa phase de préparation, de construction et de démantèlement. Les présentes directives s'appliquent au projet pour lequel l'ensemble des parties prenantes surtout opérationnelles, sont tenues de prendre toutes les précautions raisonnables pour assurer la protection de la santé et la sécurité des travailleurs.

3.5.5. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES : SANTE ET SECURITE DE LA POPULATION

Les activités du projet s'inscrivent dans le cadre de la préparation et des interventions face à l'urgence due à la COVID-19. Elles touchent les aspects liés à la sécurité structurelle des constructions, à la sécurité de la circulation, au transport des matières dangereuses telles que les échantillons biologiques, les déchets sanitaires, les réactifs et autres produits de laboratoire, les produits d'hygiène, etc., à la prévention des maladies surtout transmissible telles que la COVID-19. De ce fait, les présentes directives s'appliquent au projet.

3.5.6. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES : CONSTRUCTION ET FERMETURE

Ces directives présentent des recommandations supplémentaires sur la prévention et la maîtrise des impacts sur la santé et la sécurité de la population qui peuvent se produire lors du lancement

d'un nouveau projet, à la fin du cycle d'un projet, ou par suite de l'expansion ou de la modification des installations d'un projet en cours. Ces directives s'appliquent au projet.

3.6. CONVENTIONS ET TRAITES INTERNATIONAUX SIGNES ET/OU RATIFIES PAR LA COTE D'IVOIRE

3.6.1. CONVENTION DE BALE SUR LE CONTROLE DES MOUVEMENTS TRANSFRONTIERES DE DECHETS DANGEREUX ET DE LEUR ELIMINATION

Cette Convention a été adoptée en 1989 et est en vigueur depuis le 05 mai 1992. La Côte d'Ivoire y a adhéré le 9 juin 1994. La Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et de leur élimination est un traité international. Cette Convention a été conçue dans le but de réduire la circulation des déchets dangereux entre les pays.

3.6.2. CONVENTION DE BAMAKO SUR L'INTERDICTION D'IMPORTER EN AFRIQUE DES DECHETS DANGEREUX ET SUR LE CONTROLE DES MOUVEMENTS TRANSFRONTIERES ET LA GESTION DES DECHETS DANGEREUX PRODUITS EN AFRIQUE

En vigueur depuis le 20 mars 1996. La Côte d'Ivoire y a adhéré le 9 juin 1994. La Convention de Bamako, entrée en vigueur en 1998, vise à protéger la santé des populations et l'environnement des pays africains en interdisant l'importation de tous les produits dangereux et déchets radioactifs.

3.6.3. CONVENTION DE STOCKHOLM SUR LES POLLUANTS ORGANIQUES PERSISTANTS (POPs)

Cette Convention a été adoptée à Stockholm le 22 mai 2001 et ratifiée par la Côte d'Ivoire le 20 janvier 2004. Depuis 2006 la Côte d'Ivoire a élaboré son Plan National de Mise en Œuvre (PNM) de la Convention de Stockholm sur les POPs qui a été révisé en 2016. Cette convention impose l'élimination ou la restriction de la production et l'utilisation de tous les POPs.

3.6.4. CONVENTION DE MINAMATA SUR LE MERCURE

La Convention de Minamata sur le mercure signée le 10 Octobre 2013, est destinée à protéger la santé humaine et l'environnement contre les effets négatifs du mercure. Entrée en vigueur le 16 août 2017, elle a été ratifiée par le 1^{er} Octobre 2019.

L'inventaire des émissions et des rejets de mercure en Côte d'Ivoire réalisé dans le cadre du Projet Mercury Initial Assessment (MIA), a identifié en troisième position, après l'incinération ou le brûlage à l'air libre des déchets sanitaires dont certains tels que les thermomètres, les amalgames dentaires et les produits de dermatologies, contiennent souvent du mercure. Ainsi,

conformément aux exigences de la Convention de Minamata et pour faire face à l'inventaire réalisé, le Plan de mise en œuvre de la Côte d'Ivoire a prévu (i) le renforcement des capacités institutionnelles et juridiques nationales visant à maîtriser les risques sanitaires et environnementaux liés au mercure, (ii) la promotion de la prise en compte du secteur de la santé et sa participation dans toutes les politiques relatives aux produits chimiques et plus particulièrement au mercure, (iii) la réduction des risques et la définition des stratégies de protection de la santé des populations et de l'environnement contre le mercure et (iv) le comblement des lacunes concernant les connaissances et méthodologies relatives à l'évaluation des risques sur la base de données objectives, l'accroissement du suivi et de la surveillance, l'estimation de la charge de morbidité attribuable aux produits chimiques particulièrement au mercure et la mesure des progrès accomplis. Parmi les recommandations du plan d'action, figurent donc le renforcement de la promotion de l'hygiène et la gestion durable des déchets sanitaires.

3.7. REFERENCES TECHNIQUES INTERNATIONALES PERTINENTES EN MATIERE DE BONNES PRATIQUES

3.7.1. PREPARATION DES PLANS NATIONAUX DE GESTION DES DECHETS DE SOINS MEDICAUX EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : MANUEL D'AIDE À LA DECISION

La gestion des déchets issus des activités de soins médicaux est une question examinée à la fois d'un point de vue médical et environnemental. Pour des initiatives coordonnées et harmonisées dans une vision et une compréhension commune des enjeux liés à une gestion des déchets sanitaires, le présent Manuel d'aide à la décision a été élaboré conjointement par l'OMS et le Secrétariat de la Convention de Bâle (SCB). Il s'agit de prendre en compte dans les plans nationaux de gestion des déchets sanitaires, les dimensions à la fois sanitaires, environnementales, économiques et managériales desdits déchets.

3.7.2. DIRECTIVES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Après le déclenchement de la Pandémie à COVID-19, tous les pays du monde ont pris toutes les dispositions ainsi que les mesures pour engager la riposte en gardant à l'esprit l'objectif principal de la stratégie mondiale de l'OMS de riposte contre la pandémie de COVID-19. Cet objectif est que tous les pays luttent contre cette pandémie en ralentissant la transmission de cette infection et en réduisant la mortalité associée, dans le but ultime d'atteindre un niveau de transmission faible ou nul et de s'y maintenir. Certains pays ont intensifié les Mesures de Santé Publique et les Mesures Sociales (MSPMS), tandis que d'autres ont commencé à assouplir l'application de ces mesures ou sont en train d'envisager de le faire.

Bien que l'objectif de tous les pays soit de juguler la transmission de la COVID-19 et de fournir des soins à tous les patients, l'intensité de la mise en œuvre des mesures de lutte pour y parvenir

(y compris l'identification, le dépistage et l'isolement de tous les cas ainsi que leur prise en charge, la recherche et la mise en quarantaine de tous les contacts, les mesures de santé publique et les mesures sociales aux niveaux individuel et communautaire, etc.) varie en fonction du scénario de transmission auquel chaque pays est confronté.

Ainsi, l'OMS a mis à la disposition des autorités des pays, un certain nombre de directives :

- Eau, Assainissement, Hygiène et gestion des déchets en rapport avec le virus responsable de la COVID-19 : Orientations provisoires, 23 avril 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331922/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y) ;
- Renforcer la préparation à l'épidémie de COVID-19 dans les villes et autres milieux urbains : Orientations provisoires pour les autorités locales (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332017/WHO-2019-nCoV-Urban_preparedness-2020.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y) ;
- Nettoyage et désinfection des surfaces environnementale dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires, 15 mai 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332167/WHO-2019-nCoV-Disinfection-2020.1_fre.pdf) ;
- Les questions de genre et la COVID-19 : Note de sensibilisation, 14 mai 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332241/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1_fre.pdf) ;
- Orientations sur la sécurité biologique en laboratoire en rapport avec la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Orientations provisoires, 13 mai 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332260/WHO-WPE-GIH-2020.3_fre.pdf) ;
- Critères de santé publique pour l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 : Annexe au document Éléments à prendre en considération lors de l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, 12 mai 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332133/WHO-2019-nCoV-Adjusting_Public_Measures-Criteria-2020.1_fre.pdf) ;
- Utilisation rationnelle des Équipements de Protection Individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas de grave pénurie : Orientations provisoires, 6 avril 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331765/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3_fre.pdf) ;
- Communication sur les risques et participation communautaire (RCCE) : préparation et riposte face au nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) : Lignes directrices

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330679/9789240000797-fre.pdf>) ;

4. DONNEES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DE REFERENCE

4.1. DONNEES ENVIRONNEMENTALES

4.1.1. GESTION DES DECHETS SANITAIRES¹⁴

La production nationale totale de déchets sanitaires tout secteur confondu (public et privé), est estimé à 25,55 tonnes par jour, soit 9 325 tonnes par an. 36% de ses déchets sont des déchets solides ménagers et assimilés (DSMA), 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques et 62% sont des déchets infectieux (8% d'OPCT et 54% de déchets infectieux autres que les OPCT).

Le secteur sanitaire public national produit au total, environ 16,74 tonnes de déchets sanitaires par jour soit 6 111,59 tonnes par an, avec 9% de OPCT, 63% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT, 26% de DSMA et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques. La production du secteur sanitaire public représente 66% de la production totale nationale.

Quant au secteur sanitaire privé national, il produit environ 8,80 tonnes de déchets sanitaires par jour soit environ 3 213,50 tonnes par an avec 6% de OPCT, 38% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT, 54% de DSMA et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques. Cette production représente 34% de la production total nationale.

La production nationale totale de déchets sanitaires est donc passée de 13,2 tonnes par jour en 2009 à 25,55 tonnes par jour en 2016 soit une augmentation de 93,56%. Ce qui peut témoigner d'un accroissement de l'offre de soins et d'une utilisation plus accrue des services de santé. La mise en œuvre des PNGDS, a permis d'inculquer aux acteurs, la notion du tri des déchets à la production. Ainsi, la proportion de déchets infectieux est passée de 70% en 2009 à 62% en 2016 soit une réduction de 11,43%. Malgré les efforts pour la réduction de la proportion de déchets infectieux par rapport à celle de 2009, celle-ci reste toujours importante comparativement aux standards internationaux et expose le personnel de santé, les malades, les accompagnants et l'environnement à des risques de contamination et de pollution. En effet, selon l'OMS, « 85% environ des déchets liés aux soins de santé sont comparables aux ordures ménagères et ne sont pas dangereux. Les 15% restants sont considérés comme dangereux et peuvent être infectieux, toxiques ou radioactifs »¹⁵.

¹⁴ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Projet de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiques (PR SSE)- P147740 : Actualisation du plan de gestion des déchets sanitaires 2009-2011. Rapport d'enquête, septembre 2016

¹⁵ OMS : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire N°253, Novembre 2015

Pour faire face à cette situation, la Côte d'Ivoire a entrepris depuis 2009, des actions pour améliorer la gestion des déchets sanitaires.

En effet, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), (i) certains agents de santé ont été formés et sensibilisés à la gestion durable des déchets sanitaires, (ii) des établissements sanitaires ont été dotés en matériel de tri et de collecte (poubelles, sacs poubelles, chariots), (iii) des équipements de traitement et d'élimination des déchets sanitaires ont été installés (incinérateurs, banaliseurs, fosses à cendres, fosses à placentas, etc.).

Au total et au 31 janvier 2019, 37 incinérateurs modernes à combustion pyrolytique et 10 banaliseurs ont été acquis et installés ou sont en cours d'installation par le Gouvernement avec l'appui des PTF.

Sur les 37 incinérateurs, 25 sont fonctionnels soit 67,57%, 11 non fonctionnels soit 29,73%, et 01 en construction soit 2,70%.

Le tableau suivant présente le récapitulatif des incinérateurs installés dans le secteur sanitaire public à travers le pays.

Tableau 1. Répertoire des incinérateurs modernes de déchets sanitaires installés en Côte d'Ivoire

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	TEMPERATURE DE COMBUSTION	TEMPERATURE DE POST-COMBUSTION	ETAT DE FONCTIONNEMENT
1	Adzopé	Pyrolytique à 2 chambres, / HG	20 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
2	Sassandra	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
3	San-Pedro	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
4	Gagnoa	Pyrolytique à 2 chambres, /HG	20 kg/h	-	-	Non Fonctionnel
5		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
6	Toumodi	Pyrolytique à 2 chambres HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
7	Yamoussoukro	Pyrolytique à 2 chambres / District Sanitaire	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
8		Pyrolytique à 2 chambres / HG MOSCATI	15 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	TEMPERATURE DE COMBUSTION	TEMPERATURE DE POST-COMBUSTION	ETAT DE FONCTIONNEMENT
9		Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
10	Adjamé-Plateau-Attécoubé	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non Fonctionnel
11	Grand-Lahou	Pyrolytique à 2 chambres / HG	5 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non Fonctionnel
12	Yopougon Ouest-Songon	Pyrolytique à 2 chambres / CHU	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
13		Pyrolytique à 2 chambres /MACA	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
14		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Non Fonctionnel
15	Abobo-Est	Pyrolytique à 2 chambres / Antenne INHP	250 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
16		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
17	Cocody-Bingerville	Pyrolytique à 2 chambres / CHU	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	TEMPERATURE DE COMBUSTION	TEMPERATURE DE POST-COMBUSTION	ETAT DE FONCTIONNEMENT
18		Pyrolytique à 2 chambres /HG/CAT	20- 30kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Non Fonctionnel
19	Koumassi-Port-Bouët-Vridi	Pyrolytique à 2 chambres / HG	15 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non Fonctionnel
20	Treichville-Marcory	Pyrolytique à 2 chambres / ICA	120 kg/jour	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	En construction
21		Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20- 30kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
22	Man	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
23		Pyrolytique à 2 chambres /CAT	15 – 30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
24	Daoukro	Pyrolytique a 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
25	Tengréla	Pyrolytique à 2 chambres /HG	5 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
26	Korhogo	Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20- 30kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	TEMPERATURE DE COMBUSTION	TEMPERATURE DE POST-COMBUSTION	ETAT DE FONCTIONNEMENT
27	Aboisso	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
28	Bouaké Nord-Ouest	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20- 30kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
29	Katiola	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	1300 kg/mois	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
30	Séguéla	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
31		Pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
32	Odienné	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Non Fonctionnel
33	Bondoukou	Pyrolytiques à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
34		Pyrolytiques à 2 chambres /CHR	20-30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non Fonctionnel
35	Abengourou	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	TEMPERATURE DE COMBUSTION	TEMPERATURE DE POST-COMBUSTION	ETAT DE FONCTIONNEMENT
36	Daloa	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
37	Divo	1 pyrolytique a 2 chambres /CHR	20-30 kg/h	800°C - 900°C	950°C - 1050°C	Fonctionnel

Concernant les banaliseurs, sur les 10 installés, seulement deux (02) sont fonctionnels au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro et au Centre Antituberculeux (CAT) d'Abengourou, soit 20%. Six (06) de ses banaliseurs ne sont pas fonctionnels soit 60% et deux (02) non encore installés pour le CHU de Treichville du fait de problèmes de raccordements électrique et d'eau et pour le CHU de Bouaké, pour un défaut de site et une erreur de capacité de destruction de l'appareil livré.

Le tableau 2 présente le récapitulatif des banaliseurs installés dans le secteur sanitaire public en Côte d'Ivoire.

Tableau 2. Répertoire des banaliseurs pour déchets sanitaires installés en Côte d'Ivoire

N°	CAPACITE BANALISEURS	LOCALISATION	ETAT DE FONCTIONNEMENT
1.	Banaliseur 250 L	CHR Yamoussoukro	Fonctionnel
2.	Banaliseur 250 L	CHR Man	Non Fonctionnel
3.	Banaliseur 250 L	CHR Daloa	Non Fonctionnel
4.	Banaliseur 250 L	CAT Abengourou	Fonctionnel
5.	Banaliseur 250 L	CAT Korhogo	Non Fonctionnel
6.	Banaliseur 250 L	CHR Guiglo	Non Fonctionnel
7.	Banaliseur 440 L	CHU Cocody	Non Fonctionnel
8.	Banaliseur 440 L	CHU Yopougon	Non Fonctionnel
9.	Banaliseur 440 L	CHU Treichville	Non installé
10.	Banaliseur 440 L	CHU Bouaké transféré à la FSU Dar Es Salam	Non installé

Quant aux déchets sanitaires liquides, leur gestion préoccupe peu les prestataires de soins et les responsables des établissements sanitaires et aucun d'eux ne dispose de station d'épuration. Leur élimination se fait en majorité dans la nature sans traitement préalable à partir (i) des égouts à travers les éviers, bidets de WC et autres siphons, (ii) de déversements directs à même le sol, (iii) de fosses non sécurisées. Certains établissements sanitaires utilisent les fosses à placenta pour éliminer certains déchets sanitaires liquides.

Malgré l'existence d'incinérateurs et de banaliseurs fonctionnels ainsi que la recommandation gouvernementale de la gestion des déchets sanitaires par polarisation, la structuration de la chaîne opérationnelle du système de gestion des déchets sanitaires peine à se mettre en place.

Par ailleurs, il existe dans le secteur privé, des opérateurs agréés disposant d'incinérateurs à combustion pyrolytique et de capacité suffisante ainsi que de moyens de transport sécurisé de déchets sanitaires qui pourraient être sollicités au besoin pour la collecte, le transport et l'élimination des déchets dans le cadre du système de polarisation recommandé par le Gouvernement.

4.1.2. SITUATION DES DECHETS SOLIDES MENAGERS ET ASSIMILES¹⁶

Le Gouvernement s'est donné pour priorité de moderniser la gestion des DSMA avec pour vision, « Abidjan ville propre et ville durable, où les populations vivent et travaillent sans risques pour leur santé et leur bien-être et sans atteinte au confort en cité ». Il s'agit de contribuer à la salubrité du cadre de vie et à la réduction des émissions de gaz à effet de serre dans le secteur des déchets à travers (i) l'amélioration de la collecte, du transport et du traitement des déchets, (ii) la fermeture et la réhabilitation de la décharge publique d'Akouédo et enfin (iii) la transition vers l'économie circulaire avec le tri et la valorisation.

Ainsi pour le District Autonome d'Abidjan, deux (02) opérateurs ont été recrutés pour les opérations de propreté incluant le nettoyage, la collecte et le transport des DSMA. Pour ce faire, 932 coffres et containers, 6 210 bacs et bornes de propreté et 375 véhicules de collecte des déchets, de balayage mécanique et d'entretien ont été mobilisés. Par ailleurs, ont été construits, 01 Centre de Valorisation et d'Enfouissement Technique (CVET) à Kossihouen situé à 45 km d'Abidjan sur l'autoroute du Nord, 04 Centres de Transfert et 130 Postes de Groupage pour améliorer l'élimination des déchets et optimiser le système de collecte et de transport. La modernisation de la chaîne opérationnelle de gestion des DSMA à Abidjan a fait passer le taux de collecte des DSMA de 68,4% en 2012 à 88% en 2019 soit une progression de 28,65%.

Concernant les autres localités du pays, 08 villes disposent d'opérateurs agréés par l'ANAGED avec des contrats dûment signés pour le nettoyage, la collecte, le transport et la mise en décharge des DSMA. Afin d'adresser la problématique de la gestion des déchets sur toute l'étendue du territoire national, un programme d'appui aux Collectivités Territoriales a été lancé par le Gouvernement en 2013 qui a permis de les doter en matériels et équipements de gestion des déchets.

Le renforcement de la gestion des déchets solides et liquides est en cours avec le démarrage prochain du Projet d'Assainissement et de Résilience Urbaine (PARU) qui a pour objectif de développement d'améliorer (i) la résilience au risque d'inondation et (ii) les services de gestion des déchets solides dans les quartiers vulnérables du District Autonome d'Abidjan et des villes

¹⁶ Source : MINASS/DGAS

secondaires ciblées. Au niveau national, le projet permettra entre autres, une meilleure préservation des infrastructures sanitaires et scolaires et contribuera également à améliorer la santé des populations et la préservation de l'environnement. La Composante 2 du PARU est : Amélioration du système de collecte et d'élimination des déchets solides. Cette composante appuie les efforts déployés par le Gouvernement pour moderniser le secteur, avec une forte implication du secteur privé à travers la création de partenariats public-privé. Le système en cours permettra de couvrir les besoins en gestion des déchets des établissements sanitaires du projet dont la fraction DSMA des déchets produits et correctement triés à la production pourra être prise en charge par les opérateurs du secteur. Ces déchets seront alors transportés au CVET de Kossihouen pour y être éliminés en toute sécurité. Il en est de même pour les résidus d'incinération ou de banalisation ainsi que les cendres issues des incinérateurs.

En somme, les composantes de l'environnement naturel et humain risquant d'être affectées par les activités du projet seront celles associées à la phase de réhabilitation ou de rénovation des centres de dépistage, d'isolement et traitement des cas ainsi qu'à la phase d'exploitation avec l'utilisation des équipements et matériels fournis par le projet.

Ainsi, la mise en œuvre des activités du projet ne causera d'effets, ni sur les habitats naturels, ni sur les ressources culturelles physiques, ni sur les forêts. Quelques effets très modérés pourront éventuellement se faire sentir sur les matrices air et sol.

Cependant, la mise en œuvre des activités du projet et l'exploitation des équipements et du matériel fournis peuvent produire des déchets sanitaires infectieux (catégorie 2) et des déchets sanitaires chimiques et pharmaceutiques (catégorie 3) qui, mal gérés, peuvent transmettre le virus ainsi que d'autres agents pathogènes ou chimiques avec risques de contamination virale ou chimique du personnel des centres de prise en charge et de pollution de l'environnement.

Ces risques, préjudiciables à l'environnement, à l'hygiène du milieu et à la santé publique, sont présents durant toutes les étapes de gestion de ces déchets à risque, depuis la production, la pré-collecte et le conditionnement, la collecte, le stockage provisoire, le transport et l'élimination. Ces déchets sanitaires à risque sont généralement ceux de la catégorie 2, déchets médicaux infectieux et de la catégorie 3, déchets médicaux non infectieux¹⁷ :

- Catégorie 2 : Déchets médicaux infectieux / Catégorie 2b : déchets non anatomiques qui comprennent :
 - tous les objets piquants et/ou coupants (aiguilles, lames de scalpe I, verres brisés, bistouri, etc.) ;
 - les déchets liquides : sang et autres liquides biologiques, eaux usées provenant des unités de décontamination ou de soins ;

¹⁷ Selon l'arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire

- les autres déchets non anatomiques infectieux : (i) matériels de soins souillés par un liquide biologique (bandes, coton, compresses, garnitures, mouchoirs, bavoirs, etc.) en contact avec le virus ou autres agents infectieux provenant des activités du projets ; (ii) EPI à usage unique (gants, masques, blouses, calottes, casaques, visières, etc.) ; (iii) cultures en laboratoires du virus ou d'agents infectieux liés aux activités du projet ; (iv) toute la verrerie et les équipements de laboratoire ayant été en contact avec le virus ou d'autres agents infectieux dans le cadre des activités du projet.
- Catégorie 3 : Déchets médicaux non infectieux avec les déchets pharmaceutiques (Catégorie 3a) et les déchets chimiques (Catégorie 3b) et comprennent (i) les médicaments périmés, altérés ou résiduels utilisés dans le cadre de la prise en charge de la COVID-19 et des autres pathologies concernées ; (ii) les produits pour les analyses de laboratoire ; (iii) les désinfectants, antiseptiques, détergents et autres produits utilisés pour l'hygiène des mains, le traitement des locaux et des dispositifs médicaux, etc.

Concernant les eaux usées, selon l'OMS, il n'existe à ce jour aucune donnée probante indiquant que le virus responsable de la COVID-19 ait été transmis par les réseaux d'égouts avec ou sans traitement des eaux usées. Cependant, des fragments viraux ayant été trouvés dans des excréments et ceux-ci posant d'autres risques potentiels de maladies infectieuses, les eaux usées doivent être traitées avant leur élimination¹⁸. Par ailleurs, les premières descriptions des symptômes du COVID-19 ayant rapporté des signes digestifs (diarrhées, douleurs abdominales ou vomissements) associé au fait que l'ARN du SARS-CoV-2 ait été identifié dans les selles et les urines des cas confirmés, il existe un risque de contamination virale des eaux usées arrivant en tête des stations d'épuration. Toute chose qui fait courir le risque de contamination des agents d'exploitation des stations d'épuration et éventuellement, une contamination des eaux de surface en cas de rejets des eaux usées, sans traitement préalable adéquat. Cette contamination reste tout de même tributaire de la durée de vie du virus dans les eaux usées¹⁹.

4.2. DONNEES SOCIALES

4.2.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322 462 km² et une population de 25 069 230 habitants avec 12 414 061 de femmes soit 49,51% et 12 655 169 d'hommes soit 50,48%. La population urbaine représente 50,78% de la population totale. La densité de

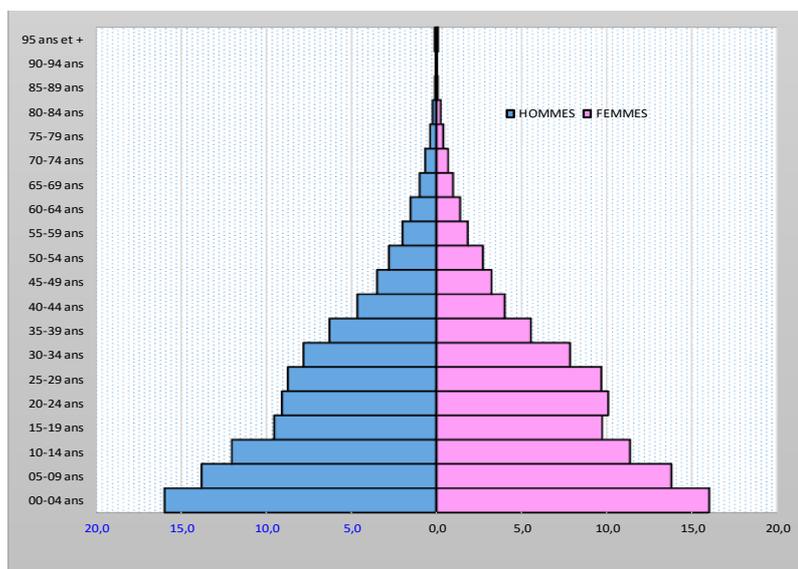
¹⁸ Eau, Assainissement, Hygiène et gestion des déchets en rapport avec le virus responsable de la COVID-19 : Orientations provisoires, 23 avril 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331922/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

¹⁹ <https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/coronavirus-coronavirus-peut-il-transmettre-eaux-usees-80423/>

population est estimée à 77,74 habitants/km² avec un taux de croissance annuelle de 2,60%²⁰. L'espérance de vie était de 57,40 ans (2018) avec un taux de mortalité de 10,40% (2017)²¹.

Relativement à la structure par âge, la population de la Côte d'Ivoire selon les résultats du RGPH 2014 demeure encore très jeune. Les enfants de 0-14 ans révolus au nombre de 9 481 351 individus représentent 41,8 % de la population totale, les Jeunes de 15-34 ans révolus au nombre de 8 048 341 individus constituent 35,5 % de la population totale, les adultes de 35 à 64 ans au nombre de 4 568 192 soit 20,1% de la population total et ceux de 65 ans et plus au nombre de 575 987 soit 2,45% de la population totale. Ainsi, 77,3 % de la population totale, soit un peu plus 3 personnes sur 4 personnes ont moins de 35 ans. Cette extrême jeunesse de la population se traduit par une pyramide des âges à base très élargie qui du reste, a très peu évolué entre 1998 et 2014. On peut toutefois noter un renflement de la partie médiane de la pyramide de 2014, résultant d'une augmentation des personnes d'âges actifs dans la population.

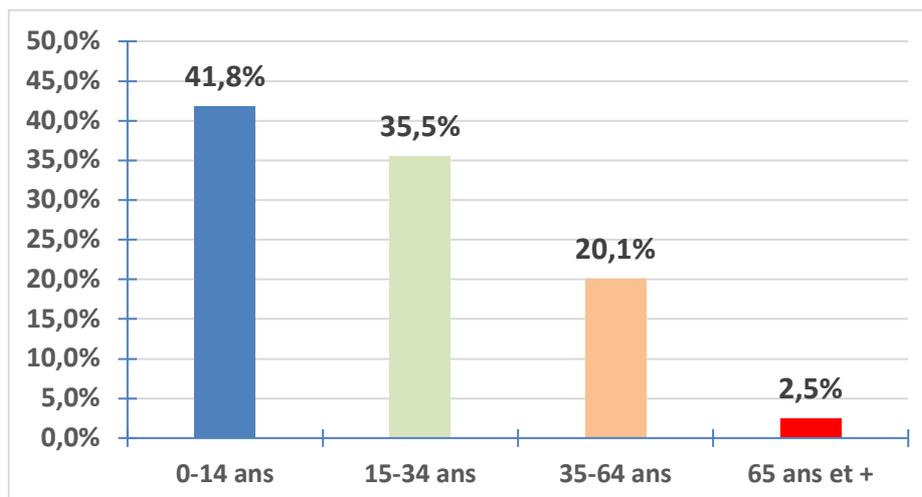
Figure 1. Pyramide des âges de la Côte d'Ivoire en 2014



Source : INS, RGPH 2014

²⁰ Source : Banque Mondiale, données 2018

²¹ <https://www.populationdata.net/pays/cote-divoire/>

Figure 2. Répartition de la population par tranches d'âge

Source : INS, RGPH 2014

Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans, 16%. Cette structure par âge correspond à 80 dépendants de moins de 15 ans et 65 ans et plus, pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, contre 40 à 50 dépendants (deux fois moins) dans les pays émergents. La diminution rapide des taux de dépendance suite à la maîtrise de leurs niveaux de fécondité, a permis aux pays émergents d'ouvrir une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain, ce qui leur a permis de bénéficier du dividende démographique²².

Selon le Ministère en charge de l'éducation nationale, le taux d'analphabétisme en Côte d'Ivoire est passé de 51% à 43.8%, soit une baisse de 7.2% en 2017. En 2018, ce taux était de 47,17% chez les personnes âgées de 15 ans et plus et de 58,42% chez les 15 à 24 ans. Quant au taux de scolarisation, il était de 99,8% en 2018²³.

Sur le plan économique, la croissance économique ivoirienne de la Côte d'Ivoire s'est établie 7,4% en 2018, en dépit de sa vulnérabilité aux 02 chocs externes et des incertitudes politiques à l'approche des élections présidentielles de 2020. Sur la même période, le PIB réel par habitant a augmenté de 32 %. Pour durer sur le long terme, la croissance économique du pays doit être bien redistribuée. Or, même si les dernières données statistiques sur la pauvreté recueillies en 2015 montrent que le revenu national s'est accru de 80 % entre 2012 et 2015 et, que la Côte d'Ivoire enregistre pour la première fois depuis 40 ans, une diminution de son taux de pauvreté, cette

²² Source PND 2016-2020

²³ Banque Mondiale

diminution reste faible, de 51 % à 46,3 %, avec le même nombre d'ivoiriens pauvres qu'en 2008, soit environ 10,7 millions de personnes. En 2015, près de 46 % des Ivoiriens vivaient encore avec moins de 750 francs CFA par jour. Les inégalités ne sont pas seulement économiques mais aussi géographiques. Les pauvres sont plus nombreux en zone rurale (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9 % dont 22,7 % à Abidjan). Par ailleurs, le Nord et le Nord-Ouest du pays sont plus pauvres (plus de 60 %) que le littoral et le Sud-Ouest (moins de 40 %). Les analyses montrent que malgré les dépenses importantes de l'Etat en faveur de l'éducation, les résultats demeurent décevants en termes d'inscription à l'école primaire. À titre de comparaison, le Bénin dépense proportionnellement moins que la Côte d'Ivoire alors que le taux d'élèves inscrits au primaire y est supérieur. Pour ce qui est du secteur de la santé, la Côte d'Ivoire dépense relativement peu, ce qui explique ses résultats modestes en termes de mortalité maternelle. Seuls le Mali et la Guinée Bissau consacrent moins de ressources à la santé que la Côte d'Ivoire²⁴.

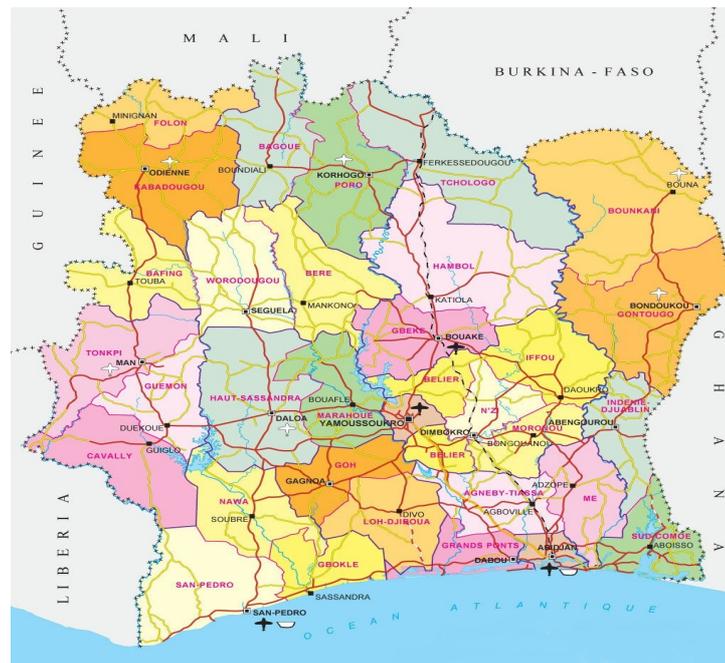
En dépit de la croissance rapide de l'économie, la part des dépenses publiques allouées à la santé est restée stable et était l'une des plus faibles de la région. Bien que le niveau global de dépenses de santé en Côte d'Ivoire (1,66 milliard de dollars, soit 70 dollars par habitant), se rapproche de celui de nombreux pays à revenu intermédiaire, seuls 25 % de ce montant sont financés par l'Etat²⁵. Notons que l'Etat ivoirien ne finance que 19 % des dépenses de soins de santé primaire dont le financement reste insuffisant²⁶.

Le découpage administratif du territoire comprend deux Districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 107 départements, 423 Sous-préfectures, 203 collectivités municipales et plus de 8600 villages.

²⁴ Perspective économique en Côte d'Ivoire, rapport Banque Mondiale, 2019

²⁵ Dossier d'investissement Côte d'Ivoire 2020-2023

²⁶ Source : Primary Health Care Performance Initiative 2018

Figure 3. Découpage administratif de la Côte d'Ivoire

Source : BNETD, 2012

4.2.2. DONNEES SANITAIRES

4.2.2.1. Système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (03) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire.

Le versant gestionnaire ou administratif comprend trois (03) niveaux dans sa structuration administrative :

- **le niveau central** composé du cabinet du Ministre, des Directions et Services centraux, des Programmes de santé, est chargé de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale ;
- **le niveau intermédiaire** est composé de 33 Directions Régionales ayant une mission d'appui aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- **le niveau périphérique** est composé de 113 Directions Départementales ou Districts Sanitaires, chargés de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le District Sanitaire qui est l'unité opérationnelle du système de santé.

Le versant prestataire ou offre de soins est composé des secteurs public et privé :

a) Le secteur public est organisé en trois niveaux :

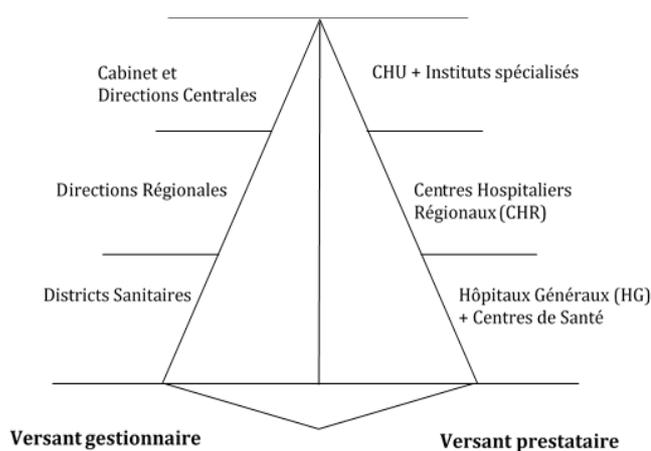
- le niveau primaire ou périphérique représenté par 2479 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) dont 65,1% pour les établissements ruraux publics, 29,8% pour les établissements urbains publics et 5,1% pour les établissements confessionnels. Le ratio national est de 1 ESPC pour 10 164 habitants. On note par ailleurs 127 Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS), 32 Formations Sanitaires Urbaines (FSU) dont 15 à base communautaire²⁷.
- le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, composé de 68 Hôpitaux Généraux (HG), 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), 02 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké) ;
- le niveau tertiaire qui comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, est essentiellement composé d'Etablissements Publics Nationaux (EPN) avec 04 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 05 Instituts Nationaux Spécialisés que sont : l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut Raoul Follereau (IRF), l'Institut Pierre Richet (IPR) et l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). On note en outre 04 autres Etablissements Publics Nationaux d'appui tels que le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

²⁷ RASS 2018

b) Le secteur privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories avec 19 polycliniques, 136 cliniques, centres et cabinets médicaux, infirmeries privées qui s'insèrent parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le secteur sanitaire privé comprend également 463 structures de santé relevant d'entreprises commerciales et /ou industrielles.

Figure 4. Organisation du Système sanitaire ivoirien²⁸



Source : MSHP, 2019

4.2.2.2. Ressources humaines de santé (RASS 2018)

En 2018, dans le secteur public du MSHP, le nombre de Médecin exerçant est de 4 045 contre 3 886 en 2017, soit une hausse de 159 (4,09%). L'effectif des Médecins prestataires de soins est de 3 426 en 2018 contre 3 325 en 2017, soit une hausse de 101 (3,04%).

En 2018, le ratio national est d'un (01) Médecin prestataire de soins pour 7 354 habitants (1,4 Médecin pour 10 000 habitants).

Au niveau national, la norme OMS de 1 infirmier pour 5000 habitants est atteinte avec un ratio de 2,3 infirmiers pour 5 000 habitants en Côte d'Ivoire. Toutes les régions sanitaires sont au-dessus de la norme OMS.

Quant aux Sages-femmes, la Côte d'Ivoire comptait 5 511 dans le secteur public en 2018 (5 437 dans les services d'offre de soins) contre 4 452 en 2017, soit une hausse de 1059 (23,78%).

²⁸ Source : MSHP (décret N°96-876 du 25 octobre 1996)

Le ratio national en 2018 est de 2,7 sages-femmes pour 3 000 Femmes en Age de Procréer (FAP), soit une (01) sage-femme pour 1 104 FAP. La norme OMS a été atteinte dans toutes les régions sanitaires.

4.2.2.3. Profil épidémiologique et facteurs aggravant la COVID-19

La Côte d'Ivoire, à l'instar des pays à faible revenu, était confrontée à des insuffisances au niveau de son système de santé avec un profil épidémiologique dominé par les maladies infectieuses dont les principales sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies avec un impact sur la morbidité et la mortalité. Les enfants et les femmes enceintes constituaient les populations les plus vulnérables et les plus touchées²⁹.

Malgré le statut de pays à revenu intermédiaire de la Côte d'Ivoire, la situation du pays au regard de la santé est comparable à celle d'un pays à faible revenu et ses résultats sanitaires sont parmi les plus faibles de la région. L'espérance de vie est de 55 ans, l'une des plus faibles au monde. Les maladies infectieuses comme le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la tuberculose et le paludisme représentent une lourde charge de morbidité³⁰.

Au total, ces maladies causent près de 24% des décès annuels en Côte d'Ivoire. Le paludisme constitue la menace la plus importante de ces trois maladies avec plus d'un million de cas confirmés en pédiatrie chez les enfants de moins de 05 ans avec une incidence de 492,9 pour 1 000 contre 189,9 pour 1 000 dans la population générale³¹. La prévalence du VIH en Côte d'Ivoire, estimée à 2,8%³², est la deuxième plus élevée en Afrique de l'Ouest. Le taux d'acceptation du test du VIH en conseils dépistage (hors PTME) a connu une hausse de 2017 à 2018, passant de 75,9% à 82,3% tandis que le taux de retrait du test de dépistage (hors PTME) a connu une légère baisse allant de 99,8% à 99,5%. Dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), on note une positivité de 0,83% et parmi ces femmes enceintes VIH+, 95% ont initiées le traitement ARV. Le taux de notification de la tuberculose en 2018 était de 85 cas pour 100 000 habitants qui est en baisse par rapport à 2017 qui avait 87 cas pour 100 000 habitants. Sur 21 031 cas de tuberculose, 20 826 ont été testés au VIH et 4 090 ont été déclarés positifs au VIH, soit 19,6% de co-infection TB/VIH³³.

Selon l'enquête ENV 2015, le taux de morbidité élevé dans la population en général est lié à plusieurs déterminants ou facteurs, qui agissent directement ou indirectement sur la santé des populations. Il s'agit notamment (i) du manque d'hygiène du milieu de vie, (ii) de l'insuffisance d'assainissement, (iii) de l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, (iv) de la précarité des habitats, (v) du faible niveau d'instruction de la population, des croyances et pratiques ancestrales, (vi) du faible taux d'alphabétisation, (vii) du faible niveau de revenu de la population, (viii) de la faible couverture du risque financier lié à la maladie et la précarité de l'emploi, (ix) des

²⁹ PNDS 2016-2020

³⁰ Dossier d'investissement Côte d'Ivoire 2020-2023

³¹ Source : RASS 2018

³² Global Health observatory data repository, 2017. Les résultats préliminaires du CIPHIA 2017 indiquent une prévalence de 2,5% pour les 15-49 ans

³³ RASS 2018

difficultés d'accès aux services de santé, et de l'insuffisance de la qualité des services et du continuum de soins dans la communauté.

Selon l'enquête SARA Côte d'Ivoire 2016, les soins prénatals sont disponibles dans 90% des établissements sanitaires du pays avec des scores relativement élevés pour tous les éléments traceurs dont la supplémentation en fer/acide folique (85%), le Traitement Préventif Intermittent contre le paludisme (88%), la vaccination antitétanique (87%) et la surveillance de l'hypertension artérielle liée à la grossesse (86%) mais seulement 1% de ces établissements offrent des services qui disposent de tous les éléments indispensables pour les soins prénatals.

Concernant les phénomènes morbides qui aggravent la situation de la COVID-19, on note selon le Programme National de Lutte contre les Maladies Métabolique (PNLMM) que le taux de prévalence du diabète en Côte d'Ivoire, en fin 2017 est passé de 5,7 % à 6,2 %, soit plus de 700.000 personnes atteintes. Quant à l'hypertension artérielle, la prévalence est estimée à 39% en 2017. La prévalence de l'obésité chez les diabétiques est de 19% tandis qu'elle est de 40% chez les personnes qui consultent en cardiologie. Dans la population générale, cette prévalence est estimée à 8%. En Côte d'Ivoire, les fumeurs représentent 14,6 % de la population.

5. IMPACTS POSITIFS ET NEGATIFS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS ET MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES

Les investissements financés dans le cadre du projet auront des impacts positifs certains sur les plans environnemental et social ainsi que sur la politique de santé publique actuelle et future de la Côte d'Ivoire en matière de gestion des maladies infectieuses à caractère épidémique. Ces investissements répondent aux besoins d'assistance du Gouvernement ivoirien face à cette crise sanitaire mondiale inédite caractérisée par la circulation rapide et sans précédent d'un nouveau virus. Les impacts positifs du PA COVID-19 sont notamment : (i) une amélioration de la qualité de l'offre de soins par une bonne prise en charge des cas confirmés de la COVID-19 dans les meilleures conditions ; (ii) une maîtrise de la propagation du virus en vue de stopper la contagion ; (iii) une réduction du taux de mortalité et (iv) une protection de la santé publique et une amélioration de la sécurité des patients et du personnel soignant.

Quant aux risques et impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels, ils sont présentés suivant les différentes phases du projet et avec les mesures d'atténuation afférentes dans le tableau 3 :

Tableau 3. Risques, impacts négatifs potentiels et mesures d'atténuation proposées

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
1. Phase préparatoire (réception des intrants médicaux)		
<p>Programmation défailante ou non-conformité des règles de stockage prévues, notamment des réactifs et des produits de laboratoire ou toute autre matière classée à risque</p>	<p>Dégradation des produits lors des manipulations et contamination des sites de stockage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir une programmation cohérente du stockage et enlèvement des réactifs et produits de laboratoire ou autre matière à risque y compris les EPI ; - Veiller à la conformité des règles de stockages des réactifs et produits de laboratoire ou autre matière à risque ; - Appliquer des consignes de sécurité, de stockage et de manipulation des produits et du matériel selon les indications et recommandations prescrites dans les fiches techniques des produits ; - Procéder à la décontamination des lieux avant stockage ; - Prévoir un dispositif pour inciter au lavage des mains au savon ou à la friction au gel hydro alcoolique avant et après manipulation du stock.
<p>Inexistence de procédures détaillées pour la protection des agents de santé (médical et</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psychose dans le milieu des agents des établissements identifiés pour accueillir les CIDT ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un plan de communication pour informer et sensibiliser les agents ;

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
paramédical) et pour une prise en charge sécurisée des malades	- Augmentation du sentiment de panique général à l'intérieur des établissements de santé.	- Elaborer un Plan Hygiène, Santé et Sécurité au travail pour le personnel de santé en harmonie avec les procédures opérationnelles développées par le MSHP et en conformité avec la NES no 4, Santé et sécurité des populations et les directives de l'OMS.
Un système et des pratiques de distribution non transparents et mal gérés pourraient aggraver la situation de pénurie, affectant l'utilisation maximale et efficace des ressources.	Risque aggravé pour les zones défavorisées et vulnérables pour accéder aux ressources et services offerts par le projet.	Prévoir le renforcement du contrôle sur les systèmes et circuits de distribution pour subvenir aux besoins dans l'équité.
2. Phase d'aménagement/rénovation ou réhabilitation		
Livraison des produits acquis sur les lieux d'utilisation (centre de dépistage, d'isolement et de traitement, laboratoires d'analyse).	Risque d'atteintes à la santé / sécurité des employés qui peuvent devenir de nouveaux vecteurs pour transmettre l'infection au grand public.	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les mesures de santé et sécurité au travail (SST) prévues à cet effet ; - Organiser les flux de circulation en minimisant les risques associés à l'exécution du service.
Plan d'aménagement/rénovation ou réhabilitation des centres de dépistage, d'isolement et de traitement inadapté.	- Risque de non-conformité des dispositions architecturales avec un mauvais établissement des circuits, un emplacement inadéquat des différentes unités et	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les normes en matière d'architecture hospitalière ; - Etablir des circuits précis et spécifiques pour les cas suspects à recevoir, les cas confirmés

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
	<p>l'usage de matériaux ne favorisant pas l'hygiène hospitalière ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de re-contamination des locaux et des équipements et d'infections nosocomiales ; - Risque d'accident de travail ; - Risque d'exploitation et abus sexuel sur les personnes vulnérables, lié à présence de travailleurs de chantiers. 	<p>à prendre en charge, le personnel soignant et le linge ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les directives pour la lutte contre les infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé ; - Equiper les travailleurs d'EPI de chantier ; - Assurer la santé des travailleurs (boites à pharmacie, suivi médical) ; - Elaborer, diffuser et veiller au respect du Code de conduite par les travailleurs ; - Sensibiliser les travailleurs au respect du Code de conduite et sanctions encourus ; - Déployer le mécanisme de gestion des plaintes au niveau des travailleurs des chantiers et du personnel des établissements sanitaires concernés (MSHP).
3. Phase d'exploitation		
Usage des nouveaux équipements et matériels.	<ul style="list-style-type: none"> - Suspicion de contamination à l'usage et propagation du virus ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Former et sensibiliser le personnel ; - Procéder à la décontamination après chaque utilisation pour éviter et minimiser les risques d'infection.

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
	<ul style="list-style-type: none"> - Contamination des agents de transport des personnes atteints par la COVID-19. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Exposition du personnel de santé des centres de dépistage, d'isolement et de traitement au virus par manque d'EPI et de dispositifs d'hygiène des mains ; - Utilisation accrue des EPI à usage unique pour le dépistage et la prise d'échantillons ; - Hausse du taux de consommation de réactifs et de matériel de laboratoire suite à l'augmentation du nombre des prises d'échantillons pour analyse et dépistage ; - Gestion au niveau national des déchets et autres matières résiduelles (il n'y aura pas de transport transfrontière de déchets pour une gestion dans un pays tiers). 	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de santé et sécurité au travail avec contamination du personnel et diminution de l'efficacité de prise en charge des cas ; - Production accrue de déchets sanitaires à risque pouvant dépasser les capacités de traitement disponibles ; - Risque de transmission par les déchets à risque infectieux, du virus (la mauvaise gestion des déchets peut exposer les cas suspects, le personnel de santé et la communauté à des risques de contamination). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du plan de santé et sécurité du personnel de santé et de laboratoire selon les directives de l'OMS ; - Mise en œuvre du PN-PCI ; - Mise en œuvre des normes et directives de sécurité des injections et de gestion des déchets médicaux conformément aux directives OMS et des Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Gestion des déchets du Groupe de la Banque Mondiale ; - S'attacher les services d'opérateurs privés agréés pour la collecte, le transport et l'élimination des déchets sanitaires à risque et organiser le suivi de leurs activités.
<p>Exposition des individus à haut risque au virus (sujets à plus de 65 ans, sujets malades chroniques tels que diabète, HTA, insuffisance cardiorespiratoire, pneumopathie, maladies du cœur, maladies respiratoires, ORL, familles et proches de personnel médical et</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du taux des cas sévères nécessitant des soins intensifs dépassant les capacités d'accueil des services de prise en charge ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Eloigner les sujets vulnérables et à risque des lieux d'intervention des activités liées à la COVID-19 par le confinement à domicile ; - Opter, chaque fois que cela est possible et dans les situations non urgentes, pour des consultations à distance ;

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
paramédical des centres de dépistage, d'isolement et de traitement de la COVID-19).	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des taux de mortalité ; Dissémination de la contamination avec augmentation du nombre de cas contacts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Appliquer les mesures préconisées par le MSHP et par l'OMS sur l'isolement médical des cas ; - Mettre en œuvre le protocole et les conseils pratiques pour le corps médical et paramédical développé par le MSHP afin d'éviter de transporter le virus en milieu communautaire et augmenter le risque de contagion au sein de leurs propres familles et de leurs proches ; - Préparer et mettre en œuvre le Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP).
Incapacité de groupes sociaux marginalisés et vulnérables (personnes souffrant de maladies chroniques, handicapées, pauvres, migrants, personnes âgées et, sous-groupes de femmes défavorisés, etc.) situés dans des zones reculées à accéder aux installations et aux services conçus pour assister les cas confirmés de COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des taux de mortalité et de morbidité à travers tout le pays ; - Création de tensions sociales et de sentiments de discrimination et d'exclusion accentuée en cette période pré-électorale ; - Dissémination de la contamination dans la communauté avec augmentation du nombre de cas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer un service de communication fiable en augmentant la capacité des lignes de contact des centres d'appel utilisés pour recueillir les réclamations et les appels de détresse ; - Répondre aux besoins de la catégorie démunie et excentrée par une assistance à distance ou le cas échéant, à travers l'usage d'unités mobiles médicalisées pour secourir les cas et les transférer aux services spécialisés les plus proches.
Mauvaise gestion de l'information et désinformation sur le diagnostic, le traitement et le contrôle de la	<ul style="list-style-type: none"> - Propagation de rumeurs, création de tensions et de comportements 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre le PMPP (NES n°10) qui suit les bonnes pratiques d'engagement des

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
<p>propagation du nouveau coronavirus sur les médias y compris les réseaux sociaux.</p>	<p>à risque dus au sentiment de panique et de manque de confiance dans les autorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le non-respect des règles d'hygiène, de confinement et de quarantaine et des mesures barrières ; • des pratiques de stigmatisation vis-à-vis de malades et des proches des malades en quarantaine ou admis dans des centres d'isolement ou de traitement ainsi que vis-à-vis du personnel soignant ; • accumulation et revente à prix fort d'EPI ou de matériels et équipements médicaux ; • vente et promotion de faux médicaments ; <p>- Augmentation du taux des problèmes psychologiques et des sentiments de dépression au sein de la population.</p>	<p>parties prenantes et de la gestion de l'information afin de prévenir le comportement de panique et la désinformation selon les directives de l'OMS ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer une communication efficace des risques et un engagement communautaire pour conscientiser et sensibiliser le public à la prévention et au contrôle de la COVID-19 auprès de l'ensemble de la population ; - Tenir des séances d'information périodiques par les services du MSHP sur l'évolution de la situation et les mesures prises ou à prendre ; - Effectuer un examen pour connaître les antécédents du malade hospitalisé notamment en matière de maladies chroniques et pour prendre les dispositions appropriées ; - Informer les proches à distance (par téléphone ou mail) et mettre en place un système de communication entre les patients isolés et leurs proches ; - Renforcer la sensibilisation des populations notamment par la diffusion de messages radio-télé, sur les médias sociaux et à travers

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
		<p>les Collectivités Territoriales et les leaders communautaires ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solliciter les ONG et les composantes de la société civile à organiser des campagnes d'information venant en aide aux groupes vulnérables ; - Cibler divers publics pour résoudre les problèmes d'accès, de discrimination et d'appartenance ethnique. Des campagnes de sensibilisation et d'éducation continues aideront à rétablir la confiance des communautés et des citoyens qui peut être érodée pendant les crises, grâce à l'engagement avec les chefs religieux, les leaders politiques et les chefs traditionnels locaux ; - Soutenir le développement d'outils de rapportage.
Absence d'une chaîne opérationnelle cohérente de gestion des déchets sanitaires à risques	<ul style="list-style-type: none"> - Création de dépôts sauvages de déchets sanitaires à risque dans les CIDT des cas confirmés ; - Infections nosocomiales ; - Propagation des infections du milieu de soins vers les milieux communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour et en œuvre le Plan National de Prévention et de Contrôle des Infections (PN-PCI) et le Plan d'Urgence de Gestion des Déchets Sanitaires (PUGDS) en tenant compte des directives de l'OMS en la matière ;

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
		<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre les directives pour la lutte contre les infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé ; - Démarrer le système de polarisation de la gestion des déchets sanitaires à risques ; - Identifier les sociétés agréées pour la collecte, le transport et l'élimination des déchets sanitaires à risques ; - Sensibiliser les communautés pour une élimination des équipements barrières (masques, gants) dans des poubelles ; - Organiser la collecte des DSMA des établissements sanitaires et leur élimination au CVET de Kossihouen.
4. Phase de démantèlement du chantier et des CIDT		
<p>Plan de démantèlement inadapté ; Absence d'une procédure claire de démantèlement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Production de déchets de Bâtiments et Travaux Publics (BTP), de Déchets d'Equipements Electriques et Electroniques (D3E) et de déchets à risque infectieux et chimique issus des échantillons de laboratoires, de réactifs, et 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre le Plan Hygiène Sécurité Environnement et le Plan de gestion des déchets du chantier ; - Mettre en œuvre le PMPP ; - Élaborer et mettre en œuvre la procédure de démantèlement des installations/CIDT

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	IMPACTS NEGATIFS POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES
	<p>d'objets en contact avec des liquides biologiques ;</p> <ul style="list-style-type: none">- Risque de désorientation des cas ultimes si la préparation n'est pas correctement faite avec un sentiment d'abandon.	<ul style="list-style-type: none">- S'assurer de l'effectivité de chacune des étapes du processus de démantèlement des chantiers et des centres d'isolement, de dépistage et de traitement (CIDT).

Dispositions et mesures édictées par le gouvernement pour la réduction de la propagation de la COVID-19

Pour mémoire, le 16 mars 2020, le Conseil National de Sécurité (CNS), présidé par le Président de la République a pris 13 mesures d'hygiène, de santé et de sécurité pour prévenir les risques de contamination et de propagation du virus. Ces mesures contraignantes au départ, ont été progressivement allégées. Les 13 mesures sont :

- 1) La suspension, à compter du 16 mars 2020 à minuit, de l'entrée en Côte d'Ivoire des voyageurs non ivoiriens en provenance des pays ayant plus de 100 cas confirmés de maladie à coronavirus (COVID-19). Les ressortissants ivoiriens et les résidents permanents non ivoiriens seront soumis à une mise en quarantaine obligatoire pour 14 jours dès leur entrée sur le territoire ivoirien dans les centres réquisitionnés par l'Etat ;
- 2) Le renforcement du contrôle sanitaire aux frontières aériennes, maritimes et terrestres ;
- 3) La mise en quarantaine des cas suspects et des contacts des malades dans les centres réquisitionnés par l'État ;
- 4) La fermeture de tous les établissements d'enseignement préscolaire, primaire, secondaire et supérieur à compter du 16 mars 2020 à minuit ;
- 5) Le respect d'une distance d'au moins un (01) mètre entre les personnes dans les grandes surfaces, les maquis, les restaurants, les entreprises, la zone aéroportuaire et les lieux publics ;
- 6) Le respect des mesures d'hygiène corporelle, comportementale, hydrique et alimentaire (Lavage des mains au savon, application des solutions hydro-alcooliques, interdiction des salutations manuelles, accolades et embrassades, interdiction stricte de la consommation de la viande de brousse) ;
- 7) La fermeture des boîtes de nuit, des cinémas et des lieux de spectacle à compter du 18 mars 2020 à minuit ;
- 8) L'interdiction des rassemblements de population de plus de 50 personnes à compter du 18 mars 2020 à minuit ;
- 9) La suspension de tous les événements sportifs et culturels nationaux et internationaux à compter du 18 mars 2020 à minuit ;
- 10) L'ouverture de sites complémentaires équipés de prise en charge à Abidjan, Abengourou, Aboisso, Bondoukou, Bouaké, Bouna, Daloa, Gagnoa, Korhogo, Man, Odienné, San-Pedro et Yamoussoukro ;
- 11) La gratuité totale du diagnostic et de la prise en charge de tous les cas suspects et confirmés de COVID-19 ;
- 12) Le renforcement de la sécurité sanitaire des agents de santé, du personnel de la recherche, des forces de défense et de sécurité, des agents des zones aéroportuaires et de la plateforme portuaire dans la prévention de la COVID-19 ; et
- 13) La réactivation des comités départementaux de lutte contre les épidémies.

A la date du 04 août 2020, seules les mesures N°2, N°3, N°5, N°6, N°10, N°11, N°12 et N°13 sont demeurées en vigueur.

6. PROCEDURES DE GESTION DES QUESTIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES

Le processus de gestion environnementale et sociale du projet passera par la mise en œuvre du présent CGES et la production de documents opérationnels de gestion qui rapporteront et prendront en compte l'ensemble des risques environnementaux et sociaux à chaque type d'activité prévue dans le cadre du projet.

Le processus décrit ci-dessous vise à garantir l'effectivité de la prise en compte des exigences environnementales et sociales dans tout le processus de planification, de préparation, de mise en œuvre et de suivi des activités du projet. Il est important d'abord de :

- vérifier comment les questions environnementales et sociales sont intégrées dans le choix des sites ;
- apprécier les risques et impacts négatifs génériques potentiels lors de la mise en œuvre.

Ainsi, pour être en conformité avec les exigences environnementales et sociales de la Banque mondiale et la législation nationale, le screening des sous-projets permettra de s'assurer de la prise en compte des préoccupations environnementales et sociales et comprendra les étapes suivantes :

6.1. ETAPE 0 : PREPARATION DU SOUS PROJET

Certaines activités du projet pourraient engendrer des impacts négatifs environnementaux et sociaux et exiger l'application des procédures de sauvegardes environnementale et sociale. Pour leur mise en œuvre, le Responsable de Passations des Marchés (RPM), le Spécialiste en Suivi-évaluation (S-SE) et le Responsable Technique de l'Activité (RTA) vont coordonner la préparation des dossiers des activités (identification, procédure de recrutement des bureaux d'études ou des consultants nationaux ou internationaux, etc.).

6.2. ETAPE 1 : SCREENING ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL

Le Spécialiste en Sauvegarde Environnementale (SSE) et le Spécialiste en Sauvegarde Sociale (SSS) du projet en lien avec les agences d'exécution concernées et les services techniques municipaux concernés, procéderont au remplissage du formulaire de screening des sous-projets, notamment les réhabilitations/rénovations des CIDT et la gestion des déchets sanitaires. En plus des impacts

environnementaux et sociaux potentiels, les résultats du screening indiqueront également les types de consultations publiques qui ont été menées pendant l'exercice de sélection. Les formulaires complétés ainsi que le rapport de screening seront transmis à l'ANDE qui effectuera leur revue en vue de leur approbation.

6.3. ETAPE 2 : APPROBATION DE LA CLASSIFICATION DU NIVEAU DE RISQUE ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE

Sur la base des résultats du screening, l'ANDE va procéder à une revue complète de la fiche et apprécier la catégorie environnementale proposée.

La législation environnementale ivoirienne a établi une classification environnementale des projets et sous-projets en trois (3) catégories (Etude d'Impact Environnemental et Social (EIES), Constat d'Impact Environnemental et social (CIES) et Constat d'Exclusion Catégorielle ou CEC).

Le Cadre Environnemental et Social (CES) de la Banque mondiale classe les projets en quatre (04) niveaux de risque : Risque élevé, Risque substantiel, Risque modéré, et Risque faible. Cette classification qui se fera sur la base de plusieurs paramètres liés au projet, sera examinée régulièrement par la Banque mondiale même durant la mise en œuvre du projet et pourrait évoluer. Cela n'est pas le cas avec la classification nationale. Ainsi la législation environnementale ivoirienne a établi à l'annexe du décret n°96-894 du 8 novembre 1996 déterminant les règles et procédures applicables aux études relatives à l'impact environnemental des projets de développement, une classification environnementale des projets et sous-projets en trois (3) catégories :

- Annexe I et III « Projet soumis à étude d'impact environnemental » : Il s'agit des projets avec risque environnemental et social majeur certain, donc qui requiert une EIES. Elle correspond à la catégorie de projet à risque élevé ou risque substantiel selon la classification de la Banque mondiale ;
- Annexe II « Projet soumis au constat d'impact environnemental » correspondant à la catégorie de projet à risque modéré selon la classification de la Banque mondiale ;
- Les projets ne figurant pas dans aucune des catégories citées dans les annexe I, II, III font objet d'une exclusion catégorielle qui le dispense a priori d'une étude d'impact environnemental et du constat d'impact (cf. art 3). C'est le correspondant de la Catégorie de projet à risque faible au niveau de la classification du Cadre Environnemental et Social (CES) de la Banque mondiale.

Cependant, le remplissage du formulaire de screening pour la classification des sous-projets n'existe pas dans la procédure nationale. La réalisation du screening des sous-projets dans le cadre ce projet vient pour combler cette lacune. Il faut aussi souligner que le Projet a été classé en catégorie de projet à « risque substantiel ». De ce fait, seuls les sous-projets des catégories « risque substantiel » ou « risque modéré » ou « risque faible » seront financés par le projet

COVID-19. Les résultats du screening environnemental et social des sous-projets, notamment la classification des sous-projets et le travail environnemental et social doivent être validé par l'ANDE.

6.4. ETAPE 3: PREPARATION DE L'INSTRUMENT DE SAUVEGARDE ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE

6.4.1. LORSQU'UN CIES OU UNE EIES N'EST PAS NECESSAIRE

Dans ce cas de figure, le spécialiste en sauvegarde environnementale (SSE) et le spécialiste en sauvegarde sociale (SSS) du projet consultent la liste des mesures d'atténuation identifiées dans le présent CGES pour sélectionner celles qui sont appropriées pour le sous-projet concerné.

6.4.2. LORSQU'UN CIES OU EIES EST NECESSAIRE

Le spécialiste en sauvegarde environnementale et le spécialiste en sauvegarde sociale du projet, effectueront les activités suivantes : préparation des termes de référence pour l'EIES/CIES/PGES à soumettre à l'ANDE et à la Banque mondiale pour revue et approbation ; recrutement des consultants agréés pour effectuer l'EIES/CIES ; conduite des consultations des parties prenantes, conformément aux termes de référence ; revues et approbation de l'EIES/CIES.

6.5. ETAPE 4: EXAMEN ET APPROBATION DES EIES/CIES

En cas de nécessité de réaliser un travail environnemental (EIES ou CIES), les rapports d'études environnementales seront soumis à l'examen et à l'approbation de l'ANDE mais aussi à la Banque mondiale après revue par les spécialistes des sauvegardes environnementale et sociale.

L'ANDE s'assurera que tous les impacts environnementaux et sociaux ont été identifiés et que des mesures d'atténuation efficaces, réalistes et réalisables ont été proposées dans le cadre de la mise en œuvre du sous-projet.

6.6. ETAPE 5: CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DE L'INFORMATION

La législation nationale en matière d'évaluation environnementale et sociale stipule que l'information et la participation du public doivent être assurées pendant l'exécution de l'étude d'impact sur l'environnement, en collaboration avec les organes compétents de la circonscription administrative et de la commune concernée. L'information du public comporte, notamment une

ou plusieurs réunions de présentation du projet regroupant les autorités locales, les populations, les exploitants, les ONG, etc. Ces consultations permettront d'identifier les principaux problèmes et de déterminer les modalités de prise en compte des différentes préoccupations dans les Termes de Référence de l'EIES/CIES à réaliser. Les résultats des consultations seront incorporés dans le rapport du CIES et seront rendus accessibles au public.

Pour satisfaire aux exigences de consultation et de diffusion de la Banque mondiale, l'entité de coordination du projet Covid-19 produira une lettre de diffusion dans laquelle elle informera la Banque mondiale de l'approbation de l'EIES/CIES, la diffusion effective de l'ensemble des rapports produits (EIES/CIES) à tous les partenaires concernés et, éventuellement, les personnes susceptibles d'être affectées. Elle adressera aussi une autorisation à la Banque pour que celle-ci procède à la diffusion de ces documents sur son site web.

6.7. ETAPE 6 : INTEGRATION DES DISPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DANS LES DOSSIERS D'APPELS D'OFFRES

En cas de réalisation d'EIES ou de CIES, le SSE et le SSS ainsi que le RPM veilleront à intégrer les recommandations et autres mesures de gestion environnementale et sociale issues de ces études dans les dossiers d'appel d'offres et d'exécution des travaux par les entreprises. Des clauses contraignantes devraient être ressorties avec des sanctions en cas de non mise en œuvre des mesures environnementales et sociales.

6.8. ETAPE 7 : SUIVI ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Le suivi environnemental et social permet de vérifier et d'apprécier l'effectivité, l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre des mesures environnementales et sociales du PA COVID-19.

Les responsabilités des acteurs du suivi se présentent comme suit :

- la supervision au niveau national sera assurée par le Spécialiste en sauvegarde Environnementale (SSE) et le Spécialiste en Genre et Sauvegarde Sociale (SSS) du projet et les Spécialistes désignés des Agences d'exécution concernées ;
- le contrôle et le suivi de proximité sera faite par le Spécialiste en Environnement du Bureau de Contrôle (SEBC) qui sera recruté par le projet ;
- la surveillance et le suivi seront effectués par l'ANDE ;
- la supervision locale sera assurée par les communes et les ONG ;
- l'évaluation de la mise en œuvre du CGES sera effectuée par des consultants en évaluation environnementale et sociale (nationaux et/ou internationaux), à mi-parcours et à la fin du projet.

6.9. INDICATEURS DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES

Les indicateurs de suivi permettent de vérifier si le processus de gestion environnementale et sociale tel que défini dans le présent CGES a été appliqué.

Mesures	Domaines d'intervention	Indicateurs	Périodicité
Mesures techniques	Sélection environnementale (Screening) des activités du projet	Nombre d'activités passées au screening	Chaque trimestre pendant la durée du projet
	Réalisation des EIES/CIES pour les sous-projets programmés	Nombre de CIES/EIES réalisés	Pendant la durée du PA COVID-19
	Intégration des clauses environnementales et sociales dans les Dossiers d'Appel d'Offres (DAO), contrats/marchés ou les Demande de Propositions (DP) à l'endroit des opérateurs privés.	Nombre d'activité/sous-projet dont les entreprises ont des clauses environnementales et sociales dans leur contrat	Phase de préparation des DAO
Mesures de suivi et d'évaluation	Surveillance et suivi environnementale et sociale du PA COVID-19	Nombre de missions de suivi réalisées Nombre de rapports périodiques de suivi préparés	Chaque trimestre au cours de la durée du PA COVID-19
	Suivi du Mécanisme de Gestion des Plaintes	Nombre de plaintes enregistrées, traitées et classées	Mensuelle
Formation	Formations thématiques de santé, sécurité au travail et en évaluation/suivi environnemental et social des projets	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances de formation organisées ; - Nombre d'acteurs formés ; - Typologie des acteurs formés. 	Chaque année pendant les deux premières années du projet

Mesures	Domaines d'intervention	Indicateurs	Périodicité
IEC Sensibilisation	Sensibilisation sur les risques et mesures d'atténuation du PA COVID-19 et les bonnes pratiques (OMS)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances de sensibilisation organisées ; - -Nombre et profil des personnes sensibilisées. 	Chaque trimestre au cours de la durée du PA COVID-19

7. CONSULTATION ET INFORMATION DU PUBLIC

Le CGES a fait l'objet de consultation avec les parties prenantes, notamment la DHPSE, la DMHP, la DIEM et l'INHP. Coordonnée par l'UCP-Santé Banque mondiale à travers son Spécialiste en Sauvegarde Environnementale et Génie Sanitaire, les consultations ont été tenues à travers des rencontres et des entretiens téléphoniques. Les entretiens ont porté sur l'ensemble des points suivants :

- le contenu du CGES, les commentaires, les précisions et les contributions éventuelles de chaque partie concernée selon son domaine de compétence ;
- les mécanismes de gestion des plaintes au niveau des centres de dépistage, d'isolement et de traitement, du MSHP aussi bien pour les agents et le personnel de santé que pour les malades et la population ;
- les canaux existants pour la gestion des plaintes ;
- les protocoles et procédures relatifs aux actions de sensibilisation et de formation du personnel de santé, notamment ceux en première ligne en matière de prévention, à l'hygiène et la sécurité ;
- les protocoles et procédures relatifs à la protection du personnel de soutien des établissements de santé tels que le personnel d'entretien, le personnel de sécurité, le personnel administratif, etc. ;
- les dispositions prises par la DHPSE, l'ANAGED et l'ANDE pour gérer la situation d'urgence sanitaire en matière de renforcement du suivi et de contrôle de l'environnement ;
- les dispositions prises par les entreprises privées autorisées pour participer à la gestion des déchets sanitaires à risque ou non.

Par ailleurs et compte tenu de la situation de confinement et respect des mesures barrières, il n'a pas été possible d'élargir la sphère des consultations au grand public et en particulier aux bénéficiaires directs.

Tous les commentaires et suggestions reçus ont été intégrés dans le présent CGES qui reflète une version compilée traduisant fidèlement les engagements ainsi que les dispositions prises par la quasi-totalité des acteurs potentiellement concernés.

8. MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

8.1. IDENTIFICATION DES PARTIES PRENANTES

La mise en œuvre du Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP) a pour objectif de soutenir efficacement l'information et la sensibilisation des parties prenantes tout au long de la mise en œuvre du projet, afin de faire face, notamment aux risques liés au mécontentement social et aux préoccupations concernant les protocoles de mise en œuvre et de contrôle des mesures de riposte par rapport à l'évolution de l'épidémie. Des activités de consultation, de communication des risques et de divulgation de l'information seront mises en œuvre pour gérer au mieux cette situation très évolutive, promouvoir des comportements sûrs et minimiser la désinformation et engager les communautés.

L'identification des parties prenantes est entreprise pour soutenir de meilleures pratiques de communication et établir des relations efficaces. Ces parties prenantes se composent essentiellement pour le projet de :

8.1.1. PARTIES TOUCHÉES

Les parties touchées incluent les communautés locales, les membres de la communauté et les autres parties qui peuvent être soumises aux impacts directs du projet. Dans le cas du présent projet, les principales parties touchées sont les suivantes :

- les patients infectés par la COVID-19 qui utilisent les installations affectées par le projet ;
- les familles des patients infectés par la COVID-19 ;
- les personnes vivant en Côte d'Ivoire et qui utilisent les systèmes de santé publique ;
- les communautés voisines des centres de quarantaine, des postes de dépistage et des laboratoires ;
- les ouvriers des chantiers de réhabilitation et de rénovation ;
- les agents de santé ;
- les fournisseurs et prestataires d'équipements et de matériel médicaux ;
- les opérateurs de transport public.

8.1.2. AUTRES PARTIES CONCERNÉES

Les parties prenantes des projets incluent également des parties autres que celles qui sont directement touchées. En l'occurrence, les parties suivantes ont été identifiées :

- Ministères : MSHP, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de l'Équipement et de l'Entretien Routier, Ministère des Transports, Ministère de

l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, Ministère de la Communication et des Médias, Ministère de l'Économie Numérique et de la Poste, Ministère de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et de la Lutte contre la Pauvreté, Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité, Ministre de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable ;

- Laboratoires de santé publique ;
- Municipalités où les hôpitaux prioritaires sont identifiés ;
- Autres institutions multilatérales : UNICEF, OMS, UNOPS ;
- Leaders communautaires, chefs religieux, guérisseurs traditionnels ;
- Organisations internationales engagées dans le financement de la riposte face à la COVID-19.

8.1.3. PERSONNES OU GROUPES DEFAVORISES/VULNERABLES

Il est particulièrement important de savoir si les impacts du projet sont susceptibles d'affecter de manière disproportionnée les individus ou groupes défavorisés et/ou vulnérables, qui souvent n'ont pas la possibilité d'exprimer leurs préoccupations ou d'appréhender les impacts potentiels. Il convient de veiller à ce que la sensibilisation et la mobilisation des personnes ou groupes défavorisés et/ou vulnérables autour de la COVID-19 et des mesures barrières et de prise en charge en particulier soient adaptées et prennent en compte les sensibilités, préoccupations et spécificités culturelles de ces groupes ou individus et d'assurer une pleine compréhension des activités et des bénéfices du projet.

La vulnérabilité peut découler de l'origine, du sexe, de l'âge, de l'état de santé, de la carence économique et de l'insécurité financière de la personne, de son statut défavorisé dans la communauté (par exemple, les minorités ou les groupes marginalisés), de sa dépendance à l'égard d'autres personnes ou de ressources naturelles, etc.

La collaboration avec des groupes et des personnes vulnérables nécessite souvent l'application de mesures et une assistance spécifique visant à faciliter leur participation à la prise de décisions dans le cadre du projet afin que leur sensibilisation et leur contribution au processus global soient proportionnelles à celles des autres parties prenantes.

Les groupes vulnérables, défavorisés ou à risque suivants ont été identifiés dans le cadre du présent projet :

- Personnes âgées ;
- Populations pauvres et vulnérables qui dépendent uniquement des services du MSHP pour leurs soins de santé ;
- Personnes handicapées ;
- Femmes en situation de vulnérabilité économique et sociale ;
- Minorités ethniques tels que les Ehotilé, les M'Batto, les Néyo, etc. ;

- Enfants de moins de 10 ans ;
- Population migrante vivant en Côte d'Ivoire ;
- Personnel médical des services d'urgence des centres de dépistage, d'isolement et de traitement ainsi que les organismes de santé publique ;
- Ménages dirigés par des femmes ;
- Habitants des bidonvilles ou des quartiers informels autour d'Abidjan.

8.2. STRATEGIE DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

Depuis le déclenchement de la crise sanitaire liée au nouveau coronavirus en Côte d'Ivoire, des actions de communication sont diversement menées par l'ensemble des ministères dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national de Riposte à la Covid-19.

Cependant, la nouveauté du virus et la surabondance d'informations souvent anxiogènes qui circulent dans les médias traditionnels et sur les réseaux sociaux contribuent à créer une infodémie qui tend à compliquer l'identification des informations fiables et dignes de confiance, accélérer la propagation des rumeurs et amplifier la désinformation avec des risques non négligeables tels que le déni de la maladie au sein des communautés, des réticences dans l'adoption et le respect des mesures préventives sûres, la stigmatisation et la marginalisation liées à la Covid-19 de certaines catégories de populations (patient infecté par la Covid-19, patient guéri de la Covid-19, familles de patients infectés de la Covid-19, populations asiatiques, etc.).

En réponse à ces risques substantiels, un PMPP a été formulé à partir des propositions émanant du Ministère de la Communication et des Médias, de la DCRP et de la Direction de la Santé Communautaire, deux entités du MSHP, avec l'appui technique du Spécialiste en Communication de l'UCP Santé Banque mondiale.

8.2.1. AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES

Le PMPP du projet est essentiellement basé sur la Communication des Risques et l'Engagement Communautaire, une approche participative considérée comme étant primordiale dans la mise en place d'une réponse d'urgence en santé publique et utilisée pour (i) établir un dialogue permanent avec les parties en présence (décideurs politiques, collectivités territoriales, équipes cadres de régions et de districts sanitaires, personnel soignant, Agents de Santé Communautaire (ASC), les Chefs et Leaders communautaires, les personnes infectées ou affectées par le COVID-19, les Chercheurs, les hommes et femmes des médias, les Organisations de la Société Civile (OSC), le grand public, etc.), (ii) mobiliser les individus et les communautés, (iii) communiquer et interagir de façon systématique et proactive. Le but est de leur donner les moyens de promouvoir des comportements sains visant à une prévention plus efficace et à une réduction de la

propagation de la COVID-19 ainsi que d'autres maladies infectieuses sévissant sous-forme épidémique.

A ce titre, le PMPP du projet met l'accent sur :

- **la communication sur les risques liés à la COVID-19 et ses moyens de prévention et le renforcement de l'éducation sanitaire pour un changement comportemental** afin d'amener les populations à identifier les risques, à évaluer et à comprendre leurs vulnérabilités face à l'épidémie, et les inciter à adopter les bons comportements et s'approprier les mesures de lutte contre la COVID-19 afin de se protéger et protéger les autres ;
- **le maintien d'une veille citoyenne et de prévention autour de la COVID-19** par le biais de mécanismes et systèmes locaux de rétro-information et de gestion des plaintes visant à informer et recueillir les préoccupations et suggestions des populations, tout en assurant un décryptage et une gestion efficiente des rumeurs, croyances, inquiétudes face à la COVID-19 afin d'enrayer les cycles de désinformation et de stigmatisation sociale liée aux risques réels et perçus de l'infection ;
- **le renforcement des capacités du personnel de santé et des acteurs sanitaires et communautaires** pour la détection et le suivi des patients à travers la communauté, le soutien et le suivi psychosocial des cas suspects, infectés ou affectés ;
- **l'Information et la sensibilisation**, par le biais de canaux de communication les plus fiables et adaptés aux différentes cibles visées, afin de relayer efficacement des informations et conseils vérifiés et actualisés sur : (i) l'ensemble des mesures restrictives édictées par le Gouvernement pour limiter les risques de propagation de la COVID-19, (ii) les procédures de prise en charge médicale et psychosociale des personnes directement infectées ou affectées par la COVID-19, (iii) les procédures à suivre en cas de suspicion d'infection à la COVID- 19, (iv) l'information relative à la disponibilité des tests de diagnostic pour les populations et à celle des équipements de protection pour les patients et le personnel de santé, (v) les mesures d'atténuation des impacts socioéconomiques liés à la pandémie, (vi) la continuité de la fourniture et de l'accès aux services sociaux de base, etc. ;
- **le renforcement de la mobilisation sociale et l'engagement communautaire** pour accompagner la mise en place d'un plan de riposte de la COVID-19 basé sur une approche, des canaux et médias communautaires avec la participation des réseaux d'influence à l'échelle locale tels que les autorités décentralisées des niveaux région et district sanitaire, les Chefs et Leaders religieux et communautaires, les ASC, les OSC, les médias locaux et de proximité.

8.2.2. OPERATIONNALISATION DU PMPP

Sur le plan opérationnel, la mise en œuvre du PMPP du PA-COVID-19 sera opérée à travers :

- Un appui financier à la Coordination de la Communication officielle et à la gestion de l'information publique à travers notamment (i) une campagne d'information et de sensibilisation sur les radios de proximités des 33 régions sanitaires du pays, (ii) un soutien à la fonctionnalité d'initiatives digitales innovantes pour le renforcement de l'information sur la COVID-19 au niveau communautaire, (iii) le renforcement des capacités des acteurs clés des ministères, des personnels administratifs du MSHP et du personnel de santé aux niveaux régional et district ;
- Un soutien aux structures du MSHP, notamment à : (i) l'INSP pour la conduite de recherches opérationnelles sur les perceptions, connaissances, attitudes et pratiques de la population ivoirienne face à la COVID-19 et la diffusion de leurs résultats, ainsi que l'adaptation des supports et outils de CREC sur la COVID-19 aux contextes locaux, (ii) la DCRP pour la conception et la production de capsules éducatives et d'informations télévisées, la réalisation de supports de sensibilisation, la mise en œuvre d'actions prioritaires en direction des médias et des influenceurs sur les réseaux sociaux et la documentation des leçons apprises et des bonnes pratiques ;
- Un soutien aux Organisations internationales (Croix-Rouge, Alliance, ITPC) et nationales (ANADER, Fédération Nationale des OSC), aux ASC, à l'INHP pour le financement de micro-projets inscrits dans une approche communautaire de lutte contre la COVID-19 et axés, notamment sur (i) le plaidoyer auprès des leaders communautaires, influenceurs, groupes de femmes et de jeunes, etc., (ii) le renforcement des capacités des acteurs et agents communautaires, du personnel de santé et autres acteurs sanitaires, (iii) l'organisation d'opérations de sensibilisation de proximité d'envergure dans les ménages sur l'ensemble du territoire, (iv) le renforcement des capacités pour la détection et le suivi des patients à travers la communauté, (v) la mise en place de systèmes de surveillance active, de retro-information et de gestion des plaintes, (vi) les actions contre la stigmatisation liée à la COVID-19 et les violences sexistes générées par la situation de confinement, (vii) le soutien et le suivi psychosocial des cas suspects ou infectés, etc. ;
- Une collaboration inter-agence avec l'UNICEF et l'OMS en vue d'un soutien pour l'extension des fonctionnalités de la plate-forme U-Report à des activités de redevabilité sociale, de veille citoyenne, de retro-information et de gestion des plaintes et à la mise en œuvre de campagnes d'information et de sensibilisation en direction des femmes et des jeunes.

8.3. CONFORMITE AVEC LES AXES PRIORITAIRES ET LES EXIGENCES EN MATIERE DE PEES DU PA COVID-19

Les activités identifiées au titre du PMPP s’alignent sur la Composante 2 « Communication sur la santé et engagement communautaire » du Document d’Évaluation du Projet ou PAD du PA COVID-19 et ses axes d’intervention prioritaires que sont : (i) Engagement communautaire autour de la responsabilité sociale et la prévention, (ii) Changement comportemental complet et communication des risques et (iii) Diffusion et collecte d’informations.

Elles sont également conformes aux lignes directrices et exigences en matière de Plan d’Engagement Environnemental et Social (PEES) du PA COVID-19, notamment en ses points « NES 4 : Sécurité et Santé des Populations » et « NES 10 : Mobilisation des Parties Prenantes et Information ».

Ces activités permettent ainsi d’apporter une réponse coordonnée dans la mise en œuvre d’actions au niveau communautaire et complètent les efforts en matière de communication déjà initiées par le Gouvernement.

8.4. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES

8.4.1. MECANISME MIS EN PLACE EN PHASE DU DECLENCHEMENT DU PLAN DE RIPOSTE COVID-19

Depuis le déclenchement du plan de riposte COVID-19, des numéros verts spécifiques ont été ouverts au public pour répondre aux interrogations.

Ces numéros sont également ouverts au personnel de santé à côté du dispositif existant et réservé au personnel de santé et aux structures sanitaires.

Dans les centres de dépistage, d’isolement et de traitement, une cellule de crise COVID-19 est identifiée pour gérer au quotidien les plaintes avec un rapport adressé de façon périodique au MSHP qui assure la tutelle. Des plaintes peuvent également être adressées au Ministère en charge de la Solidarité ainsi qu’au Procureur de la République et au MSHP.

Par ailleurs et pour traiter toute plainte pour harcèlement, discrimination ou violence sexiste, une ligne téléphonique gratuite et anonyme couvrant l’ensemble du territoire national est mise en place, à la disposition des plaignantes et des demandeuses d’assistance et offrant un mécanisme de prise en charge multisectorielle des femmes victimes de violence.

Cette ligne verte fournira les services d’écoute, de conseil juridique et informations pertinentes nécessaires, d’informations sur les services disponibles et les procédures recommandées et de coordination avec les parties prenantes des structures gouvernementales et des associations, le cas échéant.

En outre, ce mécanisme sera renforcé par la mise en place au niveau national et local, de Comités de gestion des plaintes avec l'appui de l'Unité de Coordination du Projet.

8.4.2. PROCEDURE DE GESTION DES PLAINTES

La procédure de gestion des plaintes dans le cadre du PA COVID-19 suit les principales étapes suivantes :

- a) Réception ou enregistrement des plaintes ;
- b) Accusée de réception ;
- c) Tri et traitement des plaintes ;
- d) Examen et enquête ;
- e) Réponse ou retour de l'information ;
- f) Procédure d'appel ;
- g) Recours au Tribunal ;
- h) Suivi et enregistrement des plaintes ;
- i) Clôture et archivage.

8.4.2.1. Réception ou enregistrement des plaintes

L'enregistrement des plaintes peut se faire au niveau local ou national : (i) Comité national de gestion des plaintes, (ii) Comités locaux de gestion des plaintes et (iii) Unité de Coordination du PA COVID-19.

Les canaux de dépôt des plaintes sont diverses allant des approches traditionnelles à l'utilisation de nouvelles technologies (boite à réclamations, oralement, cahier d'enregistrement des plaintes, fiche de plainte, courrier formel, courriel, appel téléphonique, envoi d'un SMS (Short Message Service), réseaux sociaux, contact via site internet du Projet, etc.).

La procédure d'enregistrement simple, conviviale sera mise en place pour rendre le MGP accessible à tous les plaignants quels que soient le sexe, l'âge, le lieu d'habitation, le niveau d'instruction, le niveau de revenus, etc.

8.4.2.2. Accusé de réception des plaintes

Un accusé de réception sera systématiquement délivré dès réception de la plainte.

Dans le cas d'une plainte par voie électronique, une réponse automatique de réception de la plainte comprenant les mêmes informations énoncées plus haut est envoyée au plaignant.

Les plaignants sont informés des étapes du processus et des délais de traitement de leurs plaintes. Les délais devront être respectés et en cas de non-respect, les plaignants seront informés des raisons du non-respect et les nouveaux délais proposés.

8.4.2.3. Tri et traitement des plaintes

Une fois qu'elle est enregistrée, le Comité en charge de la gestion des plaintes effectue une évaluation rapide pour déterminer le type de la plainte et son éligibilité. Les plaintes pour lesquelles les liens avec le projet ne sont pas établis sont rejetées. Dans ce cas, il est signifié au plaignant par écrit.

Dans le cas de plaintes éligibles, Le Projet détermine quel « type » de plainte il s'agit et, par conséquent, quelle est la politique ou procédure à appliquer pour traiter la plainte. Le Projet va classer les plaintes selon qu'elles sont de nature sensible (cas de non-prise en charge de personnes testées positives à la COVID-19, violence basée sur le genre, exploitation/abus sexuel etc.) ou non sensible (insuffisance d'équipement, mauvaise gestion des déchets infectieux, etc.) de façon que les griefs soient traités conformément à la politique et procédures appropriées.

8.4.2.4. Examen et enquête

Les plaintes doivent faire l'objet d'un examen et d'une enquête pour :

- déterminer la validité ;
- établir clairement quel engagement ou promesse n'a pas été respecté ;
- et décider des mesures à prendre pour y donner suite.

Il revient aux différents acteurs impliqués dans le traitement des plaintes, d'évaluer la plainte et de mettre en place une action pour la traiter dans les délais notifiés au plaignant.

8.4.2.5. Réponse ou retour de l'information

À la suite de l'examen de la plainte au bout des délais inscrit dans l'accusé de réception, le plaignant est invité par le Comité ayant réceptionné la plainte, à une rencontre pour lui notifier la réponse à sa plainte. Cette notification doit se faire sous forme de Procès-Verbal signé par les personnes présentes à la rencontre ou sous forme de courrier déchargé par le plaignant.

Lorsque la plainte n'est pas du ressort du projet et que la plainte est renvoyée à une autre organisation, la personne plaignante doit en être informée.

8.4.2.6. Procédure d'appel

Tout plaignant non satisfait de la réponse à sa plainte peut faire appel pour un réexamen. La procédure d'appel suit les trois (3) niveaux de traitement des plaintes et se présente comme suit :

- les personnes non satisfaites du traitement de leur plainte par le Comité local, peuvent faire appel au niveau du comité national de gestion des plaintes;
- les plaignants non satisfaits du traitement de la plainte par le comité national doivent remonter leur plainte à l'Unité de Coordination du Projet.

8.4.2.7. Recours au tribunal

L'objectif du Mécanisme de Gestion des Plaintes, est le règlement à l'amiable des différentes plaintes liées aux activités du PA COVID-19. Toutefois, en cas d'échec de la procédure de résolution à l'amiable, le plaignant peut recourir aux autorités judiciaires compétentes en la matière. Cependant, cette voie n'est pas recommandée pour le projet dans la mesure où elle peut constituer un blocage ou un retard dans le déroulement planifié des activités.

8.4.2.8. Suivi et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation du Mécanisme de Gestion des Plaintes sera réalisé par l'UCP Santé Banque Mondiale. Sur la base des différents rapports des Comités locaux et national de gestion des plaintes, l'UCP met en place un système de reporting de l'ensemble des plaintes, les classes par catégorie ou type.

8.4.2.9. Rapports mensuels et/ou trimestriels

Les rapports mensuels et/ou trimestriels sous forme de résumé des plaintes, des mesures prises et des progrès réalisés en termes de résolution des problèmes en suspens, seront élaborés par les Comités de gestion des plaintes qui seront mis en place au niveau national et local, et soumis à l'examen de tous les points focaux à différents niveaux du MSHP ainsi qu'à la Banque mondiale.

8.4.2.10. Clôture et archivage

La procédure de gestion des plaintes est clôturée si la médiation est satisfaisante pour les parties et mène à une entente. L'UCP Santé Banque Mondiale en charge du PA COVID-19 à travers ses spécialistes en Sauvegardes Sociale et Environnementale, doit s'assurer que les solutions proposées dans le cadre de la gestion des plaintes sont appliquées.

Même en l'absence d'un accord, il sera important de clore le dossier, de documenter les résultats et de demander aux parties d'évaluer le processus et sa conclusion.

Un système d'archivage physique et électronique sera mis en place par l'UCP Santé Banque Mondiale pour le classement des plaintes. Ce système sera composé de deux modules, un module sur les plaintes reçues et un module sur le traitement des plaintes. Ce système donnera accès aux informations sur : (i) les plaintes reçues, (ii) les solutions trouvées et (iii) les plaintes non résolues nécessitant d'autres interventions.

Outre le reporting, le suivi et l'archivage des plaintes enregistrées et traitées, l'UCP Santé Banque Mondiale est également chargée de la communication sur les aspects de gestion des plaintes.

Les contacts de l'UCP Santé Banque Mondiale chargée de la coordination du PA COVID-19 :

- Cocody-Angré, 7è Tranche, Quartier Zinsou, lot 4153, ilot 234 Bis ;
- 01 BP 3006 Abidjan 01 ;
- Tel : 22 51 51 55;
- Email: info@ucpsante-bm.org.

8.4.2.11. Détail de la durée des traitements des plaintes

Le détail de la durée de traitement des plaintes est présenté dans le tableau ci-après.

N°	Organisme	Actions proposées	Nombre de jours
1	Comité local	Enregistrement	1
		Tri et Traitement	5
		Réponse ou retour de l'information	1
2	Comité national	Enregistrement	1
		Tri et Traitement	5
		Réponse ou retour de l'information	1
3	Unité de Coordination du Projet	Enregistrement	1
		Tri et Traitement	5
		Réponse ou retour de l'information	1

9. DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES, RESPONSABILITES ET RENFORCEMENT DES CAPACITES

Sur le plan institutionnel, plusieurs parties prenantes sont impliquées dans la gestion des risques afférents aux activités du PA COVID-19 dans ses différentes phases, allant de la conception jusqu'à la mise en œuvre et au démantèlement. Il s'agit de :

9.1. MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP)

Il est chargé de la mise en œuvre et du suivi de la politique du Gouvernement en matière de Santé et d'Hygiène Publique. La politique de santé en Côte d'Ivoire est fondée sur les Soins de Santé Primaires (SSP) avec l'unité opérationnelle qui est le District Sanitaire ou Direction départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP). A l'échelon local, en plus de la DDSHP, le MSHP est représenté par la Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP). Ses structures opérationnelles ont pour missions notamment de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux établissements sanitaires.

Dans le cadre de ce PA COVID-19, le MSHP interviendra en tant que Maître d'Ouvrage de la phase de conception à la phase de mise en œuvre. Le MSHP interviendra aussi dans le suivi et la supervision des activités de réhabilitation des infrastructures, d'équipements du personnel de soins et d'entretien en EPI, et des centres de prise en charge, d'information et de sensibilisation des parties prenantes, de la gestion des déchets sanitaires.

Les principales structures du MSHP concernées par le projet sont :

- la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP) : elle est responsable de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des décisions prises par le Gouvernement dans le cadre du plan de riposte ;
- la DHPSE : c'est la structure en charge de l'identification et de la gestion des facteurs de risques sanitaires liés à l'environnement et de la gestion des déchets sanitaires. Elle assure la coordination et le suivi de la mise en œuvre du Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS). Elle est concernée par les activités du projet et participera en collaboration avec le Spécialiste Sauvegarde Environnementale et Génie Sanitaire de l'UCP-Santé Banque Mondiale, au suivi de la mise en œuvre du CGES et du contrôle des entités agréées et chargées la gestion des déchets sanitaires ;
- la Direction de la Médecine Hospitalière et Proximité (DMHP) est en charge notamment de l'hygiène hospitalière, de la lutte contre les infections nosocomiales et de la sécurité des patients, du personnel soignant, des accompagnants ainsi que du personnel d'entretien. En collaboration avec la DHPSE et les services d'hygiène, Comités d'Hygiène et/ou Cellule Focale SIGDS des établissements sanitaires et le Spécialiste Sauvegarde Environnementale et Génie Sanitaire de l'UCP-Santé Banque mondiale, elle s'assure de la mise en œuvre, du contrôle et du reporting du Plan de Lutte contre les Infections (PLI) ;
- la Direction de la Communication et des Relations Publiques (DCRP) qui assure la responsabilité du Comité Technique de Communication de Crise (CTCC) du MSHP et dont il est l'organe opérationnel. Le CTCC a été mis en place en vue d'une meilleure

coordination de la communication sur les risques et des interventions communautaires dans le cadre de la riposte aux épidémies ;

- les Directions Régionales et Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique ainsi que les établissements sanitaires à travers leurs services d'hygiène, Comités d'Hygiène et/ou Cellule Focale Sécurité des Injections et Gestion des Déchets Sanitaires (SIGDS). Ils sont également directement concernés et agiront en collaboration avec la DHPSE ;
- l'INHP : Point Focal National Règlement Sanitaire International (PFNSI), l'INHP participe à l'atteinte de l'objectif et de la portée du RSI (2005) qui est de « Prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, la maîtriser et y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». L'INHP abrite le COUSP qu'il préside ;
- le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et les Laboratoires nationaux de référence tel que l'IPCI, participe à la détection et la confirmation des cas y compris les cas de résistance aux antimicrobiens ;
- la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP) : elle veillera à la gestion des achats et à la distribution des équipements et matériels biomédicaux acquis dans le cadre du projet ;
- le Comité National de Lutte contre les Épidémies (CNLE) : créé en 2007, il a pour missions d'organiser la lutte contre les épidémies et de gérer les catastrophes sanitaires. Il est composé de Comités Départementaux de Lutte contre les Épidémies (CDLE) chargés de porter au niveau périphérique, les activités du Comité National ;
- les Centres d'Opération des Urgences de Santé Publique (COUSP) : prévu pour remplacer le CNLE et ses démembrements au niveau local, le COUSP est un local qui abrite des compétences multidisciplinaires et multisectorielles destiné à la coordination de l'information et des ressources en vue de supporter les activités de gestion des urgences. Le COUSP prend en compte un programme complet de préparation, de planification et de renforcement des capacités pour faire face aux situations d'urgence de santé publique y compris les épidémies, fournissant un point unique de coordination pour la riposte. En l'absence de COUSP régionaux, les CDLE assurent la continuité des activités de lutte au niveau local.

9.2. UNITE DE COORDINATION DU PROJET SANTE – BANQUE MONDIALE (UCP SANTE – BM)

Il existe au sein du MSHP, une Unité de Coordination des Projets Santé financés par la Banque Mondiale. Rattachée au Cabinet du Ministre, cette unité se chargera de la mise en œuvre du PA

COVID-19. L'UCP Santé – BM est composée d'un Coordonnateur de projet et d'une équipe étoffée, composée de personnes ayant une expérience dans la mise en œuvre de projets financés par la Banque mondiale. L'UCP Santé – BM aura pour mission d'assurer la mise en œuvre au quotidien des activités du projet.

L'Unité compte en son sein, un Spécialiste en Sauvegarde Environnementale, Un Spécialiste en Communication pour le développement et un Spécialiste en Sauvegarde Sociale, chargés, en collaboration avec les ministères techniques et les agences d'exécution, de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du Plan de Mobilisation des Parties Prenantes au projet, de la diffusion de l'information en direction des zones bénéficiaires du projet, de la vérification de l'impact environnemental et social du projet, de la définition et du suivi de la mise en œuvre du Plan de Gestion Environnementale et Sociale (PGES) pour chaque site concerné ainsi que le suivi et l'évaluation. L'UCP Santé – BM à travers ses Spécialistes, mettra le CGES du projet à la disposition des responsables des agences d'exécution et des zones concernées, pour une meilleure appropriation des principes qui régissent la gestion environnementale et sociale. A cet effet, des sessions de formation seront organisées. Il devra également s'assurer que les clauses de gestion environnementale et sociale sont prises en compte dans les différents dossiers d'appels d'offres, les contrats et les marchés.

9.3. INSTITUT PASTEUR DE COTE D'IVOIRE (IPCI)

L'IPCI est le centre de référence nationale pour les prélèvements, le transport des échantillons, la détection et la confirmation des cas y compris les cas de résistance aux antimicrobiens. A travers son Centre national de référence de la grippe et des virus respiratoires, l'IPCI, en collaboration avec les autres laboratoires, apporte un appui considérable au plan national de riposte par un renforcement de la surveillance épidémiologique.

9.4. MINISTERE DE L'ASSAINISSEMENT ET DE LA SALUBRITE (MINASS)

Avec ses services compétents, le MINASS est concerné par les activités du projet à travers notamment (i) la mise en œuvre de la politique nationale de gestion des DSMA, du PNGDS, (ii) le renforcement de l'assainissement et (iii) l'organisation en collaboration avec l'INHP, des opérations de nettoyage et de désinfections des places publiques. Les structures concernées sont :

- la Direction Générale de l'Assainissement et de la Salubrité (DGAS) ;
- l'Office National de l'Assainissement et du Drainage (ONAD) ;
- l'Agence Nationale de Gestion des Déchets (ANAGED).

9.5. MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT ET DU DEVELOPPEMENT DURABLE

Le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable est chargé de la conception, la mise en œuvre et le suivi de la politique nationale en matière de protection de l'environnement et de développement durable. Le MINEDD à travers les structures techniques, s'assurera que tous les impacts environnementaux et sociaux négatifs ont été identifiés et que les mesures d'atténuation efficace, réalistes et réalisables ont été proposées dans le cadre de la mise en œuvre des activités du projet. Ces structures sont :

- l'Agence Nationale de l'Environnement (ANDE) ;
- le Centre Ivoirien Antipollution (CIAPOL) ;
- l'Office Ivoirien des Parcs et Réserves (OIPR) ;
- le Programme National de Gestion des Déchets (PNGD).

Le projet pourra éventuellement bénéficier de l'accompagnement de ces structures, notamment dans la surveillance environnementale et sociale avec l'ANDE, le contrôle des pollutions éventuelles avec le CIAPOL et la gestion des déchets dangereux avec le PNGD.

9.6. MINISTERE DE LA COMMUNICATION ET DES MEDIA

Il aidera au développement et à la mise en œuvre du Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP) à travers, la participation à l'élaboration du plan de communication, à la conception et à la diffusion des supports de communication appropriés.

9.7. MINISTERE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA POSTE

Il participera à la mise en œuvre du PMPP par l'information et la sensibilisation des populations à travers la diffusion de messages à travers les médias sociaux. Les NTIC permettront de renforcer la détection des cas et de leurs contacts ainsi que leur suivi.

9.8. MINISTERE DE L'INTERIEUR DE LA PROTECTION CIVILE

Avec la Direction Générale de la Police Nationale et les services spécialisés, le Ministère de l'Intérieur et de la Protection Civile assure l'application et le contrôle du respect des mesures barrières dans tous les secteurs d'activités et des dispositions réglementaires en matière de normes environnementales.

9.9. COLLECTIVITES TERRITORIALES

Les Municipalités et les Conseils Régionaux, structures décentralisées de l'Etat central, sont concernés par les activités du projet notamment du fait de leur proximité avec les populations. Ces entités peuvent, à travers leurs faitières que sont l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI) et l'Assemblée des Régions et Districts de Côte d'Ivoire (ARDCI), relayer et accentuer l'information de proximité et la sensibilisation des communautés.

9.10. EXPERTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX EN VIROLOGIE, PNEUMOLOGIE, MALADIES INFECTIEUSES ET GESTION DES EPIDEMIES

Ils se chargeront de l'accompagnement de l'INHP, du COUSP et des services hospitaliers ainsi que le renforcement des capacités des structures de prise en charge et des acteurs pour prévenir et faire face à la propagation du coronavirus.

9.11. SECTEUR PRIVÉ

Il s'agit du secteur privé médical et paramédical apportant son concours à la mise en plan de riposte. Les établissements privés participant au confinement des cas confirmés, les entreprises agréées pour le traitement et la désinfection des espaces et places publiques ainsi que les sociétés agréées, chargées de la gestion des déchets sanitaires jouent un rôle important dans la riposte.

9.12. SOCIETE CIVILE

A travers les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les associations et groupements bénévoles de développement, la société civile tient sa place dans l'information et la sensibilisation de la population.

Tous les intervenants doivent être ciblés, chacun par rapport à sa responsabilité, par des formations sur les moyens de protection et de prévention ainsi que des renforcements des capacités de réponse rapide aux niveaux national, régional et local.

10. CALENDRIER ET BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES

10.1. CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE

Le calendrier de mise en œuvre et de suivi des activités environnementales et sociales du PA COVID-19 s'établira sur toute la durée d'exécution du projet qui se poursuivra jusqu'à ce que la fin de la pandémie soit officiellement déclarée.

10.2. COÛTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES A PREVOIR DANS LE PROJET

Les coûts des mesures environnementales estimés et qui seront intégrés dans le projet s'élèvent à **cinq cent quatre-vingt millions de francs CFA (580 000 000 FCFA), soit un million cent soixante mille dollar US (1 160 000 \$ US)** comme l'indique le tableau 4 :

Tableau 4. Estimation des coûts des mesures environnementales et sociales du projet

N°	Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire (FCFA)	Coût total (FCFA)
1.	Mesures institutionnelles, techniques et de suivi				
1.1.	Provision pour la réalisation et mise en œuvre des instruments spécifiques (EIES/CIES/PGES, audit E&S y compris PHSST)	Nb	2	20 000 000	40 000 000
1.2.	Provision pour la contractualisation avec les opérateurs privés agréés pour la collecte, le transport et l'élimination des déchets sanitaires à risque et organiser le suivi de leurs activités.	FF	6	50 000 000	300 000 000
1.3.	Suivi permanent de la mise en œuvre des PGES spécifiques par les services techniques	FF	6	5 000 000	30 000 000
1.4.	Audits (à mi-parcours et final) de la mise en œuvre du CGES	FF	2	20 000 000	40 000 000
1.5.	Finalisation et mise en œuvre de Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) y compris celui des VBG et diffusion	FF	1	10 000 000	10 000 000
Sous-Total mesures institutionnelles, techniques et de suivi					380 000 000
2.	Formations				

N°	Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire (FCFA)	Coût total (FCFA)
2.1.	Formation sur les mesures de santé et sécurité au travail (SST) pour le personnel de santé, les autres services techniques partenaires et Spécialistes du projet	FF	1	50 000 000	50 000 000
2.2.	Formation en suivi environnemental et social de projets pour ONGs, organisations de la société civile, autres services techniques et UCP	FF	1	50 000 000	50 000 000
Sous-Total Formation					100 000 000
3.	Mesures de Sensibilisation Education et Communication				
3.1.	Campagnes d'information et de sensibilisation des populations, des services techniques, prestataires privés et du personnel de santé sur les risques et mesures d'atténuation du PA COVID-19	FF	1	100 000 000	100 000 000
Sous-Total mesures de Sensibilisation					100 000 000
	TOTAL GENERAL FCFA				580 000 000
	TOTAL GENERAL \$ US				1 160 000

ANNEXES

Annexe 1. Sigles et acronymes

ANADER	Agence Nationale de Développement Rural
ANAGED	Agence Nationale de Gestion des Déchets
ANDE	Agence Nationale de l'Environnement
ARDCI	Assemblée des Régions et Districts de Côte d'Ivoire
ASC	Agents de Santé Communautaire
BPISA	Bonnes pratiques internationales du secteur d'activité
CeDReS	Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida et les autres Maladies Infectieuses
CERC	Composante d'intervention d'urgence conditionnelle
CDC	Centre de contrôle et de prévention des maladies
CDLE	Comités Départementaux de Lutte contre les Epidémies
CEC	Constat d'Exclusion Catégorielle
CES	Cadre Environnemental et Social
CGES	Cadre de Gestion Environnementale et Sociale
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIAPOL	Centre Ivoirien Antipollution
CIES	Constat d'Impact Environnemental et Social
CNLE	Comité National de Lutte contre les Epidémies
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COUSP	Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique
CoV-2-SRAS	Coronavirus 2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 / Maladie à coronavirus de 2019

CPR	Cadre de Politique de Réinstallation
CREC	Communication des Risques et l'Engagement Communautaire
CSUS	Centre de Santé Urbain Spécialisé
CTCC	Comité Technique de Communication de Crise
CVET	Centre de Valorisation et d'Enfouissement Technique
D3E	Déchets d'Équipements Électriques et Électroniques
DCRP	Direction de la Communication et des Relations Publiques
DDSH	Direction départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DGAS	Direction Générale de l'Assainissement et de la Salubrité
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DHPSE	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DMHP	Direction de la Médecine Hospitalière et Proximité
DRSHP	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DSMA	Déchets Solides Ménagers et Assimilés
EIES	Étude d'Impact Environnemental et Social
ENV 2015	Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages 2015
EPI	Équipement de Protection Individuelle
ESPC	Établissements Sanitaires de Premiers Contacts
ESS	Environnemental, Sanitaire et Sécuritaire
ESSS	Environnemental, Social, Sanitaire et Sécuritaire
FAP	Femme en Âge de Procréer
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
ITPC	International Treatment Preparedness Coalition / Coalition Internationale pour la Préparation au Traitement

LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MINASS	Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
N-PSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
NES	Normes Environnementales et Sociales
OIPR	Office Ivoirien des Parcs et Réserves
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAD	Office National de l'Assainissement et du Drainage
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OSC	Organisations de la Société Civile
PAD	Project Appraisal Document (Document d'Évaluation du Projet)
PAR	Plan d'Action de Réinstallation
PARU	Projet d'Assainissement et de Résilience Urbaine
PEES	Plan d'Engagement Environnemental et Social
PFNRSI	Point Focal National Règlement Sanitaire International
PGES	Plan de Gestion Environnementale et Sociale
PIU	Plan d'Intervention d'Urgence
PLI	Plan de Lutte contre les Infections
PMPP	Plan de Mobilisation des Parties Prenantes
PNGDS	Plan National de Gestion des Déchets sanitaires
PNLMM	Programme National de Lutte contre les Maladies Métabolique
PPSD	Stratégie de passation des marchés du projet pour promouvoir le développement
PSPR	Programme Stratégique de Préparation et de Riposte
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RETROCI	Rétrovirus Côte d'Ivoire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SAMU	Service d'Assistance Médical et d'Urgence
SARA	Services Availability and Readiness Assessment
SCB	Secrétariat de la Convention de Bâle
SIGDM	Sécurité des Injections et Gestion des Déchets Médicaux
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
SSP	Soins de Santé Primaires
SST	Santé et sécurité au travail
UCP	Unité de Coordination du Projet
UVICOCI	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexe 2. Formulaire d'identification de questions environnementales et sociales potentielles

Ce formulaire doit être utilisé par l'agence de mise en œuvre pour déterminer le niveau des risques environnementaux et sociaux que pourrait poser un sous-projet proposé, déterminer l'applicabilité des normes environnementales et sociales (NES) de la Banque, proposer les niveaux de risques environnementaux et sociaux retenus ainsi que l'instrument à mettre au point pour le sous-projet.

Désignation du sous-projet	
Emplacement du sous-projet	
Promoteur du sous-projet	
Investissement estimé	
Date de démarrage/clôture	

Questions	Réponse		NES applicable	Vérifications préalables/mesures à prendre
	Oui	Non		
Le sous-projet comporte-t-il des travaux de génie civil incluant la réhabilitation, l'expansion, la rénovation ou la remise en état d'établissements de santé et/ou d'installations de gestion des déchets associées ?			NES n° 1	EIES/PGES,
Le sous-projet requiert-il l'acquisition de terres et/ou des restrictions à l'utilisation des terres ?			NES n° 5	PAR complet/abrégré
Le sous-projet requiert-il l'acquisition d'installations destinées à l'accueil des patients (y compris des cas non confirmés à des fins d'observation ou de confinement) ?			NES n° 5	
Le sous-projet est-il associé à des installations externes de gestion de déchets, comme une décharge contrôlée, un incinérateur ou une station d'épuration des eaux usées pour l'élimination des déchets médicaux appartenant à des tiers ?			NES n° 3	EIES/PGES,
Existe-t-il un cadre réglementaire solide ou des capacités institutionnelles suffisantes pour la lutte contre les infections nosocomiales et la gestion des déchets médicaux ?			NES n° 1	EIES/PGES,
Le sous-projet prévoit-il le transport transfrontalier de spécimens, d'échantillons, de matériel infectieux et de matières dangereuses ?			NES n° 3	EIES/PGES,
Le sous-projet requiert-il d'avoir recours à du personnel de sécurité durant la rénovation et/ou l'exploitation des établissements de santé ?			NES n° 4	EIES/PGES,
Le sous-projet est-il situé à l'intérieur ou à proximité de zones écologiquement sensibles ?			NES n° 6	EIES/PGES,

Des groupes vulnérables sont-ils présents dans la zone du sous-projet et sont-ils susceptibles d'être affectés négativement ou positivement par le sous-projet proposé ?			NES n° 7	Plan pour les groupes vulnérables/Plan de développement des peuples autochtones
Le sous-projet est-il situé à l'intérieur ou à proximité de sites connus du patrimoine culturel ?			NES n° 8	EIES/PGES,
La zone du projet présente-t-elle un risque important de violences sexistes ou d'exploitation et d'atteintes sexuelles (EAS) ?			NES n° 1	EIES/PGES
Existe-t-il un différend territorial entre deux ou plusieurs pays touchés par le sous-projet et ses aspects accessoires ou ses activités connexes ?			PO 7.60 : Projets situés dans des zones en litige	Approbation des pays concernés
Le sous-projet et ses aspects accessoires ou ses activités connexes requièrent-ils l'utilisation de voies d'eau internationales, sont-ils susceptibles de polluer ces voies d'eau ou sont-ils entrepris dans ces voies d'eau ³⁴ ?			PO 7.50 : Projets relatifs aux voies d'eau internationales	Notification (ou dérogations)

Conclusions :

- 1. Proposition de notation du risque environnemental et social (élevé, substantiel, modéré ou faible). Motiver la proposition.**
- 2. Instruments environnementaux et sociaux proposés.**

NB : Pour toute activité ou tout sous-projet qui rend pertinente une NES, autre que celles identifiées comme pertinente dans le résumé de la revue environnementale et sociale (ESRS) et dans le Plan d'Engagement Environnemental et Social (PEES), ou qui déclenche une nouvelle Politique Opérationnelle de sauvegarde, en l'occurrence, la PO 7.50 et/ou PO 7.60, le screening signalera la nécessité de mettre à jour l'ESRS, en plus de l'instrument E&S spécifique de l'activité, à préparer.

³⁴ Les voies d'eau internationales désignent tout fleuve, rivière, canal, lac ou étendue d'eau analogue formant une frontière entre deux États ou plus, ou tout fleuve, rivière, ou étendue d'eau de surface traversant deux États ou plus.

Annexe 3. Modèle de Plan de Gestion Environnementale et Sociale

Introduction

Le présent PGES est constitué de plusieurs tableaux comprenant des mesures d'atténuation des risques environnementaux et sociaux à mettre en œuvre tout au long de la durée de vie du projet. Un PGES complet devrait aussi décrire les dispositions institutionnelles et les plans de renforcement des capacités et de formation du projet, et fournir des renseignements de base sur celui-ci. L'Emprunteur peut inclure des sections pertinentes du CGES dans ce PGES, qui seront actualisées au besoin.

Les tableaux soulignent la nécessité de gérer les risques environnementaux et sociaux tout au long de la durée de vie du projet, y compris aux phases de planification et de conception, de construction, d'exploitation et de démantèlement. Les questions et les risques présentés dans ces tableaux sont basés sur les études de la COVID-19 et les actions entreprises pour faire face à d'autres maladies infectieuses, ainsi que sur les enseignements tirés de projets similaires financés par la Banque dans le secteur de la santé.

Beaucoup de mesures d'atténuation et de bonnes pratiques pertinentes sont bien détaillées dans les Directives ESS du Groupe de la Banque mondiale, les directives de l'OMS et d'autres BPISA. Elles doivent être suivies de manière générale, compte tenu du contexte du pays. Les parties prenantes devraient être associées pleinement, et les professionnels de la santé et de la gestion des déchets médicaux devraient participer étroitement à la détermination des mesures d'atténuation.

Le Plan de lutte contre les infections et de gestion des déchets est considéré comme faisant partie du PGES.

Le PGES devrait faire référence aux documents environnementaux et sociaux pertinents, conformément au CES, notamment aux Procédures de gestion de la main-d'œuvre et au PAR.

Tableau 5. Risques environnementaux et sociaux et mesures d'atténuation connexes durant la phase de planification et de conception

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Préciser la nature, l'emplacement et l'envergure des établissements de santé					
Déterminer les besoins de nouvelles constructions, d'expansion, de rénovation et/ou de remise en état					
Déterminer les besoins d'ouvrages complémentaires et d'installations connexes comme des voies d'accès, des matériaux de construction, des conduites d'eau et des lignes électriques, des réseaux d'égouts.					
Déterminer les besoins d'acquisition de terrains et d'autres éléments de patrimoine (notamment des installations existantes comme un foyer ou un stade pour confiner des patients potentiels)					
Identifier les installations de gestion des déchets sur site et hors site, et les itinéraires de transport de déchets ainsi que les prestataires de services compétents					
Déterminer les besoins de mouvements transfrontaliers d'échantillons, de spécimens, de réactifs et d'autres matières dangereuses		Élaborer des procédures de gestion de la main-d'œuvre			
Déterminer les besoins de main-d'œuvre et le type de travailleurs requis					
Conception des établissements de santé - dispositions générales	<ul style="list-style-type: none"> - Risque lié à la sécurité des bâtiments - Aménagement fonctionnel et installations techniques pour prévenir les infections nosocomiales 				
Conception des établissements de santé — prise en compte du traitement différencié de groupes hautement sensibles					

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
ou vulnérables (par exemple, les personnes âgées, les personnes ayant des antécédents médicaux, ou les tout-petits)					
Conception des établissements de santé — prise en compte des personnes handicapées, et particulièrement du principe d'accès universel autant que de besoin					
Estimation des flux de déchets médicaux dans l'établissement de santé					

Tableau 6. Risques environnementaux et sociaux et mesures d'atténuation connexes durant la phase de construction

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Nettoyage de la végétation et des arbres Travaux de construction à proximité de zones/lieux écologiquement sensibles	Répercussions sur les habitats naturels, les ressources écologiques et la diversité biologique				
Travaux généraux de construction — excavation de fondations ; réalisation de forages	- Incidence sur les sols et les eaux souterraines Risques géologiques				
Travaux généraux de construction —	- Questions d'utilisation rationnelle des ressources, y compris des matières premières, de l'eau et de l'énergie Approvisionnement en matériaux				
Travaux généraux de construction — gestion de la pollution de manière générale	- Déchets solides issus des travaux de construction - Eaux résiduaires des travaux de construction - Nuisances sonores - Vibrations - Poussière				

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
	Émissions atmosphériques générées par le matériel de construction				
Travaux généraux de construction — gestion des déchets dangereux	Carburants, huiles, lubrifiants				
Travaux généraux de construction — questions liées à la main-d'œuvre	Questions liées à la main-d'œuvre	Voir les Procédures de gestion de la main-d'œuvre			
Travaux généraux de construction — santé et sécurité au travail (SST)					
Travaux généraux de construction — circulation et sécurité routière	-				
Travaux généraux de construction — personnel de sécurité					
Travaux généraux de construction — terrains et autres éléments de patrimoine	Acquisition de terrains et d'autres éléments de patrimoine				
Travaux généraux de construction — main-d'œuvre	- Afflux de main-d'œuvre Base vie des travailleurs				
Travaux généraux de construction —	Violences sexistes ou exploitation et atteintes sexuelles				
Travaux généraux de construction — patrimoine culturel	Patrimoine culturel	Procédure de découverte fortuite			
Travaux généraux de construction — préparation et réponse aux situations d'urgence					
Travaux de construction liés aux installations de gestion des déchets <i>sur site</i> , y compris entrepôt de stockage temporaire, incinérateur, système d'égouts et station d'épuration des eaux usées					
Travaux de construction liés à la démolition de structures ou d'installations existantes (au besoin)					
<i>À compléter</i>					

Tableau 7. Risques environnementaux et sociaux et mesures d'atténuation connexes durant la phase d'exploitation

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Fonctionnement général de l'établissement de santé — environnement	Déchets généraux, eaux usées et émissions atmosphériques				
Fonctionnement général de l'établissement de santé — questions SST	- Dangers physiques - Risques d'électrocution et d'explosion - Incendie - Emploi de substances chimiques - Dangers ergonomiques Danger radioactif				
Fonctionnement de l'établissement de santé — questions liées à la main-d'œuvre					
Fonctionnement de l'établissement de santé — prise en compte du traitement différencié de groupes hautement sensibles ou vulnérables (par exemple, les personnes âgées, les personnes ayant des antécédents médicaux ou les tout-petits)					
Fonctionnement de l'établissement de santé — prise en compte des personnes handicapées, et particulièrement du principe d'accès universel autant que de besoin					
Fonctionnement de l'établissement de santé — plan de lutte contre les infections et de gestion des déchets					
Réduction, réutilisation et recyclage des déchets					
Livraison et stockage de spécimens, d'échantillons, de réactifs, de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales	-				
Stockage et manipulation de spécimens, d'échantillons, de réactifs et de matériel infectieux					

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Séparation, conditionnement, codage couleur et étiquetage des déchets					
Collecte et transport sur site					
Stockage des déchets					
Traitement et élimination des déchets sur place					
Transport et élimination des déchets dans des usines de traitement hors site					
Fonctionnement de l'établissement de santé — mouvement transfrontière de spécimens, d'échantillons, de réactifs, d'équipements médicaux et de matériel infectieux					
Exploitation des installations acquises pour l'accueil de personnes potentiellement atteintes de la COVID-19					
Situations d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Déversements - Exposition professionnelle à des agents infectieux - Exposition à des rayonnements, rejets accidentels de substances infectieuses ou dangereuses dans l'environnement - Défaillance des équipements médicaux - Défaillance des équipements de traitement des déchets solides et des eaux résiduaires - Incendie Autres situations d'urgence	Plan d'intervention d'urgence			
<i>À compléter</i>					

Tableau 8. Risques environnementaux et sociaux et mesures d'atténuation connexes durant la phase de démantèlement

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Démantèlement d'établissements de santé provisoires					
Démantèlement d'équipements médicaux					
Procédures classiques de démantèlement					
<i>À compléter</i>					

Annexe 4. Modèle de Plan de Lutte contre les Infections et de Gestion des Déchets (PLIGD)

1. Introduction

1.1 Décrire le contexte et les composantes du projet.

1.2 Décrire l'établissement de santé ciblé :

- Nature : Par exemple, hôpital général, dispensaire, hôpital de jour ou établissement hospitalier, laboratoire médical ;
- *Type particulier d'établissement de santé destiné à la lutte contre la COVID-19 : par exemple, des installations existantes peuvent être acquises pour l'accueil de cas non confirmés à des fins d'observation ou de confinement ;*
- Fonctions et dispositions relatives au contrôle des niveaux d'infection, par exemple les niveaux de confinement biologique ;
- Emplacement et installations associées, y compris les voies d'accès, les adductions d'eau, les lignes électriques ;
- Capacités : lits

1.3 Décrire les normes de conception des établissements de santé, qui peuvent comprendre des spécifications techniques concernant la structure générale des bâtiments et leur sécurité, la séparation des salles, le chauffage, la ventilation et la climatisation, les autoclaves, et les équipements de gestion des déchets.

2. Lutte contre les infections et gestion des déchets

2.1 Présentation générale de la lutte contre les infections et la gestion des déchets dans l'établissement de santé

- Indiquer la nature, la source et le volume des déchets médicaux produits par l'établissement de santé, y compris des déchets solides et liquides et des émissions atmosphériques (si elles sont importantes) ;
- Classer et quantifier les déchets des établissements de santé (déchets infectieux, déchets pathologiques, aiguilles, déchets liquides et non dangereux) suivant les directives ESS pertinentes du Groupe de la Banque mondiale pour les établissements de santé et les BPISA ;
- *Compte tenu du caractère infectieux du nouveau coronavirus, certains déchets habituellement classés comme non dangereux peuvent être considérés comme dangereux. Il est possible que le volume de déchets augmente considérablement au regard du nombre de patients hospitalisés durant l'épidémie de COVID-19. Une attention particulière devrait être accordée à l'identification, la classification et la quantification des déchets médicaux.*
- Décrire le système de gestion des déchets médicaux employé dans l'établissement de santé, y compris la livraison de matériel ; la production, la manipulation, la collecte, le stockage, le transport, l'élimination et le traitement des déchets ; et la désinfection et la stérilisation des outils et des espaces ;
- Fournir un diagramme des flux de déchets dans l'établissement de santé, si possible ;
- Décrire les niveaux de performance et/ou les normes applicables ;
- Décrire les dispositions institutionnelles ainsi que les rôles et responsabilités en matière de lutte contre les infections et de gestion des déchets.

2.2 Mesures de gestion

- Réduction, réutilisation et recyclage des déchets : L'établissement de santé devrait envisager d'adopter des pratiques et procédures visant à la réduire la production de déchets, sans pour autant nuire à l'hygiène et la sécurité des patients.
- Livraison et stockage de spécimens, d'échantillons, de réactifs, de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales : L'établissement de santé devrait adopter des pratiques et procédures visant à réduire au minimum les risques associés à la livraison, à la réception et au stockage de matériel médical dangereux.
- Séparation, conditionnement, codage couleur et étiquetage des déchets : L'établissement de santé devrait s'appliquer rigoureusement à séparer les déchets là où ils ont été produits. Il importe de suivre des méthodes de conditionnement, de codage couleur et d'étiquetage des déchets approuvées à l'échelle internationale.
- Collecte et transport sur site : L'établissement de santé devrait adopter des pratiques et procédures permettant d'enlever dans les délais requis les déchets correctement conditionnés et étiquetés en utilisant les chariots et les itinéraires désignés à cet effet. Les outils et les espaces pertinents devraient être désinfectés de manière systématique. L'hygiène et la sécurité des personnels d'appui des établissements de santé tels que les agents d'entretien devraient être assurées.
- Stockage des déchets : Un établissement de santé devrait disposer de multiples aires de stockage destinées à recevoir différents types de déchets. Les fonctions et la taille de ces aires de stockage sont déterminées au stade de la conception. Les aires de stockage devraient être entretenues et désinfectées conformément aux normes. Les rapports disponibles donnent à penser que durant l'épidémie de COVID-19, les déchets infectieux devraient être enlevés des aires de stockage de l'établissement de santé dans un délai de 24 heures.
- Traitement et élimination des déchets sur place (à l'aide d'un incinérateur par exemple) : Beaucoup d'établissements de santé possèdent leurs propres équipements d'incinération de déchets installés sur place. Une vérification préalable de l'incinérateur existant devrait être effectuée pour déterminer son efficacité du point de vue technique, sa capacité de traitement, son rendement et les compétences de son opérateur. Dans le cas où des manquements sont observés, des mesures correctives devraient être recommandées. Pour de nouveaux établissements de santé financés par le projet, les équipements d'élimination des déchets devraient être intégrés dans la conception globale, et une EIES préparée à cet effet. On peut trouver des pratiques de référence en matière conception et d'exploitation et des normes d'émissions adoptées à l'échelle internationale pour l'incinération des déchets médicaux dans les directives ESS pertinentes et les BPISA.
- Transport et élimination des déchets dans des usines de traitement hors site : Tous les établissements de santé ne disposent pas d'incinérateurs appropriés ou efficaces sur place. Et tous les déchets médicaux ne se prêtent pas à une incinération. Un incinérateur sur site produit des résidus après usage. C'est la raison pour laquelle on devra probablement avoir recours à des installations d'élimination de déchets hors sites appartenant à l'administration locale ou au secteur privé. Ces équipements de traitement des déchets hors site peuvent comprendre des incinérateurs et des décharges pour déchets dangereux. Dans le même ordre d'idée, ces équipements externes de gestion des déchets devraient faire l'objet de vérifications préalables pour déterminer leur efficacité du point de vue technique, leur capacité de traitement, leur rendement et les compétences de leur opérateur. Dans le cas où des manquements sont observés, des mesures correctives devraient être recommandées et adoptées de commun accord avec les autorités nationales ou les opérateurs privés concernés.
- Traitement des eaux résiduaires : La séparation et la manipulation judicieuses des déchets, comme indiqué plus haut, sont nécessaires pour réduire au minimum l'infiltration de déchets solides dans le flux d'eaux usées. Au cas où les eaux résiduaires sont rejetées dans le réseau

municipal d'assainissement des égouts, l'établissement de santé devrait s'assurer que ces effluents sont conformes à toutes les autorisations et normes applicables, et que la station d'épuration urbaine est capable de manipuler le type d'effluents rejetés. Dans le cas où il n'existe aucun réseau d'égouts urbains, l'établissement de santé devrait construire et exploiter correctement des ouvrages primaires et secondaires de traitement des eaux usées et de désinfection. Les résidus des ouvrages de traitement des eaux usées sur site, comme les boues, devraient également être éliminés convenablement. Il existe aussi des cas où les eaux résiduaires de l'établissement de santé sont transportées par camions vers des stations d'épuration urbaines pour traitement. Il faudrait procéder à des vérifications préalables concernant l'application des règles de transport sans risque ainsi que les capacités et le rendement de ces stations.

3. Préparation et réponse aux situations d'urgence

Les incidents nécessitant une intervention d'urgence dans un établissement de santé peuvent comprendre des déversements, l'exposition professionnelle à des agents infectieux ou des rayonnements, les rejets accidentels de matériel infectieux ou de substances dangereuses dans l'environnement, les défaillances des équipements médicaux, les défaillances des installations de traitement des déchets solides et des eaux résiduaires, et des incendies. Ces situations d'urgence peuvent avoir de graves répercussions sur le personnel médical, la population, le fonctionnement de l'établissement de santé et l'environnement.

C'est la raison pour laquelle il est recommandé de mettre au point un Plan d'intervention d'urgence (PIU) proportionné au niveau des risques. Les principaux éléments d'un PIU sont énoncés au paragraphe 21 de la NES n° 4 — Santé et sécurité des populations.

4. Dispositions institutionnelles et renforcement des capacités

Les dispositions institutionnelles et les rôles et responsabilités doivent être clairement définis. Un plan de formation comportant des programmes de formation cycliques devrait être mis au point. Les mesures suivantes sont recommandées :

- Définir les rôles et responsabilités de chaque maillon de la chaîne intégrale de lutte contre les infections et de gestion des déchets ;
- Mobiliser du personnel qualifié et en nombre suffisant, y compris pour la lutte contre les infections et la biosécurité ainsi que l'exploitation de l'installation de gestion des déchets.
- Souligner que le responsable d'un établissement de santé assume la responsabilité globale de la lutte contre les infections et de la gestion des déchets ;
- Faire intervenir tous les départements concernés dans un établissement de santé, et constituer une équipe interne chargée de la gestion, la coordination et l'examen périodique des problèmes et de la performance ;
- Mettre en place un système de gestion de l'information pour suivre et enregistrer les flux de déchets produits au niveau de l'établissement de santé ; et
- Associer le personnel médical, les agents affectés à la gestion des déchets et les agents d'entretien aux activités de renforcement des capacités et de formation. Les agents des services de gestion des déchets indépendants devraient également recevoir une formation appropriée.

5. Suivi et rapports

De nombreux établissements de santé dans les pays en développement sont confrontés au défi de l'insuffisance du suivi et de l'enregistrement des flux de déchets médicaux. Les établissements de santé devraient mettre en place un système de gestion de l'information pour suivre et enregistrer les flux de déchets de leur lieu de production, leur séparation, leur conditionnement, leur stockage temporaire aux chariots/véhicules de transport et aux installations de gestion. L'établissement de santé est encouragé à informatiser un tel système dans la mesure où ses capacités techniques et financières le permettent.

Comme indiqué plus haut, le responsable de l'établissement de santé en assume l'entière responsabilité, dirige une équipe interne et examine régulièrement les problèmes et l'efficacité des méthodes de lutte contre les infections et de gestion des déchets au sein de l'établissement. Un système interne de rapports et de classement devrait être en place.

En dehors de l'établissement de santé, les rapports doivent être préparés conformément aux exigences des pouvoirs publics et de la Banque mondiale.

Tableau 9. Tableau PLIGD

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Fonctionnement général de l'établissement de santé — environnement	Déchets généraux, eaux usées et émissions atmosphériques				
Fonctionnement général de l'établissement de santé — questions SST	Dangers physiques Risques d'électrocution et d'explosion Incendie Emploi de substances chimiques Dangers ergonomiques Danger radioactif				
Fonctionnement de l'établissement de santé — plan de lutte contre les infections et de gestion des déchets					
Réduction, réutilisation et recyclage des déchets					
Livraison et stockage de spécimens, d'échantillons, de réactifs, de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales					
Stockage et manipulation de spécimens, d'échantillons, de réactifs et de matériel infectieux					
Séparation, conditionnement, codage couleur et étiquetage des déchets					
Collecte et transport sur site	-				
Stockage des déchets					
Traitement et élimination des déchets sur place					
Transport et élimination des déchets dans des usines de traitement hors site					
Fonctionnement de l'établissement de santé — mouvement transfrontalier de spécimens, d'échantillons, de réactifs, d'équipements médicaux et de matériel infectieux					

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Situations d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Déversements - Exposition professionnelle à des agents infectieux - Exposition à des rayonnements, rejets accidentels de substances infectieuses ou dangereuses dans l'environnement - Défaillance des équipements médicaux - Défaillance des équipements de traitement des déchets solides et des eaux résiduaires * - Incendie <p>Autres situations d'urgence</p>	Plan d'intervention d'urgence			
Exploitation des installations acquises pour l'accueil de personnes potentiellement atteintes de la COVID-19					
<i>À compléter</i>					

Annexe 5. Protocole de prévention et contrôle des infections

(Adapté des Recommandations provisoires du CDC en matière de prévention et de contrôle de l'infection pour les cas confirmés de COVID-19 ou les personnes en observation en milieu hospitalier pour la COVID-19)

ETABLISSEMENTS DE SOINS

1. Limiter les risques de contamination (pour le personnel, d'autres patients et les visiteurs)

- Dès leur arrivée, veiller à ce que les patients présentant des symptômes d'une infection respiratoire quelconque attendent dans une section séparée, isolée et bien ventilée de l'établissement de santé, et leur fournir un masque facial.
- Pendant la consultation, veiller à ce que tous les patients observent les règles d'hygiène pour la toux, les éternuements et les mains ainsi que les procédures d'isolement. Donner oralement des instructions sur les modalités d'enregistrement et utiliser des panneaux simples rédigés en langues locales et assortis d'images pour rappeler continuellement les mesures à prendre.
- Mettre à disposition des solutions hydroalcooliques (contenant entre 60 et 95 % d'alcool), des mouchoirs et des masques faciaux dans les salles d'attente et les chambres des patients.
- Isoler les patients autant que possible. Si des chambres individuelles ne sont pas disponibles, séparer tous les patients à l'aide de rideaux. Seuls les patients définitivement confirmés comme atteints de la COVID-19 peuvent être placés dans une même chambre. Aucun autre patient ne peut être placé dans la même chambre.

2. Prendre les précautions standard

- Former l'ensemble du personnel et les bénévoles à comprendre les précautions standard — supposez que tout le monde peut être infecté et comportez-vous en conséquence.
- Réduire au minimum les contacts entre les patients et les autres personnes présentes dans l'établissement : seuls les professionnels de santé devraient avoir des contacts avec les patients, et ceci doit se limiter au personnel essentiel uniquement.
- Une décision d'arrêt des mesures d'isolement devrait être prise au cas par cas, conjointement avec les autorités sanitaires locales.

3. Former le personnel

- Former l'ensemble du personnel et les bénévoles aux symptômes de la COVID-19, à son mode de propagation et aux mesures à prendre pour se protéger. Les former également à l'utilisation et l'élimination correctes des équipements de protection individuelle (EPI), y compris les gants, les blouses, les masques faciaux, les lunettes

protectrices et les appareils d'assistance respiratoire (s'ils sont disponibles) et vérifier qu'ils ont bien compris la formation.

- Former les agents d'entretien aux méthodes les plus efficaces de nettoyage de l'établissement : utiliser des produits d'entretien à forte teneur alcoolique pour essuyer toutes les surfaces ; laver les instruments avec du savon et de l'eau et les essuyer avec un produit de nettoyage à forte teneur alcoolique ; éliminer les déchets par le feu ; etc.

4. Gérer les accès et la circulation des visiteurs

- Établir des procédures de gestion, de suivi et de formation des visiteurs.
- Tous les visiteurs doivent suivre les règles d'hygiène respiratoire pendant qu'ils se trouvent dans les espaces communs de l'établissement, autrement ils doivent en être expulsés.
- Restreindre l'accès des visiteurs aux chambres de patients potentiellement ou effectivement atteints de COVID-19. D'autres moyens de communication devraient être encouragés, comme l'utilisation de téléphones portables. Les seules exceptions concernent les malades en fin de vie et les enfants nécessitant un soutien émotionnel. Dans ces cas, les visiteurs devraient porter des EPI.
- Toutes les visites devraient être programmées et contrôlées, et une fois à l'intérieur de l'établissement, les visiteurs doivent limiter leurs déplacements.
- Il faudrait demander aux visiteurs de surveiller les symptômes et de signaler tout signe d'affection grave pendant au moins 14 jours.

CHANTIERS DE CONSTRUCTION DANS DES ZONES OÙ DES CAS DE COVID-19 ONT ÉTÉ CONFIRMÉS

1. Limiter les risques de contamination

- Tout travailleur présentant des symptômes d'une maladie respiratoire (fièvre + rhume ou toux) et ayant été exposé potentiellement à la COVID-19 devrait immédiatement être retiré du site et se faire dépister pour le virus dans l'hôpital local le plus proche.
- Les personnes travaillant en étroite collaboration et celles partageant un logement avec un tel travailleur devraient aussi être retirées du site et testées.
- Les responsables du projet doivent identifier l'hôpital le plus proche disposant de matériel de dépistage sur place, orienter les travailleurs vers cet hôpital, et payer pour le test de dépistage si celui-ci n'est pas gratuit
- Les personnes en observation pour la COVID-19 ne devraient pas revenir travailler sur le site du projet jusqu'à ce qu'elles y soient autorisées au vu des résultats des tests. Pendant cette période, elles devraient continuer à percevoir leur rémunération journalière.

- Si un travailleur est déclaré porteur de la COVID-19, son salaire devrait continuer d’être versé pendant la durée de sa convalescence (que ce soit chez lui ou dans un hôpital).
- Si un travailleur du projet habite chez lui, et un membre de sa famille est déclaré ou présumé porteur de la COVID-19, ce travailleur devrait être mis en quarantaine pour une durée de 14 jours et continuer à percevoir sa rémunération journalière, même s’il ne présente aucun symptôme de la maladie.

2. Former le personnel et indiquer les précautions à prendre

- Former l’ensemble du personnel aux signes et symptômes de la COVID-19, à son mode de propagation, aux mesures à prendre pour se protéger et à la nécessité de se faire dépister lorsqu’on présente des symptômes pertinents. Jouer au jeu de questions-réponses et déconstruire les mythes.
- Utiliser les procédures de gestion des plaintes existantes pour encourager le signalement de collègues qui présentent des symptômes apparents, comme une toux continue et sévère accompagnée de fièvre, mais ne se soumettent pas volontairement à un test de dépistage.
- Fournir des masques faciaux et d’autres EPI appropriés à tous les travailleurs du projet à l’entrée du site du projet. Toute personne présentant des signes d’une maladie respiratoire non accompagnée de fièvre devrait être obligée à porter un masque facial.
- Mettre à disposition des équipements pour se laver les mains, du savon pour les mains et des solutions hydro-alcooliques, et exiger qu’ils soient utilisés à l’entrée et à la sortie du site du projet et durant les pauses. Communiquer à l’aide de panneaux simples rédigés en langues locales et assortis d’images.
- Former tous les travailleurs aux règles d’hygiène pour la toux, les éternuements et les mains à l’aide d’exercices de démonstration participatifs.
- Former les agents d’entretien aux méthodes efficaces de nettoyage et d’élimination des déchets.

3. Gérer les accès et la propagation de la maladie

- Si la COVID-19 est confirmée chez un travailleur présent sur le site du projet, l’accès au site pour les visiteurs devrait être limité et les groupes de travailleurs éloignés les uns des autres dans la mesure du possible.
- La zone du site dans laquelle le travailleur était présent devrait faire l’objet d’un nettoyage intensif à l’aide de produits à forte teneur alcoolique avant que tout travail ultérieur n’y soit effectué.