REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

FINANCEMENT ADDITIONNEL (FA) (P P176257) AU PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE RIPOSTE AU COVID-19 (PA COVID 19 – P173813)

CADRE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE (CGES)

DRAFT

10 Mars 2021

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**

1.1. JUSTIFICATION DU CGES 19
1.2. OBJECTIF DU CGES 20
1.3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE 20

2. DESCRIPTION DU PROJET **21**

2.1. COMPOSANTES DU PROJET 23
2.1.1. Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19 . ..... *23*
2.1.1.1. Sous-composante 1.1 : Renforcement des capacités nationales et infranationales pour la détection et la prise en charge clinique des cas de COVID-19 23
2.1.1.2. Sous-composante 1.2 : Planification, achat et déploiement du vaccin contre la COVID-19 24
2.1.1.3. Sous-composante 1.3 : Pharmacovigilance et surveillance des patients (Surveillance de l'innocuité des vaccins, prise en charge des Effets Indésirables survenant Après la Vaccination (EIAV)). 25
2.1.2. Composante 2 : Communication sanitaire et mobilisation communautaire *26*
2.1.2.1. Sous-composante 2.1: : Renforcement de la mobilisation communautaire et de la communication sur les 27
2.1.2.2. Sous-composante 2.2 : Communication, mobilisation sociale et mobilisation communautaire pour accroître la demande du vaccin contre la COVID-19. 27
2.1.3. Composante 3 : Mise en œuvre, gestion et suivi et évaluation du Projet *29*
2.1.3.1. Sous-Composante 3.1 Gestion du Projet 29
2.1.3.2. Sous-Composante 3.2 Suivi-évaluation (S&E) 30
2.2. BENEFICIAIRES DU PROJET 30
2.3. COUT DU PROJET 35
2.4. TYPES D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET STRUCTURES CONCERNES PAR LE PROJET 36

3. CADRE ET DISPOSITIFS POLITIQUE, JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE DE MISE EN OEUVRE DU PROJET **37**

3.1. CONVENTIONS ET TRAITES INTERNATIONAUX SIGNES ET/OU RATIFIES PAR LA COTE D'IVOIRE 37

3.1.1. Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination 37
3.1.2. 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 38
3.1.3. Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POPs) 38
3.1.4. Convention de Minamata sur le mercure 38
3.2. NORMES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES (NES) DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PROJET 39
3.2.1. Normes Environnementales et Sociales n°1 : Evaluation et gestion des risques et impacts environnementaux et sociaux 39
3.2.2. Normes Environnementales et Sociales n°2 : Emploi et conditions de travail 39
3.2.3. Normes Environnementales et Sociales n°3 : Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution 40
3.2.4. Normes Environnementales et Sociales n°4 : Santé et sécurité des populations 40
3.2.5. Normes Environnementales et Sociales n°10 : Mobilisation des parties prenantes et information 41
3.3. DIRECTIVES ENVIRONNEMENTALES, SANITAIRES ET SECURITAIRES (DIRECTIVES ESS) DU GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE APPLICABLES AU PROJET 41
3.3.1. Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Eaux usées et Qualité des Eaux Ambiantes 41
3.3.2. Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Gestion des matières dangereuses 41
3.3.3. Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Gestion des déchets 42
3.3.4. Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Hygiène et Sécurité au Travail 42
3.3.5. Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Santé et Sécurité de la Population 42
3.3.6. Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires : Construction et fermeture 43
3.4. CADRE POLITIQUE NATIONAL 43
3.4.1. Plan National de Développement (PND) 2016-2020 43
3.4.2. Politique Nationale de l'Environnement et du Développement Durable 43
3.4.3. Politique Nationale Santé Environnement 44
3.4.4. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 44
3.4.5. Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2016-2020 44
3.4.6. Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière 44
3.4.7. Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire 45
3.4.8. Politique Nationale de Sécurité des Injections et de Gestion des Déchets Médicaux 46
3.4.9. Lettre de Politique sectorielle d'assainissement et de drainage de Côte d'Ivoire 46

3.4.10. Stratégie Nationale de Gestion des Déchets (SNGD) 46
3.4.11. Stratégie Nationale de Promotion de l'Hygiène 46
3.4.12. Stratégie de Surveillance Intégrée de la Maladie et de Riposte (SIMR) 47
3.4.13. Autres documents 47
3.5. DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES NATIONALES DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE 47
3.5.1. Constitution de la Côte d'Ivoire 47
3.5.2. Loi n° 96-766 du 03 octobre 1996 portant Code de l'Environnement 48
3.5.3. Loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail 48
3.5.4. Loi n°98-755 du 23 décembre 1998 portant Code de l'Eau 49
3.5.5. Loi n° 99-477 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance sociale modifiée par l'ordonnance n°2012-03 du 11 janvier 2012 50
3.5.6. 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 50
3.5.7. 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) 51
3.5.8. Décret N°2019-292 du 03 avril 2019 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) 51
3.5.9. 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 51
3.5.10. Décret n°2005 du 6 janvier 2005 portant Audit Environnemental 52
3.5.11. Décret n°96-206 du 07 mars 1996 relatif au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail 53
3.5.12. Décret n°2017-125 du 22 février 2017 relatif à la qualité de l'air 53
3.5.13. Décret N°93-609 du 2 Juillet 1993, portant modalités particulières d'application du Statut Général de la Fonction Publique 53
3.5.14. Arrêté N°008754/MSHP/CAB du 08 mai 2019 portant organisation et composition des régions sanitaires 53
3.5.15. Arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire 54
3.5.16. 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 54
3.6. REFERENCES TECHNIQUES INTERNATIONALES PERTINENTES EN MATIERE DE BONNES PRATIQUES 55
3.6.1. Préparation des Plans Nationaux de Gestion des Déchets de soins médicaux en Afrique Subsaharienne : Manuel d'Aide à la Décision 55
3.6.2. Directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 55
4. DONNEES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DE REFERENCE 57
4.1. DONNEES ENVIRONNEMENTALES 57

4.1.1. Données biophysiques *57*
4.1.1.1. Relief 57
4.1.1.2. Sols 58
4.1.1.3. Climat 58
4.1.1.4. Eaux 59
4.1.1.5. Végétation 60
4.1.1.6. Faune 61
4.1.2. Gestion des déchets sanitaires *62*
4.1.3. Situation des déchets solides ménagers et assimilés *70*
4.2. DONNEES SOCIALES 71
4.2.1. Données sociodémographiques *71*
4.2.2. Données économiques *73*
4.2.3. Découpage administratif *74*
4.2.4. Données des groupes vulnérables *75*
4.2.5. Données sanitaires *76*
4.2.5.1. Système de santé 76
4.2.5.2. Ressources humaines de santé (RASS 2018) 78
4.2.5.3. Profil épidémiologique et facteurs aggravant la COVID-19 79
4.2.5.4. Activités de vaccination 80
4.2.5.4.1. Cadre institutionnel de la vaccination 80
4.2.5.4.2. Surveillance de la sécurité vaccinale et gestion des MAPI et sécurité des injections 81
4.2.5.4.3. Stratégie et structures de vaccination 83
4.2.5.4.4. Libre acceptation du vaccin et équité 84
4.2.6. Enjeux socio-économiques en rapport avec le projet *86*

5. IMPACTS POSITIFS ET RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS ET MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES 87

6. PROCEDURES DE GESTION DES QUESTIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES 101

6.1. ETAPE 0 : PREPARATION DU SOUS PROJET 101
6.2. ETAPE 1 : SCREENING ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL 101
6.3. ETAPE 2 : APPROBATION DE LA CLASSIFICATION DU NIVEAU DE RISQUE ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE 102
6.4. ETAPE 3 : PREPARATION DE L'INSTRUMENT DE SAUVEGARDE ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE 103
6.4.1. Lorsqu'un CIES ou une EIES n'est pas nécessaire *103*
6.4.2. Lorsqu'un CIES ou EIES est nécessaire *103*
6.5. ETAPE 4 : EXAMEN ET APPROBATION DES EIES/CIES 103
6.6. ETAPE 5 : CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DE L'INFORMATION 103
6.7. ETAPE 6 : INTEGRATION DES DISPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DANS LES DOSSIERS D'APPELS D'OFFRES 104
6.8. ETAPE 7 : SUIVI ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET 104

6.9. INDICATEURS DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES 105

7. INFORMATION ET MOBILISATION DU PUBLIC 109

7.1. ACTIVITES DE CONSULTATIONS REALISEES POUR LE PROJET PARENT 109
7.1.1. Parties prenantes identifiées 110
7.1.2. Avis général des parties prenantes sur le projet 110
7.1.3. Synthèse des préoccupations et craintes 110
7.1.4. Synthèse des suggestions et recommandations 111
7.2. ACTIVITES DE MOBILISATION ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRES 117
7.3. FINANCEMENT ADDITIONNEL AU PA COVID-19 117
7.3.1. Activités envisagées du Financement additionnel au PA COVID-19 117
7.3.2. Identification des parties prenantes du projet 117
7.3.3. Calendrier du programme de consultation des parties prenantes du 118

8. MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES 122

8.1. IDENTIFICATION DES PARTIES PRENANTES 122
8.1.1. Parties touchées 122
8.1.2. Autres parties concernées 123
8.1.3. Personnes ou groupes défavorisés/vulnérables 124
8.2. STRATEGIE DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES 125
8.2.1. Axes d'intervention prioritaires 125
8.2.2. Operationnalisation du PMPP 127
8.3. CONFORMITE AVEC LES AXES PRIORITAIRES ET LES EXIGENCES EN MATIERE DE PEES DU FA AU PA COVID-19 128
8.4. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES 128
8.4.1. nature des plaintes 128
8.4.2. Dispositif institutionnel de gestion du MGP 129
8.4.1. Processus de gestion des plaintes 129
8.4.2. Installation des Comités de Gestion des Plaintes (CGP) 130

9. DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES, RESPONSABILITES ET RENFORCEMENT DES CAPACITES 131

9.1. MINISTERE DE LA SANTEE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (MSHP) 131
9.2. UNITE DE COORDINATION DU PROJET SANTE – BANQUE MONDIALE (UCP SANTE – BM) 133
9.3. INSTITUT PASTEUR DE COTE D'IVOIRE (IPCI) 134
9.4. MINISTERE DE L'ASSAINISSEMENT ET DE LA SALUBRITE (MINASS) 134
9.5. MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT ET DU DEVELOPPEMENT DURABLE 134
9.6. MINISTERE DE LA COMMUNICATION ET DES MEDIA 135
9.7. MINISTERE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA POSTE 135
9.8. MINISTERE DE L'INTERIEUR DE LA PROTECTION CIVILE 135
9.9. COLLECTIVITES TERRITORIALES 135

9.10. EXPERTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX EN VIROLOGIE, PNEUMOLOGIE, MALADIES INFECTIEUSES ET GESTION DES EPIDEMIES 135
9.11. SECTEUR PRIVÉ 136
9.12. SOCIETE CIVILE 136

10. CALENDRIER ET BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES 136

10.1. CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE 136
10.2. COUTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES A PREVOIR DANS LE PROJET 136
10.2.1. Pour le Projet parent (PA COVID-19) 136
10.2.2. Pour le Financement additionnel 138
10.2.3. Récapitulatif 139

ANNEXES 141

ANNEXE 1. SIGLES ET ACRONYMES 141
ANNEXE 2. FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DE QUESTIONS ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES POTENTIELLES 145
ANNEXE 3. MODELE DE PLAN DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE 147
ANNEXE 4. MODELE DE PLAN DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ET DE GESTION DES DECHETS (PLIGD) 155
ANNEXE 5. PROTOCOLE DE PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS 161

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. DESCRIPTION DE LA CIBLE DE LA VACCINATION 32

TABLEAU 2. RESUME DES COMPOSANTES DU PROJET PARENT DU FINANCEMENT ADDITIONNEL, DES COUTS TOTAUX ET DES MESURES PRISES 35

TABLEAU 3. REPARTITION DES COUTS DU FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE 36

TABLEAU 4. REPERTOIRE DES INCINERATEURS MODERNES DE DECHETS SANITAIRES INSTALLES EN COTE D'IVOIRE 64

TABLEAU 5. REPERTOIRE DES INCINERATEURS DE DECHETS SANITAIRES, MODERNES, FONCTIONNELS, INSTALLES DANS LE SECTEUR PRIVE 68

TABLEAU 6. REPERTOIRE DES BANALISEURS POUR DECHETS SANITAIRES INSTALLES EN COTE D'IVOIRE 69

TABLEAU 7. STRATEGIE DE VACCINATION 83

TABLEAU 8. SENSIBILITE DES ENJEUX SOCIO-ECONOMIQUES 86

TABLEAU 9. IMPACTS NEGATIFS, RISQUES POTENTIELS ET MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES 89

TABLEAU 10. LES INDICATEURS DE SUIVI DE LA GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE 105

TABLEAU 11. : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS DES PARTIES PRENANTES SUR PROJET PARENT 113

TABLEAU 12. PROGRAMMES ENVISAGES DE CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES POUR LE FA 119

TABLEAU 13. ETAPE ET PROCEDURES DE GESTION DES PLAINTES 129

TABLEAU 14. ESTIMATION DES COUTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DU PROJET 137

TABLEAU 15. ESTIMATION DES COUTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DU PROJET 138

TABLEAU 16. RECAPITULATIF DES COUTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES POUR LE PP ET LE FA 139

TABLEAU 17. RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE DE PLANIFICATION ET DE CONCEPTION 148

TABLEAU 18. RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE DE CONSTRUCTION 149

TABLEAU 19. RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE D'EXPLOITATION 152

TABLEAU 20. RISQUES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX ET MESURES D'ATTENUATION CONNEXES DURANT LA PHASE DE DEMANTELEMENT 154

TABLEAU 21. TABLEAU PLIGD 159

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. CARTE DES BASSINS VERSANTS (SOURCE : MINISTERE DES EAUX ET FORETS DE COTE D'IVOIRE, 2019)....60

FIGURE 2. PYRAMIDE DES AGES DE LA COTE D'IVOIRE EN 2014....72

FIGURE 3. REPARTITION DE LA POPULATION PAR TRANCHES D'AGE....73

FIGURE 4. DECOUPAGE ADMINISTRATIF DE LA COTE D'IVOIRE....75

FIGURE 5. ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE IVOIRIEN....78

FIGURE 6. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DU MGP....129

RESUME EXECUTIF

Après son déclenchement en Chine en décembre 2019, l'épidémie du COVID-19 causée par le coronavirus du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère 2 (SARS-CoV-2) s'est propagée rapidement dans le monde et a été déclarée pandémie mondiale le 11 mars 2020 par l'OMS. A ce jour, 03 février 2021, 188 pays et territoires sont touchés avec 103 034 951 cas confirmés,2 229 565 décès et 57 139 729 personnes guéries[1]. En Afrique, le premier cas de COVID-19 a été découvert le 14 février 2020 en Égypte et à la date du 03 février 2021[2], l'ensemble des 54 pays du continent sont touchés, avec plus de 3 595 901 cas confirmés, 96 172 décès et 3 099 348 personnes guéries. A la même date (03 février 2021), la Côte d'Ivoire comptait 28 739 cas confirmés, 26 960 personnes guéries et 158 décès.

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 75 millions USD dont 40 millions USD issus de l'activation de la composante CERC du projet SPARK-Santé.

La vision du Plan national de riposte est : « Un système de santé performant ayant un dispositif sanitaire adéquat pour lutter de manière efficace et intégrée contre le COVID-19 afin de limiter sa propagation, dépister, traiter les cas et prévenir ». 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 parent et du financement additionnel proposé est de prévenir, détecter et assurer une riposte face à la pandémie de COVID-19 et renforcer les systèmes nationaux de préparation à la santé publique en Côte d'Ivoire.

Pour atteindre les objectifs, le Projet est mis en œuvre à travers trois (03) composantes que sont (i) Composante 1 : Prévention, préparation et réponse d'urgence à la COVID-19, (ii) Composante 2 : Communication, mobilisation sociale et engagement communautaire pour la demande de vaccination contre la COVID-19 et (iii) Composante 3 : Gestion de projet.

A partir des composantes sus-indiquées et des actions qui en sont issues, le projet n'entrainera 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 et (ii) des directives pour la préparation, la mise en œuvre et le suivi des activités environnementales spécifiques aux sites.

Le Financement Additionnel (FA) tout comme le Projet Parent (PP) PA COVID-19, respectera strictement les cadres politique, législatif et règlementaire de la gestion environnementale et sociale nationale et internationale.

[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/)

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, les Normes Environnementales et Sociales de la Banque mondiale qui sont applicables au projet parent le sont également pour le FA, 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 estimé 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%[3] 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

[3] Source : Banque Mondiale, données 2018

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 mortalité[4].

Les activités financées dans le cadre du FA au projet PA COVID-19 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, il va générer des risques et impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels. Ces impacts négatifs et risques environnementaux et sociaux requièrent différentes alternatives ou mesures pour les éliminer, les réduire, les atténuer ou compenser leurs effets.

Le processus de gestion environnementale et sociale du FA passera par la révision du CGES du projet parent et sa mise en œuvre ainsi que 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 FA. 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 de COVID-19 et au déploiement du vaccin ; (ii) un plan de Prévention et de Contrôle des Infections (PCI) 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 projet PA COVID-19 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) ont été élaborés et sont en cours de mise en œuvre. Ces instruments seront révisés pour la prise en compte de nouveaux aspects liés au FA, notamment l'acquisition du vaccin, le déploiement et la vaccination des populations cibles.

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, discrimination ou violence sexiste, une ligne téléphonique gratuite et anonyme couvrant l'ensemble du territoire national est mise en place. Ces dispositions demeureront en vigueur dans le cadre du FA.

La mise en œuvre y compris la gestion fiduciaire (passation de marchés et gestion financière) des projets est sous la responsabilité de l'Unité de Coordination des projets santé de la Banque mondiale (UCPS BM), qui a mis en œuvre plusieurs projets de santé financés par le Banque mondiale depuis sa création en 2015. Cette Unité bénéficie également de l'appui et du soutien des organisations et agences telles que l'OMS, l'UNICEF, GAVI, etc…

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. Ils doivent recevoir des renforcements des capacités de réponse rapide aux niveaux national, régional et local.

Deux structures intervenant dans la vaccination en Côte d'Ivoire seront également fortement impliqués dans le déploiement de la vaccination. Il s'agit de l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) et Le Programme Elargi de Vaccination (PEV). L'INHP, est un Etablissement Public

[4] PNDS 2016-2020

National depuis 1991 dont la principale mission est la « Prophylaxie et le contrôle des endémies transmissibles bactériennes, virales et parasitaires ». L'INHP effectue à travers ses 30 antennes (régionales, départementales et communales) et ses 16 postes frontaliers, des vaccinations dites « Hors-PEV » constituant ainsi une stratégie de vaccination complémentaire à celle du PEV. Tandis que, le Programme Elargi de Vaccination (PEV), est mis en œuvre depuis 1978 en Côte d'Ivoire et a été intégré aux Soins de Santé Primaires dans le contexte de l'Initiative de Bamako en 1987. Il assure la vaccination des enfants de moins de moins d'un an. Ses activités sont coordonnées au niveau central par la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DC-PEV), au niveau intermédiaire par les Directions Régionales (33 DRS) et au niveau opérationnel par les Districts Sanitaires (113) qui comptent 2403 centres de vaccination.

Les coûts des mesures environnementales estimés et qui seront intégrés dans le projet s'élèvent à un milliards trois cent treize millions quatre cent quarante mille (**1 313 440 000) francs CFA soit deux millions six cent vingt-six mille huit cent quatre-vingt (2 626 880 $ US) dont six cent vingt millions de francs CFA (620 000 000 FCFA) soit un million deux cent quarante US (1 240 000 $ US) pour le PP et sept cent trente-trois millions quatre cent mille (733 400 000) FCFA,** soit **un million quatre cent soixante-six mille huit cent (1 466 800) USD pour le FA.**

N°	Activités	Coût total (FCFA)			
		PP	FA	TOTAL	%
1.	Mesures institutionnelles, techniques et de suivi	420 000 000	497446000	877 446 000	66,81%
2.	Formation	100000000	100 300 000	200 300 000	15,25%
3.	Mesures de Sensibilisation	100000000	135 654 000	235 654 000	17,94%
	TOTAL GENERAL FCFA	620 000 000	733 400 000	1 313 440 000	
	TOTAL GENERAL USD	**1 240 000**	**1 466 800**	**2 626 880**	

EXECUTIVE SUMMARY

After its outbreak in China in December 2019, the COVID-19 epidemic caused by the Acute Severe Respiratory Syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) spread rapidly around the world and was declared a global pandemic on the 11th. March 2020 by. To date, February 03, 2021, 188 countries and territories are affected with 103,034,951 confirmed cases, 2,229,565 deaths and 57,139,729 people cured. In Africa, the first case of COVID-19 was discovered on February 14, 2020 in Egypt and as of February 03, 2021, all 54 countries on the continent are affected, with more than 3,595,901 confirmed cases of coronavirus. , 96,172 deaths and 3,099,348 people cured as of February 03, 2021. All 54 countries on the continent are affected, after the first case of COVID-19 discovered on February 14, 2020 in Egypt. On the same date (February 03, 2021), Côte d'Ivoire had 28,739 confirmed cases, 26,960 people cured and 158 deaths.

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 Strategic Preparedness and Response Program COVID-19 (SPRP) through the financing of the Support Project for the National Response Plan against COVID-19 (PA COVID 19) for an amount of USD 75 million including USD 40 million from the activation of the CERC component of the SPARK-Santé project.

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

The development objective of the parent project and the proposed additional funding is to prevent, detect and ensure a response to the COVID-19 pandemic and strengthen national public health preparedness systems in Côte d'Ivoire.

To achieve the objectives, the Project is implemented through three (03) components which are (i) Component 1: Prevention, preparation and emergency response to COVID-19, (ii) Component 2: Communication, social mobilization and community engagement for the request for vaccination against COVID-19 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 outside the works. rehabilitation and renovation. 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 CGES is prepared to provide (i) the standard procedure and institutional arrangements for environmental and social screening, classification of risk level and approval of sub-projects and (ii) guidelines for the preparation, implementation and monitoring of site-specific environmental activities.

The Additional Funding (AF) just like the PA COVID-19 Parent Project (PP), will strictly respect the 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 a number of instruments.

These are, in particular (i) the National Development Plan 2016-2020, (ii) the National Environment and Sustainable Development Policy, (iii) the National Health and Environment Policy, (iv) the National Plan 2016-2020 Health Development Plan, (v) the 2016-2020 National Health Waste Management Plan, (vi) the National Hospital Hygiene Policy, the National Policy for Improving the Quality of Health Care and Health 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 semi-public bodies, Territorial Collectivities, national and international experts, the private sector and civil society intervene within the framework of 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, (x) the decree relating to the polarization of management of d sanitary waste in health establishments in Côte d'Ivoire.

In addition, the Environmental and Social Standards of the World Bank which are applicable to the parent project are also applicable for the AF, in particular the NES1: Assessment and management of environmental and social risks and impacts, NES2: Employment and working conditions, NES3: Rational use of resources and pollution prevention and management, NES4: Health and safety of populations and NES10: Mobilization of stakeholders and information. 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 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 tonnes per day, or 9,325 tonnes 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 old which represents 77.3%, that of 35 to 64 years old represents 20.1% and the 65 years old and over which represents 2.5% of the population. total. 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 doctor for 7,354 inhabitants, i.e. 1.4 doctors per 10,000 inhabitants, 2.3 nurses per 5,000 inhabitants and 2.7 midwives for 3,000 Women of Childbearing Age (FAP), or 01 Midwife for 1,104 Women of Childbearing Age (FAP). Côte d'Ivoire was faced with inadequacies in its health system with an epidemiological profile dominated by infectious diseases, the main ones of which are malaria, diarrheal diseases, pneumonia, with an impact on morbidity and mortality.

The activities funded under the AF to the PA COVID-19 project will have definite positive impacts on the environmental and social level as well as on the current and future public health policy of Côte d'Ivoire, in terms of the management of infectious diseases. epidemic. However, it will generate potential negative environmental and social risks and impacts. These negative environmental and social impacts and risks require different alternatives or measures to eliminate, reduce, mitigate or compensate for their effects.

The environmental and social management process of the FA will go through the revision of the CGES of the parent project and its implementation as well as the production of operational management documents which will report and take into account all the environmental and social risks associated with each type. planned activity within the framework of the AF. With regard to 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 COVID-19 and vaccine deployment; (ii) an infection prevention and control plan (PCI) and (iii) a sanitary waste management plan (PGDS) in accordance with WHO guidelines.

As part of the implementation of the PA COVID-19 project and to effectively support information and sensitization of stakeholders as well as effective management of project stakeholders, a Stakeholder Mobilization Plan (PMPP) and a Workforce Management Procedure (PGMO) has been developed and is being implemented. These instruments will be revised to take into account new aspects related to AF, including vaccine acquisition, deployment and vaccination of target populations.

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. These provisions will remain in force under the FA.

The implementation including fiduciary management (procurement and financial management) of projects is under the responsibility of the World Bank Health Projects Coordination Unit (UCPS BM), which has implemented several health projects. financed by the World Bank since its creation in 2015. This Unit also benefits from the support and support of organizations and agencies such as WHO, UNICEF, GAVI, etc.

She will be assisted by Technical Partners including NGOs, associations and groups of volunteers. All these stakeholders must be trained in the means of protection and prevention. They should receive rapid response capacity building at national, regional and local levels.

Two structures involved in vaccination in Côte d'Ivoire will also be heavily involved in the deployment of vaccination. These are the National Institute of Public Hygiene (INHP) and the Extended Vaccination Program (EPI). The INHP has been a National Public Establishment since 1991 whose main mission is "Prophylaxis and control of transmissible bacterial, viral and parasitic endemics". The INHP carries out so-called "non-PEV" vaccinations through its 30 branches (regional, departmental and municipal) and its 16 border posts, thus constituting a complementary vaccination strategy to that of the EPI. While, the Extended Vaccination Program (EPI), has been implemented since 1978 in Côte d'Ivoire and was integrated into Primary Health Care in the context of the Bamako Initiative in 1987. It ensures the vaccination of children less than one year old. Its activities are coordinated at the central level by the Directorate of Coordination of the Extended Vaccination Program (DC-PEV), at the intermediate level by the Regional Directorates (33 DRS) and at the operational level by the Health Districts (113) which have 2,403 centers of vaccination.

The costs of the environmental measures estimated and which will be integrated into the project amount to one billion three hundred and thirteen million four hundred thousand (1,313,400,000) CFA francs, i.e. two million six hundred and twenty-six thousand eight hundred ($ 2,626,800 US) of which five hundred and eighty million CFA francs (580,000,000 FCFA) or one million one hundred and sixty US (US $ 1,160,000) for the PP and seven hundred and thirty-three million four hundred thousand (733,400,000) FCFA , or one million four hundred and sixty-six thousand eight hundred (1,466,800) USD for the AF.

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

N°	Activities	Total coast (XOF)			
		PP	AF	TOTAL	%
1.	**Institutional, technical and monitoring measures**	380,000,000	497,446,000	877,446,000	66,81
2.	**Training**	100,000,000	100,300,000	200,300,000	15,25
3.	**Sensitization measures**	100,000,000	135,654,000	235,654,000	17,94%
	TOTAL XOF	580,000,000	733,400,000	1,313,400,000	
	TOTAL USD	**1,160,000**	**1,466,800**	**2,626,800**	

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 progression, avec des flambées et des grappes de la maladie observées en Asie, en Europe, en Australie, en Afrique et en Amérique. Depuis le début du mois 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, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la COVID-19 comme étant une pandémie mondiale alors que le coronavirus se propageait rapidement à travers le monde.

Après la découverte du premier cas de COVID-19 en Côte d'Ivoire le 11 Mars 2020, le Gouvernement a déclenché une série de mesures locales et nationales visant à prévenir la propagation du virus (qui a culminé par un état d'urgence national le 24 mars 2020 pour une durée initialement non précisée. Cet état d'urgence a été finalement maintenu jusqu'au 31 Mai 2020). Depuis Mars 2020, la pandémie s'est étendue à l'ensemble du territoire national.

Pour faire face à l'urgence, la Côte d'Ivoire a engagé 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 (25 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.

A la date du 10 février 2021, la Côte d'Ivoire comptait 30 240 cas confirmés dont 28 320 personnes guéries, 169 décès et 1 751 cas actifs[5]

[5] https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-pays/coronavirus-nombre-de-cas-en-cote-divoire/

Le Projet Parent a été 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 et centres de dépistage, centres d'isolement et de traitement, à travers le pays.

Pour poursuivre et renforcer les activités du Projet Parent (PP), le Financement Additionnel (FA) apporte un appui au Gouvernement ivoirien pour l'acquisition du vaccin et le déploiement d'un programme de vaccination sur toute l'étendue du territoire national à l'endroit d'une population cible identifiée.

1.1. JUSTIFICATION DU CGES

A ce stade de préparation du FA, les équipements, matériels et produits consommables, notamment les vaccins prévus d'être financés par le FA sont connus et parfaitement ciblés pour faire face aux besoins de la vaccination des popualtions, bien que les quantités exactes restent à peaufiner. Les risques peuvent être observés au niveau de l'acquisition du vaccin relativement à la forte demande face à l'offre qui reste limitée, avec une partie de la population cible qui pourrait ne pas être couverte. Au niveau de l'exploitation des équipements, des produits consommables et le déploiement du vaccin dans un environnement, il importe de considérer également tous les risques y afférents et de prévoir les mesures nécessaires.

Par ailleurs, bien que toutes les localisations exactes des 29 centres de prise en charges (centres de dépistage, d'isolement et de traitement) soient à présent connus, les postes avancés de vaccination, les Manifestations Adverses Post Injection (MAPI), les réactions des parties prenantes cibles à la campagne de vaccination ainsi que les conditions de production et de gestion des déchets de vaccination ne le sont pas encore.

La présente révision du CGES du projet parent est entreprise 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, des sites de vaccination, des chambres froides et des magasins de stockage. Cette mission du CGES révisé concerne également la mise en œuvre du plan de gestion des déchets des sites COVID-19 et de la campagne de vaccination, 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 et sociales à insérer dans les Dossiers d'Appel d'Offres (DAO) ou les demandes de propositions et les contrats des opérateurs privés.

La révision du CGES est faite en conformité avec la réglementation nationale et le Cadre Environnemental et Social de la Banque mondiale dont il permet de respecter les dispositions dans la mise en œuvre du projet parent et le FA.

1.2. OBJECTIF DU CGES

Le Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (CGES) est élaboré pour gérer les effets et risques relatifs au Financement Additionnel (FA) du Projet d'Appui au Plan National de Riposte à la COVID-19 en Côte d'Ivoire (PA COVID 19 - P173813) à travers la préparation des instruments de sauvegardes environnementale et sociales spécifiques aux sous-projet et activités pendant la phase de mise en œuvre et à prendre en compte les exigences environnementale et sociale tout au long du cycle de vie du Projet, conformément au Cadre Environnemental et Social (CES) de la Banque mondiale et aux dispositions prévues par la réglementation nationale en matière de gestion environnementale et sociale.

Il permet, entre-autres, (i) d'identifier les impacts et risques potentiels associés aux différents types d'interventions du PP et du FA et (ii) de définir les principes, les règles, les directives, les procédures et mesures permettant de gérer les impacts/risques potentiels induits durant tout le cycle de vie du Projet.

Le présent CGES est assorti de documents annexes qui permettent de rendre opérationnel la gestion environnementale et sociale des interventions. D'une part, il s'agit des modèles de Plan de Gestion Environnementale et Sociale (PGES) et de Plan de Lutte contre les Infections et de Gestion des Déchets (PLIGD) dont le but est de définir les bonnes pratiques de lutte contre les infections et de gestion des déchets sanitaires pendant toutes les phases du Projet. D'autre part, le CGES comporte un document annexe portant sur le modèle du plan de préparation et de réponse aux tels que l'Exploitation et les Abus Sexuels, le Harcèlement sexuel (VBG/EAS/HS), y compris les bonnes pratiques et le système de suivi, de surveillance et d'évaluation de ces problématiques. Ce niveau de détail du PGES vise, par ailleurs, à fournir un plan d'action global et opérationnel pour la gestion des questions spécifiques d'ordres environnemental, social, hygiène, santé et sécurité (EHSS) associées à l'exploitation des établissements de santé engagés dans la lutte contre la COVID-19.

1.3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

L'approche méthodologique adoptée pour le processus de révision du CGES est basée sur une approche participative fondée sur la concertation avec l'ensemble des parties prenantes du Projet. Cette démarche inclusive qui a permis d'intégrer au fur et à mesure les avis/perceptions et arguments des différents acteurs s'est axée sur les étapes méthodologiques suivantes : (i) la revue documentaire (documents de projet, textes législatifs, réglementaires et normatifs, plans stratégiques et opérationnels pertinents vis-à-vis du projet, documents de politiques, le CES de

la Banque mondiale, les rapports d'études, d'activités, etc., (ii) les consultations des parties prenantes principalement concernées par le Projet, (iii) et la rédaction du présent rapport.

Dans le cadre de l'élaboration du présent CGES, aucune consultation des parties prenantes n'a encore été réalisée du fait de l'absence de plan de communication sur le vaccin et d'éléments de langage précis dans un contexte marqué par les suspicions des populations autour du vaccin et la méfiance qui semble s'être installé. Des consultations des parties prenantes sont prévues pour améliorer le présent document.

2. DESCRIPTION DU PROJET

OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DU PROJET (PDO)

L'Objectif de Développement de Projet (ODP) du projet parent et du FA proposé 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.

L'ODP sera surveillé au moyen d'indicateurs de résultats ci-après définis :

2.1.1. INDICATEURS D'ODP

- Nombre de cas suspects de COVID-19 signalés et ayant fait l'objet d'une enquête sur la base des directives nationales (ventilé par sexe) ;
- Nombre de patients suspectés d'être atteints de COVID-19 et dont le test est positif (ventilé par sexe) ;
- Nombre de cas graves de COVID-19 traités ;
- Nombre de décès parmi les cas de COVID-19 confirmés ;
- Pourcentage de la population cible vaccinée qui a reçu ses 2 doses du vaccin contre la COVID-19 (ventilé par sexe) ;
- Pourcentage de la population prioritaire vaccinée, sur la base des objectifs définis dans le plan national (ventilé par groupe prioritaire et par sexe) ;
- Pourcentage de districts sanitaires couverts par les interventions de mobilisation sociale et communautaire.
- Nombre de personnes formées sur le déploiement du vaccin contre la COVID-19 (y compris rapportage) ;
- Nombre d'unités de traitement et d'isolation réhabilité et/ou équipé par le projet ;
- Nombre d'unités de stockage du vaccin réhabilité et/ou équipé ;

- Taux d'abandon du vaccin Covid dose 2 ;
- Proportion de districts ayant une couverture vaccinale d'au moins 70% pour le COVID dose 2 ;
- Proportion de districts sanitaires dans lesquels est implémentée la stratégie de mobilisation sociale et communautaire ;
- Proportion de régions sanitaires disposant d'un comité pour la surveillance des MAPI identifiés au cours de la vaccination contre la COVID-19 ;
- Développement d'un système de suivi évaluation.

2.1.2. INDICATEURS INTERMEDIAIRES

- Nombre d'agents de santé formés par le Projet sur la préparation et la riposte à l'infection, la prévention et le contrôle de la COVID-19 (IPC) (ventilé par sexe) ;
- Nombre d'agents de santé travaillant avec des patients atteints de la COVID-19, qui contractent la maladie (ventilé par sexe) ;
- Nombre de structures (établissement de santé, centre d'isolement et chaîne du froid) rénovées et/ou équipées ;
- Proportion des districts sanitaires disposant d'un micro-plan budgétisé pour la campagne de vaccination contre la COVID-19 ;
- Proportion de régions sanitaires dotées d'un comité de suivi des EIAV ;
- Mise en œuvre de la composante « mobilisation communautaire » de la stratégie nationale de lutte contre la COVID-19) ;
- Nombre de stations de radio locales diffusant des campagnes de sensibilisation sur la COVID-19 et la campagne de lutte contre la COVID-19 ;
- Proportion de personnes ayant des connaissances sur le COVID-19, et qui adoptent des mesures de protection contre la transmission du COVID-19 ;
- Proportion des sites de vaccination qui transmettent leurs données via le DHIS2 ;
- Vaccinateurs formés sur la Violence Basée sur le Genre/Exploitation et Abus Sexuels/Harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS) (ventilés par sexe) ;
- Nombre de membre du personnel ayant signé le Code de conduite ;
- Proportion de plaintes gérées selon le protocole du Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) du Projet.

Conformément à la raison d'être et à la conception initiale du projet parent, le financement additionnel (FA) proposé pour la Côte d'Ivoire : Projet d'intervention d'urgence (P173813) COVID-

19 soutiendra les efforts du gouvernement pour renforcer sa réponse à la pandémie COVID-19 en achetant des vaccins COVID-19, en préparant le système de vaccination pour le déploiement du vaccin COVID19 et en soutenant la distribution de ces vaccins. Le FA renforcera le système national de vaccination et de prestation de services de santé connexes, de manière à promouvoir une réponse efficace à la COVID-19 et à générer, dans la mesure du possible, une résilience durable. L'achat de vaccins n'est qu'une étape d'un effort complexe et multidimensionnel qui implique la planification détaillée et la mise en œuvre d'un programme de déploiement de vaccins en Côte d'Ivoire. Cela comprend une série de questions telles qu'une micro planification efficace, un transport sûr et approprié, le stockage, la formation, les matériaux auxiliaires, l'enregistrement et une logistique efficace des vaccins, et ainsi qu'un système de gestion de l'information adapté. Le soutien politique, les services d'assistance technique, la formation, les campagnes de mobilisation sociale et les mécanismes qui suppriment les obstacles à l'accès du côté de la demande sont également essentiels pour renforcer la confiance et promouvoir l'adoption rapide des vaccins.

2.2. COMPOSANTES DU PROJET

Le FA est structuré autour des trois composantes complémentaires originales du projet parent :

2.2.1. COMPOSANTE 1 : RIPOSTE D'URGENCE A LA COVID-19

La majorité des activités initiales relevant de la Composante 1 du Projet parent seront maintenues pour s'assurer que les différents niveaux du système de santé (national, régional et de district) sont outillés pour continuer à renforcer la surveillance des maladies sensibles au climat et à prévenir, détecter et traiter les cas de COVID-19 pendant la mise en œuvre du Plan National de Vaccination et de Déploiement des Vaccins contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire (PNVDV). Ces fonctions clés de préparation et de riposte des systèmes de santé, présentes dans les trois sous-composantes du Projet parent du SPRP, ont été fusionnées dans une nouvelle sous-composante dénommée « Renforcement des capacités nationales et infranationales de détection des cas de COVID-19 et de prise en charge clinique ». Une nouvelle sous-composante sera incluse dans la Composante 1, visant à soutenir la mise en œuvre du PNVDV et à renforcer les systèmes de prestation de services de santé connexes afin de garantir une réponse efficace à la vaccination contre la COVID-19.

2.2.1.1. Sous-composante 1.1 : Renforcement des capacités nationales et infranationales pour la détection et la prise en charge clinique des cas de COVID-19 .

Cette sous-composante continuera à soutenir et à renforcer les activités décrites dans la Composante 1 du Projet parent. Il s'agit des activités visant à renforcer i) la surveillance des maladies sensibles au climat et la capacité épidémiologique pour la détection précoce et la confirmation des cas et la recherche active des contacts ; ii) la capacité de prise en charge des

cas ; et iii) le soutien aux patients atteints de COVID-19 et aux contacts en isolement. Plus précisément, cette sous-composante financera : i) la fourniture continue et ininterrompue de tests de diagnostic de la COVID-19 et d'EPI ; ii) l'achat et la distribution de kits d'assainissement (station de lavage des mains, savon, désinfectant pour les mains, masques faciaux) pour les établissements de santé, les établissements/hôtels d'isolement gérés par le Gouvernement et les communautés à forte densité et à faible revenu, ainsi que les universités ; iii) la réhabilitation sensible au climat ou l'achat limité d'unités préfabriquées pour accroître la capacité de lutte contre les maladies infectieuses ; iv) l'achat de fournitures et d'équipements médicaux spécifiques à la COVID-19, notamment pour les unités de soins intensifs et les établissements de santé désignés ; v) le renforcement des capacités du personnel de santé dans le domaine de la prise en charge des cas, de la protection personnelle et de la lutte contre les infections ; (vi) l'octroi d'une prime de risque aux travailleurs exécutant des activités liées à la COVID-19 et le renforcement des effectifs supplémentaires mobilisables ; vii) l'hébergement, la restauration et la mise à disposition de fournitures de base pour les patients dont le test de dépistage de la COVID-19 est positif, ainsi que les contacts retrouvés, à mettre en quarantaine dans des établissements/hôtels gérés par le Gouvernement

Les activités suivantes ne seront plus mises en œuvre dans le cadre du PP en raison des difficultés logistiques liées à leur réalisation : i) les transferts en espèces aux ménages touchés par la COVID-19 ; et ii) les coûts liés aux primes de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour les ménages touchés par la COVID-19 pendant une période de trois (03) mois. Les ressources initialement prévues pour ces activités relavant de la Catégorie 2 (900 000 euros) et de la Catégorie 3 (5 000 000 euros) du crédit initial (6652-CI), seront réaffectées à la Catégorie 1, pour soutenir les activités de cette sous-composante.

2.2.1.2. Sous-composante 1.2 : Planification, achat et déploiement du vaccin contre la COVID-19

Cette sous-composante aidera le MSHP à : i) élaborer des plans opérationnels pour la campagne de vaccination contre la COVID-19 ; ii) renforcer le système logistique de vaccination pour s'assurer que les conditions nécessaires (en particulier la chaîne du froid sensible au climat) sont en place pour la mise en œuvre du plan ; iii) acquérir des vaccins complémentaires ; et iv) organiser les activités de terrain telles que l'administration des deux doses de vaccins et la supervision de tous les acteurs. La capacité de la Côte d'Ivoire à répondre à d'autres épidémies de maladies évitables par la vaccination ainsi qu'à des maladies sensibles au climat telles que le paludisme, la dengue et le zika sera renforcée. Dans le cadre de cette sous-composante, les principales activités qui bénéficieront du soutien du financement complémentaire seront celles-ci-après :

- **Planification et gestion des programmes :** le financement complémentaire financera : a) l'élaboration de plans opérationnels/micro-plans et de budgets pour la mise en œuvre ; b) l'élaboration de documents réglementaires légaux et de plans pour l'importation rapide des

vaccins contre la COVID-19 et les aspects liés à la protection des données et au consentement ; c) l'élaboration d'une stratégie de ciblage pour l'identification des personnes prioritaires à vacciner et la mise en place d'un registre et d'une plateforme électronique robustes pour les personnes qui sont vaccinées ; d) la mise en œuvre de mécanismes de coordination au niveau national et infranational pour la préparation et le déploiement des vaccins ; e) l'élaboration d'une feuille de route pour une meilleure intégration du déploiement du vaccin contre la COVID-19 avec le PEV et d'autres services de Soins de Santé Primaires (SSP) ; et f) la formation de tous les acteurs impliqués à tous les niveaux de déploiement du vaccin (agents de santé, communicateurs, chargés de la logistique, superviseurs). Une formation complémentaire sur la VBG/l'EAS/le HS sera organisée à l'intention des vaccinateurs.

Achat et distribution de vaccins et de consommables, et renforcement du système de vaccination : Le financement complémentaire couvrira les coûts liés à : a) l'achat, l'importation, le stockage et la distribution des vaccins contre la COVID-19, y compris l'accès accru/équitable aux vaccins achetés par le biais d'un mécanisme choisi par le pays (par exemple COVAX ou par le biais d'options bilatérales) et conformément aux critères adoptés dans le cadre du financement complémentaire ; b) l'achat et la distribution de fournitures de vaccination (seringues, boîtes de sécurité et autres matériels de collecte des déchets, chaînes du froid respectueuses du climat, porte-vaccins, tampons imbibés d'alcool), de mobilier pour les salles de vaccination, et d'EPI et de produits d'hygiène pour les vaccinateurs ; c) l'adoption d'outils mondiaux et l'adaptation des systèmes de la chaîne d'approvisionnement aux meilleures pratiques, notamment les chaînes du froid ; d) renforcement des systèmes de contrôle à distance de la température, notamment l'achat de dispositifs de mesure de congélation/réfrigération, qui réduiront les émissions de gaz à effet de serre ; e) la réhabilitation respectueuse du climat des chambres froides régionales pour l'INHP et le PEV, de l'espace de stockage à sec du PEV à Abidjan, et la modernisation des équipements de la chaîne du froid pour répondre aux normes mondiales et aux PQS de l'OMS ; le renforcement de la capacité de stockage dans 113 districts avec l'acquisition de réfrigérateurs respectueux du climat certifiés PQS de l'OMS ; f) aux niveaux central et régional, acquisition de congélateurs. Une formation additionnelle sur la gestion des équipements sensibles au climat sera organisée ; et g) collecte et élimination écologique des déchets.

2.2.1.3. Sous-composante 1.3 : Pharmacovigilance et surveillance des patients (Surveillance de l'innocuité des vaccins, prise en charge des Effets Indésirables survenant Après la Vaccination (EIAV)).

La prise en charge des EIAV est impérative pour tous les systèmes nationaux de vaccination, et pendant la campagne de vaccination contre la COVID-19, le MSHP prévoit de mener 19 surveillances des EIAV dans toutes les régions sanitaires sur une période de 12 mois suivant l'introduction du vaccin. Plusieurs organismes et structures seront impliqués dans la surveillance et la prise en charge de l'apparition des EIAV et dans le traitement des patients présentant des EIAV.

Le financement complémentaire couvrira les coûts visant à : a) former le personnel de santé aux aspects liés aux EIAV, notamment la planification, la communication, la gestion des vaccins, le suivi et évaluation à l'aide de l'outil ODK, la surveillance, la stratégie d'administration, le calendrier de vaccination, la notification des EIAV, l'innocuité des vaccins et injections ; b) réviser les directives et les outils de notification des EIAV pour les adapter au contexte du vaccin contre la COVID-19 ; c) mettre en place un système de notification électronique des cas d'EIAV ; d) soutenir les équipes de district sanitaire et les superviseurs au niveau central dans leurs enquêtes sur les cas graves et les groupes d'EIAV ; (e) assurer la coordination et la fonctionnalité des structures techniques et d'experts impliquées dans la prise en charge des EIAV, notamment le comité ad hoc d'experts des EIAV ; f) collecter et transporter les échantillons biologiques des cas d'EIAV vers les laboratoires désignés, et les analyser ; g) acquérir et diffuser des kits d'urgence pour la prise en charge des chocs anaphylactiques, et renforcer les structures de santé avec du matériel de réanimation ; h) élaborer des dossiers d'enquête pour les cas graves d'EIAV et les distribuer à tous les districts sanitaires ; i) organiser le transport des personnes victimes d'EIAV graves vers les structures de référence et prendre en charge les coûts liés à leurs soins médicaux. Cette sous-composante aidera également le MSHP à maintenir le contact avec les personnes qui ont reçu la première dose du vaccin contre la COVID-19 et qui attendent la deuxième dose. Cela comprendra les coûts liés à l'achat de crédits téléphoniques et de paquets de données pour les équipes de site et les équipes de coordination afin d'envoyer des rappels par téléphone, par SMS ou par e-mail deux (02) jours avant le rendez-vous pour la deuxième dose.

2.2.2. COMPOSANTE 2 : COMMUNICATION SANITAIRE ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Les activités initiales dans le cadre du Projet parent seront renforcées pour fournir aux populations les connaissances et la motivation nécessaires à l'adoption de comportements liés à la prévention et lutter contre la désinformation autour de la pandémie de COVID-19. Les trois sous-composantes initiales du Projet parent ont été fusionnées en une nouvelle sous-composante dénommée : « Renforcement de la mobilisation communautaire et de la communication sur les risques ». Le financement complémentaire soutiendra une nouvelle sous-composante dénommée « Communication, mobilisation sociale et mobilisation communautaire pour accroître la demande du vaccin contre la COVID-19 » qui mettra en œuvre des activités de communication stratégique fondées sur des données probantes, afin de sensibiliser le public au bien-fondé de la vaccination de certaines populations cibles, à l'innocuité du vaccin et au processus de déploiement du vaccin par les gouvernements et de lutter contre la désinformation et l'hésitation à se faire vacciner.

Trois sous-composantes seront développées :

2.2.2.1. Sous-composante 2.1: : Renforcement de la mobilisation communautaire et de la communication sur les risques.

Cette sous-composante renforcera les activités dans le cadre du Projet parent et comprend les coûts liés : i) aux activités qui renforcent la mobilisation communautaire et la responsabilité sociale (par exemple, le développement de systèmes de surveillance communautaire, et la participation de plusieurs parties prenantes, la formation des dirigeants communautaires, des professionnels de la vulgarisation, des agents de santé communautaires et des bénévoles, etc.) ; ii) aux activités visant à promouvoir le changement de comportement et à améliorer la communication sur les risques (par exemple, des recherches menées pour comprendre les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations sur le virus et sa prévention ; l'élaboration et la mise à l'épreuve d'une stratégie de communication sur les risques et de supports de formation, l'élaboration de directives sur la distanciation sociale, etc. ;sensibilisation aux maladies liées au climat afin d'assurer une plus grande prise de conscience des risques parmi les groupes clés de population ; iii) la diffusion et la collecte d'informations afin de s'assurer que les informations sur la COVID-19 sont cohérentes et acheminées par le biais d'un nombre limité de plateformes reconnues (par exemple, formation à la communication efficace ou des chargés de communication au sein du MSHP, développement d'un site web servant de plateforme principale de diffusion des informations liées à la COVID-19, production et diffusion de campagnes sur les médias de masse via la radio, la télévision, les SMS, la presse, l'internet et les médias sociaux)..

2.2.2.2. Sous-composante 2.2 : Communication, mobilisation sociale et mobilisation communautaire pour accroître la demande du vaccin contre la COVID-19.

Cette campagne de vaccination sera lancée dans un contexte où les rumeurs sur l'efficacité et l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 sont nombreuses. Ces rumeurs ont été amplifiées par les médias sociaux et au sein des communautés, ce qui, ajouté aux incertitudes et à l'imprévisibilité de la communauté scientifique et de l'industrie pharmaceutique, continue d'alimenter les craintes concernant l'exposition à ce produit, que certains perçoivent comme présentant un risque élevé pour les individus et leurs familles. Ces craintes ont été encore amplifiées par l'émergence des variants de la COVID-19 et les questions récentes concernant l'efficacité des vaccins contre ces variants. Le défi pour le Projet sera de s'assurer que, dans ce contexte, la stratégie de communication lancée fournira non seulement les connaissances et la motivation requises par la population pour lui permettre de prendre une décision volontaire et éclairée sur la question de la vaccination, mais aussi de combattre toute forme de désinformation afin de garantir l'intégrité du processus de vaccination. L'instauration de la confiance dans un nouveau vaccin renforcera la confiance générale dans les vaccinations, ce qui entraînera une plus grande utilisation d'autres vaccins et médicaments dont on sait qu'ils sont liés à des maladies induites par le climat. Il faudra une approche de communication intégrée, qui couvre les trois

étapes du processus de vaccination : avant, pendant et après. En outre, la communication sur la vaccination contre la COVID-19 ne sera pas dissociée du contexte mondial de la lutte contre la pandémie et l'on intensifiera la transmission de messages sur la nécessité de maintenir les comportements de prévention essentiels, tels que le port du masque, le lavage des mains et le respect de la distanciation sociale, jusqu'à ce que la transmission communautaire du COVID-19 soit interrompue.

Cette sous-composante soutiendra les activités qui visent à promouvoir un changement de comportement généralisé en faveur de la vaccination contre la COVID-19, afin d'assurer une couverture optimale de la population pour réduire la transmission du virus au sein des communautés dans l'optique de parvenir à une immunité collective adéquate. Elle veillera à ce que les populations : i) aient un accès libre et équitable à des informations crédibles et fondées sur des données probantes tirées de sources fiables sur le vaccin contre la COVID-19 ; ii) puissent exprimer librement leurs besoins, leurs préoccupations et leurs appréhensions concernant le vaccin, notamment sur son innocuité, son efficacité et ses limites ; iii) aient une compréhension claire des défis et enjeux du programme national de vaccination contre la COVID-19 et des avantages d'être protégées contre le virus ; et iv) se sentent motivées à prendre une décision volontaire et éclairée pour se protéger elles-mêmes, ainsi que pour protéger leurs familles et leurs communautés.

Le financement complémentaire couvrira les coûts liés : ***a)*** à la ***communication et au plaidoyer en faveur du déploiement du vaccin contre la COVID-19*** ; b) à la garantie que les informations sur le vaccin contre la COVID-19, la stratégie de vaccination et les EIAV sont cohérentes et diffusées par un nombre limité de sources et de plateformes officielles. Les activités ci-après seront financées : i) le renforcement des capacités et le fonctionnement quotidien du Groupe de travail national pour la communication sur les vaccins et la vaccination contre la COVID-19 ; ii) la mise à niveau des plateformes numériques officielles sur la riposte à la COVID-19 et le renforcement des services d'assistance téléphonique et en ligne pour expliquer la composante vaccination ; iii) l'élaboration de messages clés et leur diffusion par les médias de masse, les canaux et relais communautaires, en veillant à ce que les informations sur la vaccination systématique soient toujours disponibles et divulguées au plus grand nombre de personnes possible ; iii) la production et la distribution de matériels, d'outils et de supports de communication spécifiques ; iv) la mise en œuvre de campagnes médiatiques nationales à la suite de l'organisation par phases de la campagne de vaccination ; v) le renforcement de la communication interpersonnelle, la formation des acteurs de première ligne et l'amélioration du flux d'informations vers les professionnels de la santé ; vi) le renforcement des capacités des professionnels des médias publics et locaux afin d'adapter les messages clés aux besoins des communautés locales ; vii) la gestion des rumeurs et des crises ; vii) le soutien aux initiatives de rétroactions fondées sur l'écoute sociale et les rétroactions des communautés.

Le financement complémentaire couvrira également les coûts liés : ***b)*** aux activités qui ***promeuvent le changement de comportement en faveur de l'adhésion au vaccin***. Cette sous-

composante soutiendra l'élaboration et la mise en œuvre d'une intervention globale de communication sur le changement social et comportemental afin de lever les obstacles à l'adoption du vaccin contre la COVID-19 sur la base d'un profilage du public (favorable/sceptique/hostile). Les activités spécifiques à financer sont les suivantes : i) la réalisation d'études, d'enquêtes et de sondages d'opinion sur l'utilisation potentielle du vaccin contre la COVID-19 auprès d'un échantillon de cibles vaccinales prioritaires, de professionnels de la santé et au niveau de la population pour évaluer le niveau d'acceptabilité et l'intention de vaccination ; ii) l'élaboration d'un plan de communication stratégique basé sur les données tirées des études réalisées, iii) l'élaboration de messages clés et de supports de sensibilisation destinés aux groupes cibles qui représentent également les groupes les plus vulnérables au changement climatique, avec la participation d'acteurs clés ; iv) l'organisation de campagnes de sensibilisation ciblées afin de lever les obstacles à l'adhésion au vaccin parmi ces acteurs clés.

Enfin, le financement complémentaire couvrira les coûts liés : ***c) aux activités qui favorisent la mobilisation sociale et la participation communautaire pour la demande et l'utilisation des vaccins.*** Un leadership national, régional et communautaire engagé et un engagement multi-acteurs des parties prenantes centrales et locales sont nécessaires pour favoriser un dialogue positif, inclusif et cohérent avec les communautés, diffuser des informations et des messages clés aux communautés, renforcer l'assurance et la confiance par rapport au vaccin contre la COVID-19 et faciliter son déploiement. Cette sous-composante soutiendra cet effort en couvrant les coûts liés : i) au renforcement des capacités des chefs traditionnels locaux, des dirigeants politiques et religieux, des associations de femmes et de jeunes, des agents de santé communautaires et d'autres réseaux communautaires pour promouvoir la vaccination au sein des communautés et favoriser le changement, en veillant à ce que le bénévolat et le consentement éclairé restent au cœur de tous les efforts d'information et de plaidoyer ; ii) aux coûts liés à la collecte et à la diffusion/au partage des expériences et des récits positifs des principaux bénéficiaires de la vaccination, en vue de renforcer la confiance dans le vaccin ; iii) aux activités qui soutiennent le processus d'appropriation communautaire, qui valorisent les solutions locales visant à générer et à accroître la demande de vaccination, à juguler la pandémie et à en atténuer les effets, à prévenir et à combattre la stigmatisation et la discrimination, et à accroître la résilience à la rhétorique anti-vaccinale ; iv) la collecte et l'analyse de preuves/données probantes à l'appui du plaidoyer, de la prise de décision et de la documentation des approches, des enseignements et des bonnes pratiques.

2.2.3. COMPOSANTE 3 : MISE EN ŒUVRE, GESTION ET SUIVI ET EVALUATION DU PROJET .

2.2.3.1. Sous-Composante 3.1 Gestion du Projet

Cette sous-composante continuera à soutenir la coordination et la gestion des activités dans le cadre du Projet parent, ainsi que les nouvelles activités introduites dans le cadre du financement complémentaire, notamment l'achat de biens (par exemple les vaccins, etc.) et leur distribution. Le financement complémentaire continuera à solliciter l'UEP existante (UCPS-BM) pour assurer

l'administration générale, les achats, les aspects environnementaux et sociaux et la gestion financière du Projet, et engagera des capacités et des expertises complémentaires si nécessaire. Un accent particulier sera mis sur le renforcement des capacités de l'UEPPI et d'autres responsables de la santé et autres parties prenantes sur les activités d'atténuation du changement climatique et d'adaptation à ce changement, qui permettraient de soutenir le déploiement du vaccin contre la COVID-19 et d'autres vaccins. Le financement complémentaire nouera un partenariat avec des organisations partenaires, dont l'OMS et l'UNICEF, pour qu'ils jouent divers rôles tels que ceux d'agent d'approvisionnement et de fournisseur et de prestataire d'assistance technique spécialisée.

2.2.3.2. Sous-Composante 3.2 Suivi-évaluation (S&E)

Cette sous-composante continuera à soutenir le suivi et évaluation au niveau national des interventions de prévention et de préparation, et à soutenir le renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation. Le financement complémentaire couvrira les coûts liés à : i) l'adaptation des outils internationaux et/ou la révision des outils et systèmes existants (par exemple SIGS, GTS, DVDMT, etc.) ; ii) l'acquisition de tablettes et leur configuration pour la collecte et la transmission des données via DHIS2 ; iii) le S&E de la distribution du vaccin contre la COVID-19, y compris pour les EIAV. Les données et les systèmes de surveillance permettront au système de s'adapter plus rapidement et plus efficacement aux futurs impacts sanitaires liés au climat, prévus par les phénomènes météorologiques extrêmes, ainsi que de faire face à l'augmentation quotidienne des charges sanitaires liées au climat. Le financement complémentaire soutiendra également le renforcement des capacités des acteurs locaux de la vaccination sur de nouveaux outils et le renforcement des données et des systèmes de suivi existants (vaccination et santé publique) pour permettre le suivi du déploiement des vaccins contre la COVID-19 et le suivi continu de la vaccination systématique. Le financement complémentaire financera plusieurs études et enquêtes liées à la campagne de vaccination.

2.3. BENEFICIAIRES DU PROJET

La cible prioritaire est estimée à 5 669 815 personnes. Elle représente 20% de la population totale. La vaccination de cette cible se fera dans le cadre de l'Initiative COVAX. Cette cible est stratifiée en deux phases :

La phase I : concerne 3% de la population totale). Elle est constituée par le personnel de santé (prestataires de soins et administratifs), les forces de défense et de sécurité et les enseignants.

- Dans le contexte actuel marqué par un approvisionnement en vaccins très limité avec une transmission communautaire (cas de la Côte d'Ivoire), le SAGE recommande de donner la priorité dans un premier temps aux agents de santé. Cette population représente 1,9% de la population cible à vacciner. Le choix de cette cible prioritaire de phase I est motivé par la nécessité pour le pays de protéger les soignants pour assurer la continuité des soins.

En effet, 107 médecins, 38 infirmiers et 38 aides-soignants ont été infectés depuis le début de la pandémie[6]. Ces chiffres sous-estiment très certainement la réalité et ne prennent pas en compte les asymptomatiques.

- Le pays a également décidé de protéger au cours de cette phase les personnes contribuant au maintien de services essentiels au fonctionnement de la société, les forces de défense et de sécurité et les enseignants représentant environ 13,1% de la population cible à vacciner.

La phase II : concerne 17% de la population totale (soit). Il s'agit des personnes de plus de 50 ans, des porteurs de pathologies chroniques et des voyageurs qui représentent respectivement 32,5%, 47,2% et 5,3% de la population cible à vacciner.

La priorité accordée à la cible de phase II vise d'une part à réduire la mortalité liée à la COVID-19 par la protection des personnes les plus à risque de développer des formes graves de la maladie et d'autre part, à éviter la propagation de la maladie. Ce choix s'inscrit également dans les recommandations du SAGE.

Par ailleurs, le pays se propose d'étendre la vaccination à la population carcérale et aux personnes âgées de 16 à 49 ans constituant la phase nationale. La population de cette phase est estimée à 13 976 093 soit environ 49,3% de la population totale. Les coûts opérationnels et des vaccins relatifs à cette phase seront supportés par le pays et ses partenaires.

En somme, la population cible totale de la vaccination contre la COVID-19 estimée à 19 645 908 soit environ 69,3% de la population totale.

NB : Les femmes enceintes et allaitantes ne sont pas concernées par cette vaccination par principe de précaution.

Le choix des cibles est décrit dans le tableau 1.

[6] SITREP. Réponse à l'épidémie due à la maladie à coronavirus (COVID-19). Rapport de situation numéro 246 du 20 décembre 2020.

Tableau 1. Description de la cible de la vaccination

Phases	Cibles Prioritaires	Désignation	Effectifs	Proportion (%)	Justification
Phase I **Total : 850 472** **(Soit 3%)**	Personnel de santé (prestataires de soins)	Médecins, IDE, SFDE, Pharmaciens, Chirurgiens-dentaires, Techniciens Supérieurs de la Santé, Ingénieurs sanitaires, Aides-Soignants, ASC, Etudiants UFR Sciences Médicales et INFAS, Assistants sociaux	104 618 (Public : 82 683 Privé :21 935)	1,8	La vaccination du personnel médical contre la COVID-19 est jugée primordiale car outre la morbidité de ce personnel, l'infection à COVID-19 peut entraîner une augmentation de l'absentéisme et une perturbation des services médicaux. Par ailleurs, les membres du personnel de santé infectés par la COVID-19 peuvent contribuer à la transmission nosocomiale de l'infection à leurs patients, notamment à ceux qui courent un risque élevé de développer une forme grave de la maladie à la COVID-19. La priorité à accorder au personnel de santé est également justifiée par le principe éthique de réciprocité. En effet, ils jouent un rôle crucial dans la riposte contre la Covid-19, dans des conditions de travail intenses et difficiles, s'exposant eux et leur famille à un risque accru pour prendre soins d'autrui.
	Personnel de santé (administratif)	Directions centrales, régionales et départementales, programmes de santé	7 892	0,1	Ces personnes sont en contact indirect avec les malades et en contact direct avec le personnel de soins. Ils jouent un rôle primordial dans la coordination nationale des activités de santé.
	Forces de défense	FACI, Gendarmerie nationale, Ecoles de gendarmerie	136 509	2,4	Le pays a décidé de protéger les forces de défense et de sécurité qui contribuent au maintien de services essentiels au fonctionnement de la société. En effet,

Phases	Cibles Prioritaires	Désignation	Effectifs	Proportion (%)	Justification
	Forces de sécurité	Agents de Police nationale, Douane, Eaux et forêts, Ecoles de polices	104 967	1,9	ils sont en contact permanent avec les populations, ils sont présents aux postes frontaliers et jouent un rôle essentiel dans la protection des populations dans les situations d'urgence.
	Enseignants	Préscolaire, primaire, secondaire général, enseignement technique et professionnel, Universitaire, Animateurs de centres d'alphabétisation, professeurs de CAFOP, Enseignants des structures Islamiques d'éducation	496 486	8,8	Ils sont en contact permanent avec les élèves qui sont de potentiels vecteurs de la maladie. De plus, l'atmosphère confinée des salles de classe pourrait favoriser la transmission de la maladie.
Phase II	Personnes âgées de plus 50 ans		1 841 202	32,5	Avec l'âge l'on observe une immunosénescence progressive rendant les individus plus vulnérables.
	Personnes porteuses de maladies chroniques	Diabète, obésité, HTA, cancers, infection à VIH	2 678 141	47,2	En Côte d'Ivoire, la prévalence du diabète est de 2% et celle de l'obésité 9% (OMS, 2018). Ces comorbidités sont pourvoyeuses de troubles vasculaires à type de micro thromboses qui favorisent la survenue

Phases	Cibles Prioritaires	Désignation	Effectifs	Proportion (%)	Justification
Total : 4 819 343 (Soit 17%)					d'embolie pulmonaire chez les patients infectés par le SARS-Cov 2. Environ, 20% des décès dus à la COVID-19 sont liés au Diabète.
	Voyageurs (le personnel des transports transfrontaliers terrestre, maritime et aérien)	Internationaux (port, aéroport, postes frontaliers)	300 000	5,3	Le risque de transmission transfrontalière étant élevé, il est extrêmement important de protéger le personnel des transports transfrontaliers terrestre, maritime et aérien.
Nationale Total : 13 976 093 (Soit 49,3%)	**Cibles additionnelles**	**Désignation**	**Effectifs**	**Proportion (%)**	**Justification**
	Population carcérale	Population carcérale, agents pénitentiaires, travailleurs sociaux et personnel de santé	25 583	0,2	La promiscuité en milieu carcéral représente un risque majeur de transmission de la maladie.
	Population des 16 à 49 ans	-	13 950 510	99,8	Dans l'objectif final d'obtenir une immunité collective, la Côte d'Ivoire envisage de vacciner cette tranche d'âge. C'est dans celle-ci que l'on retrouve de nombreux porteurs asymptomatiques favorisant la diffusion de la maladie.

2.4. COUT DU PROJET

La répartition des coûts du financement complémentaire est présentée dans les Tableaux 2 et 3. accrus

Tableau 2. Résumé des composantes du Projet Parent du Financement Additionnel, des coûts totaux et des mesures prises

Composante dans le cadre du PP	Composante proposée dans le cadre du FA	Coût total PP (Dollars EU)	Coût total FA (Dollars EU)	Mesures prises
Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19	Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19	28,8	73,6	Révisé : i) Portée et coût, ii) suppression des activités liées aux transferts en espèces et aux primes de la CNAM ; iii) réaffectation des ressources des Catégories 2 et 3 à la Catégorie 1 dans l'accord financier.
Composante 2 : Communication en matière de santé et mobilisation communautaire	Composante 2 : Communication en matière de santé et mobilisation communautaire	5	8	Révisé : Portée et coût accrus
Composante 3 : Mise en œuvre, gestion, suivi et évaluation de la mise en œuvre du Projet	Composante 3 : Mise en œuvre, gestion, suivi et évaluation de la mise en œuvre du Projet	1.2	4.4	Révisé : Portée et coût accrus
COÛTS TOTAUX		**35**	**86**	

Tableau 3. Répartition des coûts du financement complémentaire

Domaines d'investissement	Estimation en millions de dollars EU
Achat de vaccins, y compris l'expédition au pays	18,900,000
Logistique et transport du déploiement des vaccins	26,100,000
Campagnes de communication	2,300,000
PPE	180,000
Tests, médicaments et fournitures médicales de COVID-19	320,000
Assistance technique, suivi et mise en œuvre	3,200,000
COUT TOTAL	**51.0**

Source : MSHP, Budget pour le financement complémentaire du CIV-SPRP

2.5. TYPES D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET STRUCTURES CONCERNES PAR LE PROJET

Au vu de l'ODP, l'ensemble du système de santé sera mis à contribution pour freiner et maitriser la pandémie.

Pour les activités d'isolement, de dépistage et de traitement, les structures directement concernées sont les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Hôpitaux Généraux (HG), les centres spécialisés conçus à cet effet (centres de dépistage et de traitement des cas de COVID-19 aménagés au sein des établissements sanitaires existants et sur des espaces publics), les laboratoires d'analyses médicales et les unités de radiologie. Le secteur privé sanitaire est mis à contribution avec les Polycliniques et cliniques. Les Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) viennent soutenir le dispositif surtout au niveau périphérique, pour une efficacité plus grande. Par ailleurs, le Gouvernement a recours sous la forme de location et non d'achat, aux services de certains réceptifs hôteliers ou sites de rencontres pour une participation à l'offre de soins (quarantaine, soins pour les cas confirmés non compliqués, isolement).

Concernant le déploiement du vaccin, il sera réalisé, (i) la réhabilitation respectueuse de l'environnement, des chambres froides régionales pour l'INHP et le programme PEV, de l'espace de stockage à sec du PEV à Abidjan, et la modernisation des équipements de la chaîne du froid pour répondre aux normes mondiales et aux Performances Qualité Sécurité (PQS) de l'OMS ; (ii) le renforcement de la capacité de stockage dans 113 districts avec l'acquisition de réfrigérateurs respectueux de l'environnement certifiés PQS de l'OMS. Une formation additionnelle sur la gestion des équipements sensibles au climat sera organisée.

Pour l'organisation pratique de la campagne de vaccination, la stratégie avec des postes fixes et des postes avancés sera utilisée. Ainsi, seront concernés, les casernes, les hôpitaux et centres de santé des armées, les 04 centres de santé de la police, les 113 bureaux de Districts sanitaires, les 04 CHU, les 17 CHR, les 141 HG, l'INHP et ses 30 antennes, l'Institut National de la Santé Publique (INSP), les Centres de Santé Scolaire et Universitaire, les établissements sanitaires privés (Clinique FARRAH, PISAM), les 10 Centres de dépistage COVID-19, les Infirmeries des maisons d'arrêt et de correction, le complexe sportif du Parc des Sports de Treichville.

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

3.1.1. 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.

3.1.2. 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.

3.1.3. 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.

3.1.4. CONVENTION DE MINAMATA SUR LE MERCURE

La Convention de Minamata sur le mercure signée le 10 Octobre 2013, est destiné 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 1er Octobre 2019.

L'inventaire réalisé dans le cadre du Projet Mercury Initial Assessment (MIA), a identifié comme troisième sources d'émissions et de rejets de mercure en Côte d'Ivoire, l'incinération à basse température et le brûlage à l'air libre des ordures ménagères et de certains déchets sanitaires (thermomètres à mercure, amalgames dentaires, produits de dermatologie, etc.).. 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 maitriser 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.

3.2. 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. Les NES qui sont pertinentes pour le présent projet sont les suivants.

3.2.1. NORMES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES 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.

3.2.2. NORMES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES 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.

3.2.3. NORMES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES N°3 : UTILISATION RATIONNELLE DES RESSOURCES ET PREVENTION ET GESTION DE LA POLLUTION

Cette norme reconnait 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 entrainant l'usage important des produits chimiques, (iii) les travaux de réhabilitation / rénovation pouvant entrainer 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.

3.2.4. NORMES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES N°4 : SANTÉ ET SECURITE DES POPULATIONS

Elle reconnait 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. Cette NES est pertinente pour le projet relativement aux risques potentiels encourus notamment par le personnel des CIDT des cas de COVID-19, les malades et la population des zones hôtes dans le cadre de la mise en œuvre de certaines activités du projet telles que (i) le prélèvement et le convoyage des échantillons de laboratoire, (ii) les travaux de réhabilitation / rénovation, (iii) la vaccination contre la COVID-19 avec les MAPI, les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques, et (iv) les activités de collecte, transport et élimination des déchets sanitaires.

3.2.5. NORMES ENVIRONNEMENTALES 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.

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

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

Ces directives s'appliquent au projet d'autant plus que celui-ci est susceptible, dans le cadre du respect des mesures barrières (lavage des mains et désinfection des locaux, traitement des dispositifs médicaux réutilisables, etc.) et des activités de soins, de produire une quantité non négligeable d'eaux usées qui, rejetée dans l'environnement sans traitement préalable, peut être source de pollution des matrices eau et sol. Ces 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.

3.3.2. 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'être 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.

3.3.3. 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.

En effet, les activités de réhabilitation/rénovation, le respect des mesures barrières à travers le port des masques et autres EPI, le lavage des mains à l'eau et au savon, le traitement des locaux et des dispositifs médicaux réutilisables, l'intensification du dépistage et de la prise en charge médicale et l'organisation des campagnes de vaccination contre la COVID-19 concourent à l'augmentation de la production des déchets sanitaires solides et liquides pour lesquels un plan de gestion est élaboré.

3.3.4. 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.

3.3.5. 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.

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

Ces directives présentent des recommandations supplémentaires sur la prévention et la maitrise 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.

3.4. 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 :

3.4.1. 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.

3.4.2. 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.

3.4.3. 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.

3.4.4. 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.

3.4.5. 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 chaine 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.

3.4.6. 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 évènements indésirables associés aux soins afin de garantir la sécurité des patients et des personnels de santé.

3.4.7. 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 règlementer 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.

3.4.8. 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.

3.4.9. 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 2030[7]. 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 Cote d'Ivoire émergente, dans la perspective des ODD, avec 60% de la population ivoirienne ayant un accès durable aux installations sanitaires améliorées en 2030.

3.4.10. STRATEGIE NATIONALE DE GESTION DES DECHETS (SNGD)

Pour la gestion durable des déchets en Côte d'Ivoire, la vision de la SNGD est «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.

3.4.11. 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 ».

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

3.4.12. STRATEGIE DE SURVEILLANCE INTEGREE DE LA MALADIE ET DE RIPOSTE (SIMR)

Les enjeux actuels prennent en compte l'interface homme-animal-environnement permettant d'obtenir une meilleure coordination entre la surveillance de la santé humaine et animale et les autres secteurs impliqués dans l'approche « Une seule santé », une utilisation plus rationnelle des capacités des réseaux de laboratoires dans le cadre de la surveillance et de la riposte et une participation accrue des communautés aux interventions de santé publique.

La stratégie de surveillance intégrée des maladies et de la riposte a été adoptée par les États membres du Bureau régional OMS de l'Afrique (OMS AFRO) en septembre 1998 comme approche pour améliorer la veille et la riposte aux maladies, affections et événements prioritaires. Cette stratégie fait participer les communautés et les structures sanitaires à tous les niveaux du système de santé.

La stratégie de la SIMR rend plus utilisables les données de surveillance et de laboratoire et aide les gestionnaires et décideurs de la santé publique à améliorer la détection et la riposte aux maladies, aux décès et incapacité dans le pays. Dans le cadre de l'amélioration du système de santé, la stratégie de la SIMR aide le pays à mieux surveiller et suivre les objectifs.

3.4.13. 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
- Plan national de vaccination et de déploiement des vaccins contre la COVID-19 en Côte d'ivoire

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

3.5.1. 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 ».

3.5.2. 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'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 ; (ii) Principe de Substitution ; (iii) Principe de Préservation de la diversité biologique ; (iv) Principe de non-dégradation des ressources naturelles ; (v) Principe ''Pollueur-payeur'' ; (vi) Principe de l'information et (vii) Principe de coopération .

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 ».

3.5.3. 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 ».

3.5.4. 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 a pour objet une gestion intégrée des ressources en eau, des aménagements et ouvrages hydrauliques et vise à assurer notamment :

- la préservation des écosystèmes aquatiques, des sites et des zones humides ;
- la protection contre toute forme de pollution, la restauration des eaux de surface, des eaux souterraines et des eaux de la mer dans la limite des eaux territoriales ;
- la valorisation de l'eau comme ressource économique et sa répartition de manière à satisfaire ou à concilier, lors des différents usages, activités ou travaux, les exigences entre autres de la santé, de la salubrité publique, de la protection civile.

Par ailleurs, la Loi adresse la question de l'usage des puits et de la potabilité de l'eau destinée à la consommation humaine.

-

Ce texte est pertinent dans le cadre du présent projet en ce sens que la mise en œuvre des activités du PP et du FA 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 de l'eau (lavage des mains, risque de pollution de l'eau par les déchets sanitaires.

, etc.)

3.5.5. 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.

3.5.6. 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 ».

3.5.7. LOI N° 2003-208 DU 7 JUILLET 2003 PORTANT TRANSFERT ET REPARTITION DE COMPETENCES DE L'ETAT 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 1er 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 ».

3.5.8. 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.

3.5.9. 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 maitre 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.

3.5.10. 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.

3.5.11. 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 ainsi que les structures de prises en charge sanitaire publiques et privées, dans la mise en œuvre des activités du Projet.

3.5.12. 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 ».

3.5.13. 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 article 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 ».

3.5.14. 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.

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

Cet arrêté définit clairement ce qu'est un déchet produit par un établissement menant des activités du secteur de la santé. Il classifie les déchets sanitaires en trois (03) catégories : Catégorie 1, déchets ménagers et assimilés ; catégorie 2, déchets médicaux infectieux ; et catégorie 3, déchets médicaux non infectieux. Il institue le tri des déchets à la production pour minimiser la proportion à risque et établit les conditions de collecte, de transport, de stockage et d'élimination in et ex situ des déchets sanitaires ainsi que les conditions d'hygiène, de sécurité et d'environnement ainsi que celles d'une gestion écologiquement rationnelle.

Cet arrêté précise la responsabilité des établissements producteurs de déchets sanitaires qui sont tenus de les gérer conformément aux dispositions en vigueur. Pour faire face à cette obligation, l'arrêté donne la possibilité à l'établissement concerné de contracter avec une entité physique ou morale spécialisée dans le domaine.

La majorité des déchets produits par les activités du PP et surtout du FA sont classés dans la catégorie 2 et impose une gestion conformément aux dispositions du présent arrêté.

3.5.16. 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 règlementaire prévu à cet effet sur un site agréé par le Ministère en charge de la santé ». Les activités de gestion des déchets en général et spécifiquement les sites devant abriter les ouvrages d'élimination des déchets sanitaires font l'objet d'une Etude d'Impact Environnemental et Social (EIES) sanctionné par un arrêté d'approbation du rapport, délivré par le Ministre de l'Environnement et du Développement Durable conformément aux dispositions du Décret n° 96-894 du 8 novembre 1996 ci-dessus.

3.6. REFERENCES TECHNIQUES INTERNATIONALES PERTINENTES EN MATIERE DE BONNES PRATIQUES

3.6.1. 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.

3.6.2. 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 scenario 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 : 0rientations 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_PH_measures-Criteria-2020.1-fre.pdf) ;
- Utilisation rationnelle des Equipements 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 provisoires, 26 janvier 2020 (https ://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330679/9789240000797-fre.pdf) ;
- Séquençage génomique du SARS-CoV-2 à des fins de santé publique : Orientations provisoires, 8 janvier 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338890/WHO-2019-nCoV-genomic_sequencing-2021.1-fre.pdf?);
- Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 Pfizer-BioNTech, BNT162b2, en vertu du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence : Orientations provisoires, 8 janvier 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338848/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1-fre.pdf?);
- Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 : Orientations provisoires, 8 janvier 2021

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338935/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1-fre.pdf) ;

- Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle contre la COVID-19 et éléments à considérer en cas de grave pénurie : Orientations provisoires, 23 décembre 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338935/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1-fre.pdf) ;
- Criteria for COVID-19 vaccine prioritization, 17 May 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/criteria-17-may.pdf?sfvrsn=8a1eb5c7_1&download=true ;
- Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 Pfizer-BioNTech, BNT162b2, en vertu du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence Orientations provisoires 8 janvier 2021 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338848/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1-fre.pdf).

4. DONNEES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES DE REFERENCE

4.1. DONNEES ENVIRONNEMENTALES

4.1.1. DONNEES BIOPHYSIQUES

4.1.1.1. Relief

La Côte d'Ivoire présente dans l'ensemble, un relief peu accidenté, constitué de plaines et de plateaux, à l'exception de l'Ouest du pays, plus montagneuse. Le Sud du pays présente l'allure générale d'une plaine constituée d'un moutonnement de petites collines de très faibles hauteurs atteignant 100 mètres d'altitude (Lauginie, 2007). Le Nord abrite une succession de plusieurs plateaux de 200 à 500 mètres d'altitude. Ces deux types d'horizons voient leur relative monotonie rompue par la présence de reliefs isolés, les inselbergs, qui prennent la forme d'alignements de collines (la chaîne baoulé formant un V au Sud de Yamoussoukro au niveau du mont Kokoumbo), de buttes tabulaires appelées Boka ou de dômes granitiques dans les régions de Séguéla, Mankono (Mont Ko, etc.). Seuls l'Ouest et le Nord-Ouest du pays, qui constituent l'extrême oriental d'une région montagneuse, « la dorsale guinéenne », se différencient de cette planéité générale avec la présence de sommets dépassant mille mètres d'altitude. C'est là que se trouve le point culminant de la Côte d'Ivoire, le mont Nimba (1 752 m), point de rencontre des frontières de la Côte d'Ivoire, de la Guinée et du Libéria.

Ce relief peu accidenté associé à un réseau routier assez dense, favorise non seulement le transport des équipements, leur distribution dans les CIDT mais également la mise en place d'une

chaine opérationnelle de collecte et transport des déchets des CIDT ne disposant pas d'incinérateurs vers les sites d'élimination identifiés.

4.1.1.2. Sols

L'ensemble du pays est constitué d'un vieux socle cristallin, conservant d'anciens alignements d'orientation NE-SO de roches sédimentaires plus ou moins métamorphisées. Seule, une bande littorale de dépôts est d'origine récente (d'âges tertiaire et quaternaire) et sous influence de la variation du niveau de la mer.

Dans ce contexte géologique relativement uniforme, la pédogénèse dépend plus de l'action du climat (dissolution, ruissellement) et de la végétation climacique (forêt dense, forêt ouverte), que de la nature des roches mères.

L'une des contraintes bien connue du développement du secteur agricole et forestier en zone tropicale, est la conservation des sols, sachant que, mis à nus après défrichements, ils deviennent très sensibles au ruissellement et à l'érosion. Les grandes zones de savanes, les plus disponibles actuellement en espaces valorisables, sont particulièrement visées lorsque leurs sols sont peu couverts (formations arbustives et/ou herbacées), ou régulièrement piétinés par les troupeaux d'élevage, ou annuellement parcourus par les feux de brousse.

Sur le plan de la santé, les sols peuvent être contaminés par des substances chimiques (intrants agricoles, mercure…) classées cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (arsenic, chrome, benzène, dioxines…) et neurotoxiques (plomb), fragilisant la situation sanitaire des populations et exposant ainsi à des risques élevés de contracter la COVID-19, avec pour conséquence une augmentation de la production des déchets des CIDT. Les hydrocarbures, le plomb, les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAPs) et les résidus des produits phytosanitaires (les pesticides) sont les agents chimiques les plus en cause, par l'abondance de leur utilisation ou leur mauvais usage, surtout au niveau de l'agriculture.

Par ailleurs, on trouve dans les établissements sanitaires, des produits pharmaceutiques persistants dans l'environnement, tels que les antibiotiques, les œstrogènes synthétiques, les analgésiques, les hypolipidémiants, les bêtabloquants, les produits de contraste à usage radiologique, certains produits à usage vétérinaires, tous sources de problèmes de santé quand ils sont ingérés involontairement. Ces produits ont été principalement détectés dans les eaux de surface et les effluents d'eaux usées des grandes villes.

4.1.1.3. Climat

Du Sud au Nord, le pays est recoupé par 4 zones climatiques :

- une zone Sud, littorale, guinéenne, à climat de type équatorial, à 4 saisons (2 saisons humides, 2 saisons sèches) et une forte hygrométrie, recevant plus de 1600mm de

précipitations moyennes annuelles, à déficit hydrique faible en saison sèche, à climax de forêt dense ombrophile ;

- une zone Centre- Sud du pays, nord-guinéenne, de type tropical subhumide à 2 saisons (humide et sèche), recevant entre 1600 et 1300 mm de précipitations, à déficit hydrique peu marqué en saison sèche, à climax de forêt dense semi-décidue ;
- une zone Centre- Nord du pays, au climat de type soudanien, marqué par deux saisons (humide et sèche de durée équivalente), recevant entre 1000 et 1300 mm de précipitations, à déficit hydrique marqué en saison sèche, à climax de forêt de transition : forêt claire, savane arborée, forêt galeries ;
- une zone Nord, au climat de type soudanien, rythmé par deux saisons bien marquées (saison humide courte, saison sèche longue), recevant moins de 1000 mm de précipitation, à fort déficit hydrique en saison sèche, à climax de savane arborée, arbustive ou herbeuse (rôle des feux).

A l'Ouest du pays (région de Man), le relief montagneux accentue la pluviométrie de manière significative, en doublant le volume des précipitations à latitude égale par rapport à la zone centrale (spécificité climatique du « V Baoulé »).

Ce climat, caractérisé par un fort taux d'humidité, contribue à l'augmentation de la masse des déchets sanitaires produits et à la réduction de leur pouvoir calorifique.

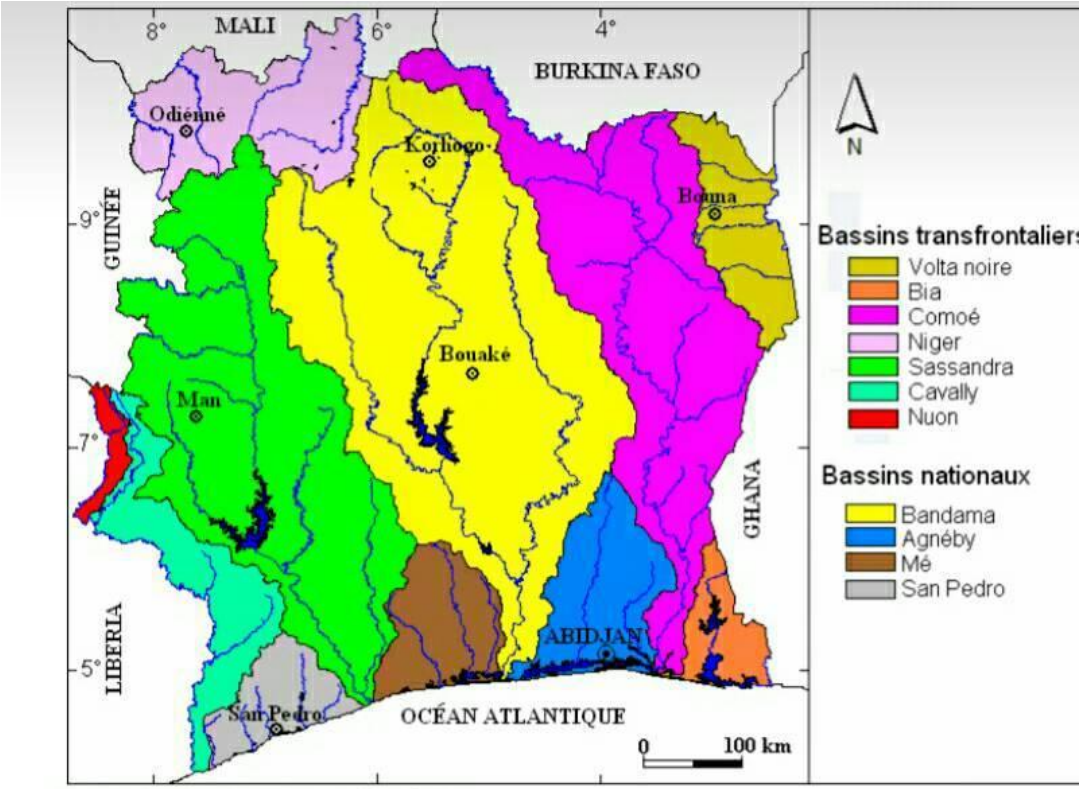
4.1.1.4. Eaux

L'eau est un élément stratégique du développement rural (cultures, forêts, eau potable) ; avec la mer, elle est le milieu propice à la pêche, activité très importante pour la sécurité alimentaire du pays, dont la population apprécie de plus en plus le poisson comme protéines animales.

En Côte d'Ivoire, l'eau ne manque pas. Comme le montre la carte ci-dessous, le réseau hydrographique est constitué de 04 grands bassins versants orientés Nord-Sud (Comoé, Bandama, Sassandra et Cavally) qui draine la plus grande partie du pays. Ils sont relativement puissants, mais sont non navigables en raison de nombreux sauts et de leur assèchement saisonnier dans la partie Nord.

Ce réseau hydrographique dense n'est pas à l'abri de pollutions de toutes sortes, notamment des déchets sanitaires. En effet, dans certains établissements de soins, les déchets sont abandonnés dans la nature, finissant souvent dans les cours d'eau. L'usage des fosses à placentas et des fosses à brulage fait également courir le risque de pollution des nappes phréatiques qui restent par endroit superficielles.

Figure 1. Carte des bassins versants (Source : Ministère des Eaux et Forêts de Côte d'Ivoire, 2019)



Carte des bassins versants de la Côte d'Ivoire

4.1.1.5. Végétation

Le couvert forestier de la Côte d'Ivoire est passé d'environ 16 millions d'ha en 1960 soit 49,6% de la superficie totale du pays à 12 millions d'ha en 1970 (37,2%), 5 millions d'ha en 2000 (15,8%) et 3,4 millions d'ha en 2015 (10,5%)[8]. A l'heure actuelle, environ 200 000 hectares de forêts disparaissent chaque année principalement du fait de l'expansion des surfaces cultivées en cacao, palmier huile, hévéa, riz et igname. Dans un contexte de changement climatique, la disparition des derniers blocs forestiers, attendue au tournant de 2030-2035, risque de compromettre les objectifs de développement actuels, notamment dans le secteur agricole, pilier important de l'économie ivoirienne et le secteur de la santé.

Hors domaine agricole, la végétation naturelle se compose de quatre grands types de formations végétales naturelles, qui se présentent dans des états divers de conservation et de dégradation :

- les formations de forêts denses ombrophiles, dans la zone littorale, avec parfois un liséré de mangroves ;
- les formations de forêts denses mésophiles ou claires, dans la moitié sud du pays, avec des facies montagnards plus humides en partie Ouest ; pour la plupart, ce sont

[8] Source : PND 2016-2020

des forêts dégradées et des forêts secondaires, que l'on peut considérer issues des formations précédentes, au titre de jachères plus ou moins longues de l'agriculture traditionnelle itinérante ; ce sont en fait des zones agricoles qui laissent plus ou moins de place aux arbres dominant les cultures (vivrières et de rente). Ces zones peuvent être intensifiées par l'agriculture paysanne (café, cacao…), ou par la grande agriculture/arboriculture industrielle (palmier à huile, hévéa) ; plus densément peuplées qu'ailleurs, elles représentent actuellement le potentiel agricole du pays, et par conséquent, les zones de forêts dont les enjeux sont les plus importants en termes de stockage de CO^2 ;

- des forêts galeries denses ou claires, ombrophiles ou mésophiles en fonction des conditions hydriques et édaphiques, situées le long des cours d'eau et en continuité des forêts denses du Sud, s'allongeant en zones de savanes vers le Nord ; ces zones de bas-fonds sont aujourd'hui convoitées par l'agriculture, car elles offrent des conditions pédologiques et hydriques favorables. Leur protection, ou leur mise en valeur encadrée, est un enjeu réel pour la sécurité alimentaire, pour le régime des cours d'eau et pour la continuité territoriale de la biodiversité (corridors) ;
- des formations de savanes arborées, arbustives ou herbeuses dans la zone soudanienne, dont le gradient de conservation/dégradation est fonction de la densité humaine et de la fréquence des feux de brousse. Couvrant de grandes étendues peu peuplées (du fait de l'onchocercose), elles peuvent être considérées comme un réservoir d'espaces pour le reboisement et pour les cultures agro-industrielles (concessions sucrières, projet soja…), quoique parfois difficiles à mettre en valeur.

4.1.1.6. Faune

La Côte d'Ivoire, par la diversité de son écosystème, abrite une faune riche et diversifiée. La quasi-totalité des taxons des forêts tropicales y est représentée. Les témoins de cette richesse sont principalement un réseau de 14 aires protégées dont huit (08) parcs nationaux et six (06) réserves qui protègent environs 90% des espèces de mammifères et oiseaux. Au sein des forêts classées et des forêts du domaine rural, la faune est méconnue car très peu d'études ont été conduites dans ce sens. Mais il est clair que l'exploitation forestière et la création des plantations ne favorisent pas le développement d'une faune importante dans ces espaces. La vulnérabilité de la faune s'aggrave de façon inquiétante. La quasi-totalité des espèces de vertébrés est menacée de disparition avec des représentants inscrits sur la liste rouge de l'UICN. A cela, s'ajoutent aussi certaines espèces d'invertébrés. Ainsi, et en considérant les catégories NT, VU, EN et CR, 138 espèces de faune sont inscrites dans les catégories des espèces menacées ou quasiment menacées : des batraciens (32), des reptiles (06), des poissons (32), des oiseaux (38) et des mammifères (30)[9].

[9] Gestion durable de la faune et des ressources cynégétiques en Côte d'Ivoire Rapport pour les Etats généraux de la forêt, de la faune et des ressources en eau, 2015

Le dernier inventaire exhaustif de la biodiversité terrestre et aquatique révèle la présence de 16 034 espèces végétales et animales dont 712 espèces avifaunes et 163 espèces mammifères. L'IUCN a recensé près de 90 espèces endémiques à la Côte d'Ivoire10.

L'homme partage environ 98 % de son patrimoine génétique avec le chimpanzé et le gorille. Du fait de cette proximité sur l'échelle évolutive, plusieurs espèces de grands singes sont sensibles aux mêmes maladies que les humains notamment la COVID-19 qui constituerait une préoccupation majeure pour la conservation des grands singes.

Même s'il n'existe pas encore de certitude sur la sensibilité des grands singes au virus CoV-2 du SRAS, il est bon de rappeler que des chimpanzés sauvages ont été infectés par le coronavirus humain OC43 en Côte d'Ivoire, et que les grands singes peuvent être infectés par de nombreux autres agents pathogènes respiratoires humains. Toute chose qui a emmené l'UICN a recommandé que « les visites de grands singes par l'homme soient réduites au minimum nécessaire pour assurer la surveillance de leur sécurité et de leur santé » en attendant la mise au point d'un vaccin pour la COVID-19[11].

4.1.2. GESTION DES DECHETS SANITAIRES[12]

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. 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux (8% d'objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) et 54% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT), 36% sont des déchets solides ménagers et assimilés (DSMA) et 2%, des déchets chimiques et pharmaceutiques.

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

[10] Projet d'Achat Stratégique et d'Harmonisation des Financements et des Compétences de Santé
[11] https://www.actu-environnement.com/ae/news/primates-coronavirus-35210.php4
[12] Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Projet de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiques (PRSSE)- P147740 : Actualisation du plan de gestion des déchets sanitaires 2009-2011. Rapport d'enquête, septembre 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 »[13].

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 48 incinérateurs recensés, 39 sont fonctionnels soit 81,25%.

Les tableaux 4 et 5 présentent respectivement, le récapitulatif des incinérateurs installés dans le secteur sanitaire public à travers le pays et les initiatives des entreprises privées spécialisées dans l'élimination des déchets dangereux industriels et sanitaires.

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

Tableau 4. 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, /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
5	**Toumodi**	Pyrolytique à 2 chambres HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
6	**Yamoussoukro**	Pyrolytique à 2 chambres / District Sanitaire	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
7		Pyrolytique à 2 chambres / HG MOSCATI	15 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
8		Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
9	**Yopougon Ouest-Songon**	Pyrolytique à 2 chambres / CHU	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
10		Pyrolytique à 2 chambres /MACA	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
11		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Non Fonctionnel
12	**Abobo-Est**	Pyrolytique à 2 chambres / Antenne INHP	200 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
13		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
14	**Cocody-Bingerville**	Pyrolytique à 2 chambres / CHU Cocody	100 kg/h	850°C - 1100°C	1000°C - 1650°C	Fonctionnel
15		Pyrolytique à 2 chambres / CHU Cocody	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non fonctionnel
16		Pyrolytique à 2 chambres / CHU Angré	100 kg/h	850°C - 1100°C	1000°C - 1650°C	Fonctionnel
17		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT HG	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Non fonctionnel
18		Electrique à une chambre / CSU Henriette KONAN BEDIE de Blockhaus	5 Kg/H	-	-	Fonctionnel
19	**Treichville**	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20- 30kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
20		Pyrolytique à 2 chambres /RETROCI	30 Kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non fonctionnel
21		Pyrolytique à 2 chambres /CNTS	50 Kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
22		Pyrolytique à 2 chambres /Institut de Cardiologie d'Abidjan	30 Kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
23		Pyrolytique à 2 chambres / CHU Angré	100 kg/h	850°C - 1100°C	1000°C - 1650°C	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	TEMPERATURE DE COMBUSTION	TEMPERATURE DE POST-COMBUSTION	ETAT DE FONCTIONNEMENT
24	**Man**	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
25		Pyrolytique à 2 chambres /CAT	15 – 30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Non fonctionnel
26	**Daoukro**	Pyrolytique a 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
27	**Tengréla**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	5 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
28	**Korhogo**	Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20- 30kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
29	**Aboisso**	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
30	**Bouaké Nord-Ouest**	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20- 30kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
31	**Katiola**	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	1300 kg/mois	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
32	**Séguéla**	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
33		Pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
34	**Odienné**	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
35	**Bondoukou**	Pyrolytiques à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
36	**Abengourou**	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	750°C - 850°C	900°C - 1000°C	Fonctionnel
37	**Daloa**	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
38	**Divo**	1 pyrolytique a 2 chambres /CHR	20-30 kg/h	800°C - 900°C	950°C - 1050°C	Fonctionnel
39	**Niakara**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non fonctionnel
40	**Dabakala**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
41	**Tiébissou**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non fonctionnel
42	**Didiévi**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
43	**Anyama**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
44	**Bouna**	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
45	**Nassian**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non fonctionnel
46	**Mbahiakro**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
47	**Bocanda**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Fonctionnel
48	**Prikro**	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	850°C - 950°C	1000°C - 1100°C	Non fonctionnel

Tableau 5. Répertoire des incinérateurs de déchets sanitaires, modernes, fonctionnels, installés dans le secteur privé[14]

N°	LOCALITES	STRUCTURES	CAPACITE DE DESTRUCTION	TEMPERATURE COMBUSTION / POST-COMBUSTION	OBSERVATIONS
1.	Attiékoi, Pk25 sur la route d'Alépé	PISA IMPEX	200 kg/h	850°C - 950°C / 1000°C - 1100°C	Spécialement destiné aux déchets sanitaires
2.	Vridi zone industrielle	RMG	250 kg/h	850°C - 950°C / 1000°C - 1100°C	- Destinés initialement aux déchets de produits phytosanitaires ; - Capable de détruire convenablement les déchets sanitaires.
3.			350 kg/h	850°C - 950°C / 1000°C - 1100°C	
4.	PK40 sur l'autoroute du Nord	ENVIPUR	100 kg/h	850°C - 950°C / 1000°C - 1100°C	- Destinés initialement aux déchets chimiques solides et liquides ; - Capable de détruire les déchets sanitaires.
5.	PK24 sur l'autoroute du Nord	EADI	100 kg/h	850°C - 950°C / 1000°C - 1100°C	- Spécialement destiné aux déchets sanitaires

Concernant les banaliseurs (Tableau 6), sur les 10 installés, seulement deux (02) 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 les CHU de Treichville et Bouaké.

Le tableau 5 présente le récapitulatif des banaliseurs installés dans le secteur sanitaire public en Côte d'Ivoire.

[14] Source : DHPSE, MSHP : Etat des lieux du fonctionnement des incinérateurs de déchets sanitaires (2018, mis à jour en juillet 2020)

Tableau 6. 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'arrêtés et de plans de gestion stratégiques organisant le secteur et recommandant la gestion des déchets sanitaires par polarisation et l'existence d'incinérateurs et de banaliseurs fonctionnels, la structuration de la chaine opérationnelle 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.

4.1.3. SITUATION DES DECHETS SOLIDES MENAGERS ET ASSIMILES[15]

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 nettoiement, 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 chaine 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 nettoiement, 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 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

[15] Source : MINASS/DGAS

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 négatifs notables, ni sur les habitats naturels, ni sur les ressources culturelles physiques, ni sur les forêts.

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 et de la catégorie 3

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 élimination [16]. Par ailleurs, les premières descriptions des symptômes du Covid-19 rapportant des diarrhées, des douleurs abdominales ou des vomissements et qu'une étude a identifié l'ARN du SARS-CoV-2 dans les selles et les urines des patients atteints de la COVID-19, il peut avoir également 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 sur site et éventuellement une contamination des eaux de surface via les rejets sans traitement préalable adéquat, contamination qui reste tout de même tributaire de la durée de vie du virus[17].

4.2. DONNEES SOCIALES

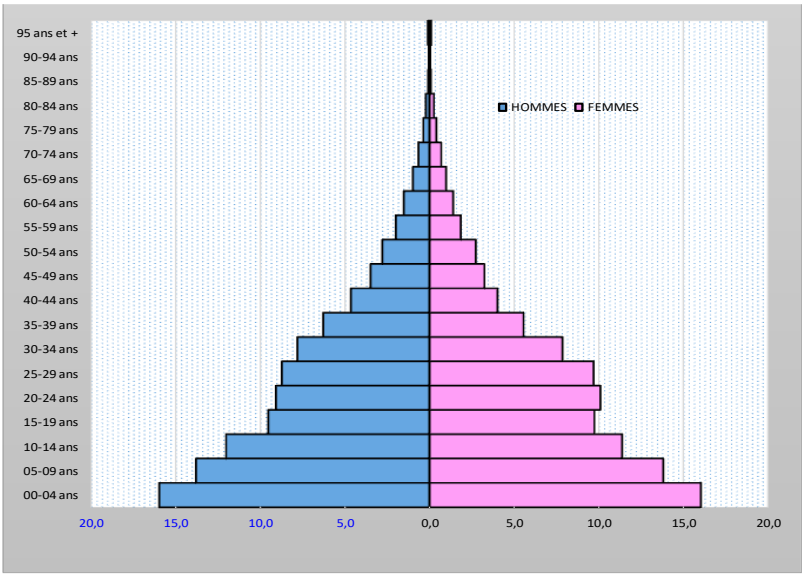
4.2.1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

[16] 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)
[17] https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/coronavirus-coronavirus-peut-il-transmettre-eaux-usees-80423/

Le Projet couvre l'ensemble du territoire de la Côte d'Ivoire située en Afrique de l'Ouest avec une superficie de 322 462 km^2 et une population de 25 069 230 habitants comprenant 12 414 061 de femmes, soit 49,51%, et 12 655 169 d'hommes, soit 50,48%. La population urbaine qui est la plus touchée, surtout celle de l'agglomération d'Abidjan, représente 50,78% de la population totale. La densité de population est estimée à 77,74 habitants/km^2 avec un taux de croissance annuelle de 2,60%[18]. L'espérance de vie était de 57,40 ans (2018) avec un taux de mortalité de 10,40% (2017)[19]

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.

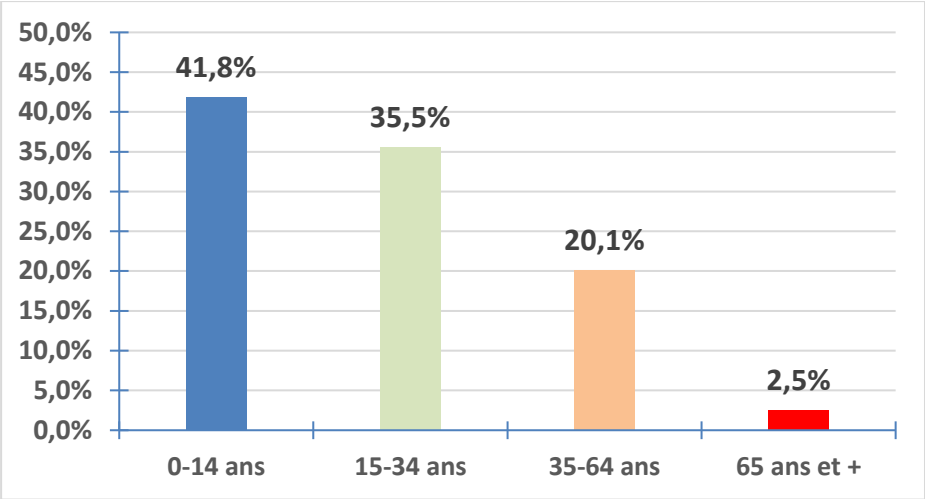
Figure 2. Pyramide des âges de la Côte d'Ivoire en 2014



Source : INS, RGPH 2014

[18] Source : Banque Mondiale, données 2018
[19] https://www.populationdata.net/pays/cote-divoire/

Figure 3. 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 de 65 ans et plus) pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 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 démographique[20].

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 2018[21].

4.2.2. DONNEES ECONOMIQUES

Sur le plan économique, la croissance économique ivoirienne de la Côte d'Ivoire s'est établit à 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

[20] Source PNDS 2016-2020
[21] Banque Mondiale

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 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'Ivoire[22].

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'Etat[23]. Notons que l'Etat ivoirien ne finance que 19 % des dépenses de soins de santé primaire dont le financement reste insuffisant[24].

4.2.3. DECOUPAGE ADMINISTRATIF

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.

[22] Perspective économique en Côte d'Ivoire, rapport Banque Mondiale, 2019
[23] Dossier d'investissement Côte d'Ivoire 2020-2023
[24] Source : Primary Health Care Performance Initiative 2018

Figure 4. Découpage administratif de la Côte d'Ivoire

Source : BNETD, 2012

4.2.4. DONNEES DES GROUPES VULNERABLES

Assurer un accès équitable des services pour les personnes vulnérables reste un des objectifs à atteindre par le Projet. La vulnérabilité d'un groupe de personnes peut être attribuable à la race, à l'origine ethnique ou sociale, à la couleur, au sexe, à la langue, à la religion, aux convictions politiques ou autres, à l'âge, au niveau d'instruction, à la maladie, à un handicap physique ou mental et à la pauvreté ou à la précarité économique. Il existe un risque que les plans de déploiement du vaccin laissent ces personnes à la traîne, compte tenu de leur situation physique et morale. Ils peuvent être touchés d'une manière disproportionnée par le projet. Ce risque est réduit dans le cadre du Projet Parent (PP) pour lequel les consultations des parties prenantes ont intégré les personnes vulnérables (organisation de personnes handicapées, personnes économiquement vulnérables etc.). Ces consultations inclusives se poursuivront dans le cadre du Financement Additionnel (FA).

Les femmes, les jeunes, les adolescentes interrogés au cours d'une étude de l'UNICEF en 2020 sur la pandémie, ont pour la plupart des connaissances erronées. Pour ces derniers, la COVID-19 est une maladie semblable au paludisme. D'autres sont dans une posture de déni de la maladie et dans une approche fataliste. Ces derniers affirment que l'existence du virus en Côte d'Ivoire est une punition de Dieu ou une invention du Gouvernement ivoirien pour mobiliser des ressources. Des groupes vulnérables recourent majoritairement aux modèles thérapeutiques traditionnels en s'appuyant sur l'expérience collective de leurs groupes d'appartenance pour se protéger contre la maladie au nouveau coronavirus. Ils s'informent en général par différents

canaux dont les plus dominants sont la télévision, la radio et les réseaux sociaux. Plus spécifiquement, les adultes et les plus âgés préfèrent la télévision (France 24 ; RTI1) et la radio (Fréquence 2 et les radios confessionnelles), tandis que les jeunes et les adolescents sont plus intéressés par la télévision (RTI 1) et les réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp...).

Au niveau économique, la cessation des activités économiques et la baisse du temps de travail ou de la clientèle sont les principales conséquences économiques enregistrées chez les groupes vulnérables tel que les travailleurs privés avec pour corolaires, la perte ou la baisse de revenu et l'endettement très souvent lié à la mévente des produits périssables et à l'épuisement du fonds de commerce particulièrement chez les femmes. Les réajustements économiques que les groupes vulnérables initient s'appuient principalement sur la capacité de résilience des femmes à travers la diversification et la reconversion dans les activités économiques. Les femmes acceptent comparativement aux hommes le déclassement statutaire consistant en général à travailler comme assistantes ou effectuer des petits travaux socialement moins valorisants alors qu'avant cette crise sanitaire, ces dernières étaient responsables de leurs activités initiales et effectuaient des activités génératrices de revenus plus valorisantes. En revanche, les hommes sont en majorité dans une posture d'attente de nouvelles opportunités dans leurs domaines de compétence. Pendant cette attente, ils recourent à leur épargne, au crédit auprès de particuliers ou procèdent à la suppression de certains postes budgétaires afin d'assurer les besoins alimentaires.

Le climat social des personnes vulnérables (personnes sans domicile fixe, migrants qui travaillent dans les plantations, etc.) instauré par la pandémie COVID-19 est producteur de stress, d'angoisse et de peur.

4.2.5. DONNEES SANITAIRES

4.2.5.1. 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 :

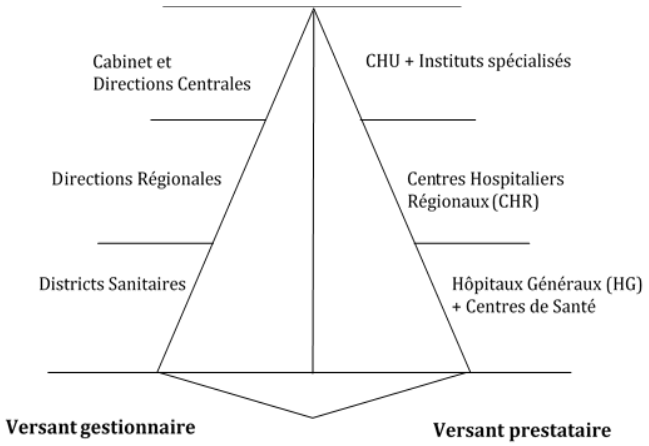
- le niveau primaire ou périphérique représenté par 2479 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) dont 65,1% pour les établissements ruraux publics, 29,8% pour les établissements urbains publics et 5,1% pour les établissements confessionnels. Le ratio national est de 1 ESPC pour 10 164 habitants. On note par ailleurs 127 Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS), 32 Formations Sanitaires Urbaines (FSU) dont 15 à base communautaire[25].
- 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).

[25] 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 5. Organisation du Système sanitaire ivoirien[26]



Source : MSHP, 2019

4.2.5.2. 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%).

[26] 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.

Cette organisation du système de santé avec (i) une administration sanitaire déconcentrée en cascade dans l'ensemble des régions et départements pour faciliter la prise de décision, (ii) une organisation des infrastructures sanitaires pour une offre de soins délivrée dans toutes les contrées du pays, (iii) une ressource humaine en quantité et en qualité suffisantes selon les normes de l'OMS et (iv) une participation accrue du secteur privé, constitue un atout pour le plan de riposte contre la COVID-19.

4.2.5.3. 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 touchées[27].

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 morbidité[28].

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 générale[29]. La prévalence du VIH en Côte d'Ivoire, estimée à 2,8%[30], 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 enceinte 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/VIH[31].

[27] PNDS 2016-2020
[28] Dossier d'investissement Côte d'Ivoire 2020-2023
[29] Source : RASS 2018
[30] Global Health observatory data repository, 2017. Les résultats préliminaires du CIPHIA 2017 indiquent une prévalence de 2,5% pour les 15-49 ans
[31] RASS 2018

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 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 score relativement élevé 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 établissement 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.

4.2.5.4. Activités de vaccination

4.2.5.4.1. Cadre institutionnel de la vaccination

Deux structures interviennent dans la vaccination en Côte d'Ivoire : (i) l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) et le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

a) **Institut National d'Hygiène Publique**

C'est un Etablissement Public National (EPN) créé en 1991 dont la principale mission est la « Prophylaxie et le contrôle des endémies transmissibles bactériennes, virales et parasitaires ». L'INHP effectue à travers ses 30 antennes (régionales, départementales et communales) et ses 16 postes frontaliers, des vaccinations dites « Hors-PEV » constituant ainsi une stratégie de vaccination complémentaire à celle du PEV. Il s'agit d'activités de vaccination recouvrables destinées au grand public. Point focal du Règlement Sanitaire International, l'INHP assure la

Surveillance Epidémiologique des maladies transmissibles à travers son système d'alerte précoce.

b) **Programme Elargi de Vaccination**

Le PEV est mis en œuvre depuis 1978 en Côte d'Ivoire et a été intégré aux Soins de Santé Primaires dans le contexte de l'Initiative de Bamako en 1987. Il assure la vaccination des enfants de moins d'un an. Ses activités sont coordonnées au niveau central par la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DC-PEV), au niveau intermédiaire par les 33 Directions Régionales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP) et au niveau opérationnel par les 113 Districts Sanitaires ou Directions Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP) qui comptent 2 403 centres de vaccination.

Le programme a obtenu des résultats remarquables en évitant les épidémies au cours de la dernière décennie et en réduisant la mortalité infantile[32]. Le programme national d'immunisation de la Côte d'Ivoire est axé sur la santé des nourrissons et des enfants. Il vise à couvrir 95 % des enfants de moins de 12 mois contre les maladies courantes telles que la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B, la grippe Haemophilus, la rougeole, la rubéole et les oreillons.

La DC-PEV dispose d'acteurs compétents ayant acquis une expertise dans l'administration des vaccins. Toutefois, il y a de principaux défis à relever que sont le manque d'équipements adéquats (notamment en ce qui concerne la chaîne du froid existante), la pénurie de personnel de santé qualifié pour mettre en œuvre le programme et l'absence d'une plateforme numérique de notification des effets indésirables pleinement fonctionnelle où tous les effets indésirables sont notifiés[33].

Les principales activités menées par dans le cadre du PEV sont entre autres, la vaccination de routine, les activités de vaccination supplémentaires et la surveillance des maladies évitables par la vaccination. La vaccination des cibles se fait en stratégie fixe, avancée et mobile. Ces stratégies sont complétées par d'autres approches ponctuelles comme la recherche active des perdus de vue, le ratissage, etc.

La mise en œuvre de la vaccination contre la COVID-19 dans le cadre du FA reposera sur ces deux (02) structures et leurs entités déconcentrées au niveau régional, départemental et communal.

4.2.5.4.2. Surveillance de la sécurité vaccinale et gestion des MAPI et sécurité des injections

a) Notification, investigation, analyse causale des MAPI lié au vaccin COVID-19

[32] Programme Elargi de Vaccination – Ministère de la santé de la Côte d'Ivoire, plan pluriannuel complet (2016-2020)?
[33] Programme Elargi de Vaccination – Ministère de la santé de la Côte d'Ivoire, plan pluriannuel complet (2016-2020)?

La gestion des MAPI est un impératif pour tous les systèmes nationaux de vaccination. Pendant la vaccination contre la COVID-19, la surveillance des MAPI se fera dans tous les 33 régions sanitaires sur une période de 12 mois à partir de l'introduction du vaccin.

Dans tous les districts sanitaires, il existe un dispositif de notification et de prise en charge des MAPI à travers les points focaux. La notification se fera par lesdits points focaux par voie manuelle sur la fiche de notification et/ou par voie électronique au travers de l'application med-safety développé par l'Autorité ivoirienne de régulation pharmaceutique (AIRP). Ces outils feront l'objet le cas échéant d'une révision pour les adapter au contexte de la COVID-19.

Les cas de MAPI grave et les grappes de MAPI feront l'objet d'une investigation par l'équipe d'investigation du District sanitaire qui sera appuyée le cas échéant par le niveau central. Les fiches d'investigation des MAPI graves seront produites et diffusées dans tous les districts sanitaires.

En outre, il faut mettre à la disposition de l'Institut Pasteur tous les moyens de la collecte et analyse des échantillons biologiques pour les besoins de l'investigation.

Les rapports d'investigation seront transmis au comité Ad'hoc des Experts EIAV des campagnes de vaccination via l'AIRP.

Pour les cas d'EIAV non graves, l'imputabilité se fera exclusivement par l'AIRP en collaboration avec la DC-PEV. Un rapport spécifique sur la gestion des EIAV survenus pendant la campagne sera élaboré.

b) Procédure complémentaire de surveillance des MAPI du vaccin contre la COVID-19.

Deux (02) types de surveillance sont proposés au pays : une surveillance active (CEM) et la surveillance sentinelle via une surveillance passive. Le pays se propose de réaliser la surveillance active via l'étude de cohorte des effets indésirables du vaccin contre la COVID-19 qui est une approche flexible.

c) Information et communications sur les risques et réponse face aux MAPI

Avant la vaccination : les agents de santé doivent sensibiliser les candidats aux vaccins sur les effets indésirables de la vaccination et les informer qu'ils doivent se rendre au centre de santé le plus proche pour le signaler. En outre, ils doivent d'une part les rassurer sur la prise en charge gratuite des MAPI et d'autre part leur faire savoir que les MAPI feront l'objet d'une enquête approfondie pour établir le lien d'imputabilité.

Après la vaccination lorsqu'un EIAV survient, l'équipe de vaccination doit informer l'autorité compétente pour une réponse appropriée dans la gestion du cas d'EIAV (une bonne communication de crise).

4.2.5.4.3. Stratégie et structures de vaccination

La vaccination contre la COVID-19 se déroulera selon trois principales stratégies.

Tableau 7. Stratégie de vaccination

GROUPES CIBLES	STRATEGIES DE VACCINATION	STRUCTURES DE VACCINATION
Personnel de santé	Postes fixes	Casernes, hôpital et centres de santé des armées, 4 centres de santé de la police, 113 Bureaux du district sanitaire, 4 CHU, 17 CHR, 141 HG, INHP et ses 30 antennes, INSP, Médico-Scolaire et universitaires structures Privées (FARRAH, PISAM), 10 Centres de dépistage COVID-19, Infirmeries des maisons d'arrêt, Parc des Sports de Treichville.
Forces de défenses	Postes fixes, postes avancés	
Forces de sécurité	Postes fixes, postes avancés	
Enseignants (préscolaire, scolaire, secondaire et universitaire)	Postes fixes, postes avancés	
Personnes âgées de plus 50 ans	Postes fixes, postes avancés	
Personnes porteuses de maladies chroniques	Postes fixes, postes avancés, Centres spécialisés diabétiques. On s'appuiera également sur les associations au sein desquelles ces personnes sont regroupées.	
Personnes âgées de 16 à 49 ans	Postes fixes, postes, avancés.	
Les voyageurs internationaux	Un poste fixe sera mis en place au niveau de l'aéroport d'Abidjan, des ports d'Abidjan et San-Pedro ainsi qu'au niveau de toutes les portes d'entrée du pays, Des postes avancés seront également mis en place au niveau des gares routières	
Populations carcérales	Postes fixes, postes avancés	

- **Au niveau des postes fixes,** environ 60% de la population cible sera vaccinée. Les équipes de vaccination seront constituées chacune de 2 agents de santé et de 3 volontaires. La charge de travail par équipe sera de 175 personnes par jour, soit 88 personnes par jour par agent de santé. Les postes de vaccination fixes sont des

stratégies d'AVS efficaces lorsque la demande de la communauté est forte et qu'elle n'exprime pas une grande inquiétude vis-à-vis de l'innocuité ou de l'efficacité du vaccin. Cette stratégie permettra de vacciner les personnes favorables à la vaccination et qui peuvent se déplacer vers les postes de vaccination.

- **Au niveau des postes avancés**, environ 40 % de la population cible sera vaccinée. Les équipes de vaccination seront constituées chacune de 2 agents de santé et de 3 volontaires. La charge de travail par équipe sera de 100 personnes par jour selon un circuit préétabli. Cette stratégie permettra d'atteindre les communautés d'accès difficile, de se rapprocher de ceux qui ne peuvent pas se déplacer et enfin par la communication de proximité d'inciter les plus réticents à adhérer à la séance de vaccination en cours. Les vaccinations seront organisées selon un circuit planifié en collaboration avec les responsables des différentes structures des ministères impliqués, les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les leaders communautaires (chef du village, chefs de quartiers…). Le circuit de distribution sera défini après la micro planification.

*4.2.5.4.4. **Libre acceptation du vaccin et équité***

La vaccination étant libre et volontaire, une stratégie de communication et de mobilisation efficace sera mise en œuvre pour informer et éclairer l'opinion publique sur les effets (positifs et négatifs) du vaccin afin de s'assurer de son acceptabilité par les cibles. Le plan opérationnel de communication avec des messages clairs et compréhensible de tous, est mis en œuvre à cet effet.

Pour s'assurer de la libre acceptation du vaccin, le consentement éclairé de la cible sera obtenu. Par ailleurs, le Mécanisme de Gestion des Plaintes du PP sera mis à jour et pourra être consulté par les cibles en cas d'abus dans la délivrance de la vaccination.

Pour le respect de l'équité dans l'offre du service de vaccination, le MSHP mettra en place toutes les dispositions (équipes de contrôle et de surveillance au niveau national et local, procédures opérationnelles standardisées connues du vaccinateur et du vacciné) afin de (i) respecter les dispositions techniques et autres procédures quel que soit la cible à vacciner et le lieu de la vaccination et (ii) de vacciner les cibles tel que défini.

a) Séquençage de la stratégie de communication

Dans le cadre de l'opérationnalisation de la stratégie de communication, les axes stratégiques sont définis selon trois phases suivantes :

- La phase de préparation de la campagne de vaccination (avant) ;
- La phase de l'administration du vaccin (pendant) ;
- La phase post campagne de vaccination (après).

- ***Phase de préparation de la campagne***

Cette phase prendra en compte les activités de coordination, d'élaboration d'un plan de communication et de messages (éléments de langage), d'information et de communication publique, de plaidoyer, de mobilisation sociale, d'engament communautaire et de communication de crise. Une veille communicationnelle avec tracking des rumeurs sera mise en place. En outre, un sondage en ligne sur la plateforme U-Report portant sur l'acceptabilité du vaccin sera réalisé auprès des populations, en vue d'identifier les déterminants des barrières liées à l'acceptabilité du vaccin.

- ***Phase de l'administration du vaccin***

Au cours de cette phase, les activités de mobilisation sociale, communication publique, communication digitale et l'analyse des feed-back de la population et des professionnels de la santé seront intensifiées. Par ailleurs, la communication de crise pour la gestion des différents incidents et des rumeurs liées à la vaccination sera mise en œuvre.

- ***Phase post campagne***

Cette phase sera consacrée d'une part à l'évaluation post campagne des activités de communication et de coordination. D'autre part, il sera procédé à l'élaboration d'un plan d'action continu (poursuite de la sensibilisation sur la vaccination contre la COVID-19 et la continuité des services).

b) Planification et mise en œuvre des activités de mobilisation sociale, de communication et de plaidoyer

Les différentes stratégies préconisées pour cette campagne de vaccination et développées dans le Plan National de Vaccination et de Déploiement des Vaccins contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire sont :

- le plaidoyer en tant que stratégie de communication consiste à mettre en évidence la problématique de la vaccination contre la COVID-19 et obtenir le soutien des autorités tant au niveau central que déconcentré pour l'adhésion des différentes cibles ;
- la coordination institutionnelle de la communication officielle permettra d'harmoniser les actions de communication, la validation des éléments de langage, dans un souci d'efficacité ;
- la mobilisation sociale et l'engagement communautaire constitue une stratégie clé en vue de renforcer le partenariat avec les réseaux communautaires et engager les populations à s'impliquer et adhérer pleinement à la campagne de vaccination contre la COVID-19 ;

- la communication digitale ou communication numérique, consiste à mettre en œuvre une stratégie et des actions en utilisant l'ensemble des nouveaux média tels que le web, les médias sociaux, les terminaux mobiles et objets connectés ;
- la communication publique c'est l'ensemble des actions de communication mise en œuvre par les plus hautes autorités nationales pour la conduite de la campagne de vaccination contre la COVID-19 ;
- le renforcement de capacités des acteurs de la communication, consiste en la formation des acteurs de la communication en vue de les amener à maitriser et s'approprier les éléments de langage et les techniques de communication validés dans le cadre de la campagne de vaccination contre la COVID-19 ;
- la communication de crise permettra de prévenir, détecter et gérer toute situation susceptible d'impacter négativement le bon déroulement de la campagne de vaccination contre la COVID-19.

4.2.6. ENJEUX SOCIO-ECONOMIQUES EN RAPPORT AVEC LE PROJET

De l'analyse de la situation socio-économique de la Côte d'Ivoire, des enjeux sociaux de niveaux de sensibilité divers ont été répertoriés. Ils sont synthétisés dans le tableau 8.

Tableau 8. Sensibilité des enjeux socio-économiques

ENJEUX	DESCRIPTION	NIVEAU DE SENSIBILITE
L'espérance de vie des populations ivoirienne était de 57,40 ans (2018) avec un taux de mortalité de 10,40% (2017)	Au regard des données de l'expérience de vie avec l'avènement de la pandémie COVID-19, le climat social est producteur de peur, d'angoisse et de stress.	Sensibilité forte
La croissance économique ivoirienne de la Côte d'Ivoire	Les effets de la pandémies COVID-19 tels que le confinement prolongé, engendre la baisse des revenus du pays.	Sensibilité forte
Le nombre de la population économiquement pauvres	Avec la pandémie de la COVID-19, le flux des activités économiques (commerce, restauration, l'agriculture, etc.) des populations est en baisse	Sensibilité forte
Le système sanitaire	A l'instar des pays à faible revenu, la Côte d'Ivoire était confrontée à des insuffisances au niveau de son	Sensibilité modérée

	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. Cependant, le pays a bénéficié du renforment en équipements (respirateurs, produits barrières), en personnel de santé dans les centres de santé du fait de la pandémie COVID-19.	
Personnes vulnérables	Le climat social des personnes vulnérables instauré par la pandémie COVID-19 est producteur de stress, d'angoisse, de peur et de pauvreté économique.	Sensibilité forte

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

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. 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.

Ces mesures contraignantes au départ, ont été progressivement allégées en fonction de l'évolution de la pandémie. Ainsi, à la date du 05 mars 2021, seules les mesures N°2, N°3, N°5, N°6, N°10, N°11, N°12 et N°13 sont demeurées en vigueur. 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 précèdent d'un nouveau virus.

Ces dispositions (mesures du Gouvernement et investissements financés par le Projet)vise à (i) assurer une bonne prise en charge des cas confirmés de la COVID-19 dans les meilleures conditions ; (ii) contenir l'épidémie et en garder le contrôle ; (iii) maitriser la propagation du virus en vue de stopper la contagion ; (iv) prévenir la dissémination du virus en vue de préserver la santé publique et (v) en assurer la sécurité.

Les impacts positifs du Projet qui constitue un élément essentiel de l'engagement du Groupe de la Banque mondiale (GBM) en Côte d'Ivoire en réponse à la COVID-19 sont notamment, d'arrêter la pandémie, de sauver des vies, de protéger les personnes démunies et les personnes vulnérables, de sauver les moyens de subsistance, de préserver les emplois et d'assurer une croissance plus durable des entreprises et la création d'emplois, de renforcer le système de santé y compris le système national de gestion des déchets sanitaires et la préparation nationale aux épidémies.

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 9 :

Tableau 9. Impacts négatifs, risques potentiels et mesures d'atténuation proposées

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
1. Phase de planification et de conception			
Information et participation des parties prenantes	- Mauvaise identification des parties prenantes ; - Non prise en compte des aspects relatifs à l'information et la participation des bénéficiaires notamment la population ou les groupes sociaux cibles et/vulnérables ; - Non prise en compte de la nécessité d'informer les parties prenantes sur les effets environnementaux et sociaux des sous-projets ; - Mauvaise gestion de l'information et désinformation sur le vaccin et ses effets indésirables.	- Identifier l'ensemble des parties prenantes ; - Organiser des consultations des parties prenantes ; - Initier et renforcer la communication populaire et scientifique pré-campagne de vaccination ; - Informer, sensibiliser, mobiliser et rassurer le public cible ; - Tenir des séances d'information périodiques sur le vaccin contre la COVID-19.	- Direction de la Communication et des Relations Publiques (DCRP) ; - DC-PEV et INHP ; - UCPS-BM (Spécialiste Sauvegarde Environnementale et Sociale (SES), Spécialiste Communication) ;
Recrutement des Prestataires de services et sous-traitants pour les travaux, l'acquisition des équipements/ matériels	Négligence des aspects environnementaux et sociaux relatifs entre autres à l'hygiène, la santé et la sécurité au travail dans les Dossiers d'Appel d'Offres (DAO).	- Intégrer des clauses environnementales et sociales dans les DAO ; - Assurer le contrôle qualité et la mise en œuvre des procédures de validation des mesures environnementales et sociales ; - Prévoir des supervisions régulières de tout chantier par des Experts en SES en plus du contrôle par les institutions nationales	- UCPS-BM (Spécialiste Passation de Marchés, Spécialistes SES) ; - MSHP.

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
		compétentes conformément aux cahiers de charges ; - Exiger des contractants et des sous-traitants, l'élaboration d'un plan hygiène, santé, sécurité, environnement incluant les mesures d'atténuation des risques et de réponse aux cas d'EAS/HS/VBG, y compris un cadre de redevabilité.	
Identification des zones devant abriter les CIDT, des sites de stockage des vaccins et des chambres froides	- Risque structurel de sécurité liée à l'emplacement ou à la conception de base des infrastructures d'accueil ; - Non prise en compte des règles d'hygiène, de sécurité, de santé et d'environnement dans la conception des plans architecturaux et de génie civil des travaux de mise aux normes des établissements sanitaires ; - Non prise en compte des règles d'hygiène, de sécurité, de santé et d'environnement dans l'identification des conditions de transport et de stockage des produits notamment les vaccins, les réactifs et les produits de laboratoire ou toute autre matière classée à risque.	- 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 NES4 et les directives de l'OMS ; - Se conformer aux directives nationales et celles de l'OMS en matière d'infrastructures de santé.	- INHP ; - DC-PEV ; - Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance (DIEM) ; - UCPS-BM (SPM et Spécialistes SES).

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
2. Phase d'aménagement/rénovation ou réhabilitation			
Installation des chantiers	- Réduction de la capacité d'accueil pour les établissements sanitaires en activité avec un impact sur la qualité des soins ; - Risque d'infections nosocomiales et d'accidents.	- Procéder à la délocalisation ou la réorganisation des services de soins ; - Réduire dans la mesure du possible l'emprise du chantier (base vie) ; - Délocaliser la base vie en dehors du site du centre de santé ; - Mettre en œuvre les mesures de santé et sécurité au travail (SST) prévues à cet effet.	- DIEM ; - Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP) ; - UCPS-BM (Spécialiste Infrastructure, Spécialiste SES).
Exécution des travaux	- Effets liés à la livraison des matériaux/produits ; - Risque d'infections nosocomiales et d'accidents.	- 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 ;	- DIEM ; - Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP) ; - UCPS-BM (Spécialiste Infrastructure, Spécialiste SES).
	- Plan d'aménagement/rénovation ou réhabilitation des centres de dépistage, d'isolement et de traitement inadapté ; - Mauvaise exécution des travaux ; - Sécurité et santé des travailleurs.	- Appliquer les normes en matière d'architecture hospitalière ; - Etablir des circuits précis et spécifiques pour les cas suspects à recevoir, les cas confirmés à prendre en charge, le personnel soignant et le linge ;	- DIEM ; - UCPS-BM (Spécialiste Infrastructure, Spécialiste SES) ; - Entreprises Contractantes / Sous-traitants.

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
		- 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) ; - Procéder à la déclaration des travailleurs à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) ; - Elaborer, diffuser et veiller au respect du Code de bonne conduite par les travailleurs ; - Sensibiliser les travailleurs au respect du Code de bonne conduite et sanctions encourus ; - Déployer le mécanisme de gestion des plaintes.	
	Mauvaise gestion des déchets de chantier.	Elaborer et mettre en œuvre un plan de gestion des déchets de chantier.	- Entreprises Contractantes / Sous-traitants ; - UCPS-BM (Spécialiste SES, Spécialiste Infrastructure).
	Nuisances sonores et pollution de l'air.	- Informer et sensibiliser les populations riveraines y compris les malades et leurs accompagnants ; - Doter les travailleurs d'EPI adaptés ; - Interdire le travail de nuit et aux heures de repos des malades ;	UCPS-BM (Spécialiste SES, Spécialiste Infrastructure).

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
		- Entretenir régulièrement les équipements et engins ; - Procéder à l'arrosage régulier des voies d'accès au chantier et/ou du chantier.	
	Risques de propagation de la COVID-19, de la tuberculose, des IST, du VIH/SIDA et d'autres maladies transmissibles ainsi que l'EAS/HS et les VBG	- Organiser des réunions de sensibilisation ; - Assurer la formation des travailleurs sur le Code de bonne conduite et la sensibilisation sur les maladies transmissibles ; - Sensibiliser les communautés sur les comportements interdits chez les travailleurs et sur le MGP.	- MSHP ; - UCPS-BM (Spécialistes SES et Spécialiste Communication)
Démantèlement du chantier	- Mauvaise exécution du plan de démantèlement et de repli de chantier ; - Absence d'une procédure claire de démantèlement ; - Mauvaise gestion des déchets de chantier responsable d'insalubrité ; - Sécurité et santé des travailleurs ; - Conflits sociaux liés aux engagements financiers potentiels non tenus par le Contractant / Sous-traitant.	- S'assurer du respect strict des prescriptions du plant de démantèlement du chantier ; - Doter les travailleurs d'EPI adaptés ; - Procéder au nettoyage général du site ; - Assurer une gestion écologiquement rationnelle des déchets issus du démantèlement ; - Renforcer les missions de suivi du chantier ; - Mettre en œuvre les Procédures de Gestion de la Main d'œuvre (PGMO) ; - Mettre en œuvre le Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP).	- Entreprises contractantes / Sous-traitants ; - DIEM ; - UCPS-BM (Spécialiste SES, Spécialiste Infrastructure).

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
3. Phase d'exploitation			
Approvisionnement en intrants	- Programmation défaillante ou non-respect des règles de stockage, notamment le vaccin, les réactifs et les produits de laboratoire ou toute autre matière classée à risque **;** - Rupture de la chaine de froid ; - Contamination/détérioration des intrants et risque de contamination du personnel ; - Emission des GES	- Disposer et appliquer les 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 ; - Mettre en place un dispositif autonome d'approvisionnement en électricité ; - Procéder à la décontamination des lieux avant stockage ; - Inciter au lavage des mains au savon ou au gel hydro alcoolique avant et après la manipulation des produits/matériels. - Acquérir en priorité des dispositifs de refroidissement et/ou des incinérateurs ayant un facteur d'émission de GES faible.	- MSHP (INHP, DC-PEV, DIEM) ; - UCPS-BM.
Production des déchets sanitaires	- Risque d'encombrement par les déchets sanitaires à risque en l'absence d'une chaine opérationnelle cohérente de gestion ; - Risques de propagation de la COVID-19 à partir des déchets sanitaires ; - Augmentation de l'incidence des infections nosocomiales.	- Mettre en œuvre le Plan National de Prévention et de Contrôle des Infections (PN-PCI) et le Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS) en tenant compte des directives de l'OMS en la matière ; - Mettre en œuvre le cadre de référence pour la lutte contre les infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé ;	- DHPSE ; - DMHP ; - UCPS-BM (Spécialistes SES).

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
		- Démarrer le système de polarisation de la gestion des déchets sanitaires à risques ; - Promouvoir le tri des déchets sanitaires à la production ; - 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 déchets ménagers et assimilés des établissements sanitaires et leur élimination au CVET de Kossihouen.	

Conduite de la campagne de vaccination et de la prise en charge des cas de COVID-19 (Dépistage, isolement, traitement)	- Production incontrôlée sur plusieurs sites de déchets de vaccination (déchets à risque infectieux) ; - Survenue de MAPI - Exposition du personnel de santé des centres de dépistage, d'isolement et de traitement ainsi que des agents vaccinateurs au virus au virus COVID-19 ; - Discrimination / Exclusion de certaines cibles de la vaccination et de certains cas de COVID-19 ; - Stigmatisation des cas de COVID-19 et des populations ayant accepté de se faire vacciner.	- Former et sensibiliser le personnel ; - Mettre en place un système de détection et de prise en charge précoces des MAPI ; - Procéder au respect des mesures barrière pour éviter et minimiser les risques d'infection et de contamination ; - Mettre en œuvre le plan santé et sécurité du personnel de santé, de laboratoire et des agents vaccinateurs selon les directives de l'OMS ; - Mettre en œuvre le Plan National Prévention et Contrôle des Infections (PN-PCI) ; - Mettre en œuvre le plan de sécurité vaccinale et de sécurité des injections ; - Mettre en œuvre les 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.	- MSHP (DC-PEV, INHP, Inspection Générale) ; - UCPS-BM.

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
	Exposition des individus à haut risque face au virus (sujets à plus de 65 ans, sujets malades chroniques, familles et proches de personnel médical et paramédical des centres COVID-19).	- 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 ; - 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; - Préparer et mettre en œuvre le Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP).	- MSHP ; - UCPS-BM.
	Insuffisance de couverture 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 et/ou inaccessibles des services dont la vaccination contre la CIVID-19.	- 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. - Renforcer les postes avancés de vaccination contre la COVID-19.	- MSHP (Dir Com, DC-PEV, INHP, SAMU, SMIT) ; - UCPS-BM.

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
	Mauvaise gestion de l'information et désinformation sur le diagnostic, le traitement et le contrôle de la propagation du virus et la stratégie vaccinale sur les médias y compris les réseaux sociaux.	- Mettre en œuvre le PMPP (NES n°10) qui suit les bonnes pratiques d'engagement des 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 ; - 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 les Collectivités Territoriales et les leaders communautaires ;	- MSHP (Dir Com, DC-PEV, INHP) ; - ONGs ; - UCPS-BM.

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
		- Solliciter les ONG et les composantes de la société civile à organiser des campagnes d'information venant en aide aux groupes vulnérables ; - Initier et renforcer la communication populaire et scientifique pré-campagne de vaccination ; - 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.	
4. Phase de démantèlement des CIDT et phase post-vaccinale			
Utilisation des CIDT des cas de COVID-19 à d'autres fins médicales	Résurgence du virus et contaminations nouvelles	- Décontamination systématique et totale des installations, du matériel et des équipements conformément aux normes nationales et aux directives de l'OMS ;	- MSHP (DIEM, DMHP) ; - Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) ;

ACTIVITES PRINCIPALES	RISQUES ET EFFETS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX POTENTIELS	MESURES D'ATTENUATION PROPOSEES	ENTITES RESPONSABLES
		- Procéder à un contrôle qualité de la décontamination.	- UCPS-BM (Spécialistes SES et Spécialiste Infrastructure).
Démobilisation des équipes de vaccination / personnel de centres de vaccination et démantèlement des CIDT et des centres de vaccination	- Plan de démantèlement inadapté ; - Négligence de la procédure de démantèlement ; - Insalubrité des sites due à la présence des déchets ; - Conflits sociaux liés à des engagements financiers pris par le MSHP (contractuels, primes des agents de santé, etc.)..	- Mettre en œuvre le Plan Hygiène Sécurité Environnement et le Plan de gestion des déchets ; - Mettre en œuvre le MGP ; - Mettre en œuvre les PGMO. -	- MSHP (DIEM, Inspection Générale, DHPSE) ; - UCPS-BM (Spécialistes SES et Spécialiste Infrastructure, SAF, Service Passation de Marchés).

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 COVID-19 et dans la conduite du processus d'acquisition et de déploiement des vaccins contre la COVID-19 sur toute l'étendue du territoire national ;
- 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 notamment, la sélection des Contractants pour les travaux et la fourniture de service, l'identification/réhabilitation des sites de stockage des intrants dont les vaccins et d'aménagement des centres d'accueil, 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 de consultations des prestataires ou des entreprises (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 points focaux des agences d'exécution concernées et les services techniques municipaux concernés, procèderont au remplissage du formulaire de screening pour

chaque activité. 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. Son application dans 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 doit être validée 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 : (i) préparation des termes de référence pour l'EIES/CIES/PGES à soumettre à l'ANDE et à la Banque mondiale pour revue et approbation, (ii) recrutement des consultants agréés pour effectuer l'EIES/CIES, (iii) 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 PP et du FA.

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 sera effectuée par des consultants en environnement (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.

Tableau 10. Les indicateurs de suivi de la gestion environnementale et sociale

Mesures	Domaines d'intervention	Indicateurs	Périodicité
Mesures techniques	Sélection environnementale (Screening) des activités du projet	- Nombre d'activités passées au screening ; - Nombre d'activités sélectionnées.	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

	Conduite de la campagne de vaccination	- Vaccinateurs formés sur la Violence Basée sur le Genre/Exploitation et Abus Sexuels/Harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS) (ventilés par sexe) ; - Nombre de membre du personnel ayant signé le Code de conduite ; - Nombre de personnes formées sur le déploiement du vaccin contre la COVID-19 (y compris rapportage) ; - Nombre d'unités de traitement et d'isolation réhabilité et/ou équipé par le projet ; - Nombre d'unités de stockage du vaccin réhabilité et/ou équipé ; - Taux d'abandon du vaccin Covid dose 2 ; - Proportion de districts ayant une couverture vaccinale d'au moins 70% pour le COVID dose 2 ; - Proportion de districts sanitaires dans lesquels est implémentée la stratégie de mobilisation sociale et communautaire ; - Proportion de régions sanitaires disposant d'un comité pour la	

Mesures	Domaines d'intervention	Indicateurs	Périodicité
		surveillance des MAPI identifiés au cours de la vaccination contre la COVID-19 ; - Proportion de personnes ayant des connaissances sur le COVID-19, et qui adoptent des mesures de protection contre la transmission du COVID-19 ; -	
	Gestion des plaintes	Nombre de Comités de Gestion des Plaintes fonctionnels ; Proportion de plaintes gérées selon le protocole du Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) du Projet.	
Mesures de suivi et d'évaluation et sécurité vaccinale	Surveillance et suivi environnementale et sociale du PA COVID-19 et du FA	Nombre de missions de suivi réalisées	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

Mesures	Domaines d'intervention	Indicateurs	Périodicité
		- Développement d'un système de suivi évaluation et de prise en charge des MAPI ;	
Formation	Formations thématiques de santé, sécurité au travail et en évaluation/suivi environnemental et social des projets	- Nombre de séances de formation organisées ; - Nombre d'acteurs formés ; - Typologie des acteurs formés.	Chaque année pendant les deux premières années du projet
IEC **Sensibilisation**	Sensibilisation sur les risques et mesures d'atténuation du PA COVID-19 et les bonnes pratiques (OMS)	- Nombre de séances de sensibilisation organisées ; - -Nombre et profil des personnes sensibilisées.	Chaque trimestre au cours de la durée du PA COVID-19

7. INFORMATION ET MOBILISATION DU PUBLIC

Le CGES du projet parent 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 l'équipe de Sauvegarde Environnementale et Sociale, les consultations ont été tenues à travers des rencontres et des entretiens téléphoniques. Les entretiens ont porté dans le respect des mesures barrières, 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 tenant compte de la situation de confinement et le respect des mesures barrières, des consultations avec certaines cibles ont été réalisées à Abidjan. Il n'a pas été possible d'élargir la sphère des consultations au grand public et dans les autres localités du pays.

7.1. ACTIVITES DE CONSULTATIONS REALISEES POUR LE PROJET PARENT

Dans le cadre de la préparation du CGES et du PMPP du PP, des séances d'information et de consultation des parties prenantes ont été réalisées du 24 juillet au 04 Août 2020 et du 31 Aout au 09 Septembre 2020.

Ces consultations ont été menées avec des acteurs cibles du Projet, tenant compte des restrictions liées à la lutte contre la COVID-19.

7.1.1. PARTIES PRENANTES IDENTIFIEES

Dans la conduite des consultations, les parties prenantes suivantes ont été rencontrées :

- Chefs traditionnels ;
- Association des femmes du vivriers ;
- Chefs religieux :
- Confédération des organisations de personnes handicapées de Côte d'Ivoire (COPHCI) ;
- Fédération nationale des ONGs en santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI)
- Collectivités territoriales ;
- Directions Départementales de la santé et de l'hygiène Publique,
- Fédération des tradipraticiens de santé de Côte d'Ivoire ;
- L'UNICEF ;
- Personnes économiquement vulnérables ;
- Structures privées sanitaire autorisées par l'Etat ivoirien pour la prise en charge des malades à COVID-19 ;
- Sujets testés positifs à la COVID-19 et confinés à domicile
- Sujets contacts.

7.1.2. AVIS GENERAL DES PARTIES PRENANTES SUR LE PROJET

D'une manière générale, le PP est très bien apprécié par les différentes parties prenantes rencontrées lors des consultations. Le Projet est bon, pertinent et opportun. Il va permettre de renforcer le système de résilience environnementale et sociale de l'Etat de Côte d'Ivoire.

7.1.3. SYNTHESE DES PREOCCUPATIONS ET CRAINTES

Les préoccupations et craintes soulevées pendant les consultations se résument comme suit :

- L'attente pressante des dons de produits barrières relatives à la COVID-19 ;
- Le manque de moyens matériels (moyens logistique, produits barrières à la COVID-19 etc.) et financiers pour accompagner la sensibilisation à grande échelle ;
- Le non-respect des mesures barrières par certains individus mettant les autres en danger ;
- Pour les personnes non voyantes devant être accompagnées, la difficulté réside dans les dispositions à prendre pour respecter la distanciation physique de 1 mètre ;

- Pour les personnes de petite taille et les personnes amputées du bras, les difficultés réside dans l'utilisation des dispositifs de lavage des mains ;
- La longue file d'attente des sujets à dépister dans les centres de dépistage ;
- L'insuffisance de respirateurs pour la prise en charge correcte des malades de la COVID-19 dans les services de soins intensifs ;
- La mauvaise gestion de la prise en charge des sujets malades à COVID-19.
- Lenteur de recevoir les résultats des sujets dépistés ;
- Un seul centre d'appel mis en place par le gouvernement pour recevoir les appels ;
- Les tradipraticiens de la santé ne sont pas associés pleinement dans la gestion de lutte contre la COVID-19 ;

7.1.4. SYNTHESE DES SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Il ressort des consultations, les suggestions et recommandations ci-après :

- Solliciter la Banque mondiale à assister les populations dans leurs actions de sensibilisation contre la COVID-19 ;
- Renforcer les produits barrières (masques, savons, gels hydroalcooliques, etc.) ;
- Assister financièrement les parties prenantes ayant leurs activités économiques suspendues ;
- Assister les cliniques privées autorisées par l'Etat Ivoirien en équipement biomédicaux tels que les incinérateurs et respirateurs ;
- Adapter les mesures et les dispositifs barrières aux personnes handicapées ;
- Suivre au quotidien les personnes confinées à domicile ;
- Assurer totalement la prise en charge des sujets malades à COVID-19 ;
- Associer les leaders communautaires et organisations à base communautaire et ONGs nationales dans la mise en œuvre du projet ;
- Décentraliser les prestations du SMIT dédiés à la COVID-19 pour éviter les longues files d'attente dans les locaux sanitaires ;
- Réaliser avec diligence les tests de dépistage pour éviter les longues files d'attente.
- Renforcer le matériel de dépistage par semaine dans les Directions Départementales ;
- Donner à chaque personne de l'équipe d'intervention rapide (EIR) une dotation en communication (crédit de communication et internet),
- Doter à la coordination direction Départemental de santé un véhicule ;

- Doter aux directeurs Départementaux de la santé des tablettes pour consulter les résulter des tests ;
- Ouvrir plusieurs lignes téléphoniques (par district sanitaire) pour la gestion des plaintes ;
- Passer de la communication informationnelle à la communication de l'engagement communautaire en impliquant les leaders communautaires, les maires, les préfets et sous-préfets, les commissaires est nécessaire ;
- Associer pleinement les tradipraticiens dans la gestion de lutte contre la COVID-19.

Tableau 11. : Commentaires et suggestions des Parties Prenantes sur Projet Parent

PARTIES PRENANTES	POINTS DISCUTES	ATOUTS	PREOCCUPATIONS ET CRAINTES	SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS
Association des femmes du vivrier	- Présentation du projet : contexte, objectifs, activités, niveau d'intervention des parties prenantes, impacts potentiels ; - Préoccupations et avis sur le projet ; - Synthèse des recommandations.	Acceptabilité du respect des mesures barrières à la COVID-19	- L'attente pressante des dons de produits barrières relatives à la CVID-19 ; - Le manque de moyens matériels pour accompagner la sensibilisation ; - Le manque de moyens financiers pour relancer les activités du vivriers ; - Le non-respect des mesures barrières de certains individus est source de propagation de la maladie.	- Sensibiliser la population sur l'importance des mesures barrières ; - Solliciter la Banque mondiale à accompagner les associations des femmes organisées dans leurs actions de sensibilisation de lutte contre la COVID-19 ; - Renforcer les produits barrières et les intrants (savons, gels hydroalcooliques, etc.) ; - Assister financièrement les femmes ayant leurs activités économiques arrêtées.
Chefs traditionnels		- Disponibilité à accompagner le projet ; - Acceptabilité du respect des mesures barrières à la COVID-19.	- L'attente pressante des dons de produits barrières relatives à la CVID-19 pour la protection des populations ; - Le non-respect des mesures barrières de certains individus est source de propagation de la maladie.	- Sensibiliser la population sur l'importance des mesures barrières ; - Solliciter la Banque mondiale à accompagner les chefs traditionnels dans leurs actions de sensibilisation de lutte contre la COVID-19 ; - Renforcer les produits barrières et les intrants (savons, gels hydroalcooliques, etc.) ; - Associer les leaders communautaires et organisations à base communautaire dans la mise en œuvre du projet.

Chefs religieux		- Disponibilité à accompagner le projet ; - Acceptabilité du respect des mesures barrières à la COVID-19.	- L'attente pressante des dons de produits barrières relatives à la CVID-19 pour la protection des populations ; - Le non-respect des mesures barrières de certains individus est source de propagation de la maladie.	- Sensibiliser la population sur l'importance des mesures barrières ; - Solliciter la Banque mondiale à accompagner les chefs religieux dans leurs actions de sensibilisation de lutte contre la COVID-19 ; - Renforcer les produits barrières et les intrants (savons, gels hydroalcooliques, etc.) . - Associer les leaders religieux dans la mise en œuvre du projet.
Personnes handicapées		- Disponibilité à accompagner le projet ; - Protection de la santé des populations et leurs intérêts	- L'attente pressante des dons de produits barrières relatives à la CVID-19 pour la protection des populations ; - La non-assistance financière aux personnes handicapées ; - Le non-respect des mesures barrières de certains individus ; - Pour les personnes non voyantes devant être accompagnées, la difficulté réside dans les dispositions à prendre pour respecter la distanciation physique de 1 m ; - Pour les personnes de petite taille et les personnes amputées du bras, les	- Sensibiliser la population sur l'importance des mesures barrières ; - Solliciter la Banque mondiale à accompagner les personnes handicapées dans leurs actions de sensibilisation de lutte contre la COVID-19 ; - Renforcer les produits barrières et les intrants (savons, gels hydroalcooliques, etc.) ; - Assister financièrement les personnes handicapées doublement impactées par la COVID-19 ; - Associer les personnes handicapées dans la mise en œuvre du projet.

			difficultés réside dans l'utilisation des dispositifs de lavage des mains.	
ONGs nationales		- Implication des ONGs dans les activités de sensibilisation ; - Disponibilité à accompagner la mission et le projet ; - Acceptabilité du respect des mesures barrières à la COVID-19.	- Insuffisance de sensibilisation sur les mesures barrières relative à la COVID-19 ; - Besoins matériels et financiers pour accompagner la sensibilisation à grande échelle.	- Sensibiliser la population sur l'importance des mesures barrières ; - Solliciter la Banque mondiale à accompagner les ONGs dans leurs actions de sensibilisation de lutte contre la COVID-19 ; - Renforcer les produits barrières et les intrants (savons, gels hydroalcooliques, etc.) ; - Assister financièrement les femmes ayant leurs activités économiques arrêtées ; - Associer les ONGs dans la mise en œuvre du projet.
Collectivités locales		- - Disponibilité à accompagner le projet ; - - acceptabilité du respect des mesures barrières à la COVID-19.	- Insuffisance de sensibilisation sur les mesures barrières relative à la COVID-19 ; - Besoins matériels et financiers pour accompagner la sensibilisation à grande échelle ; - Le non-respect des mesures barrières de certains individus	- Sensibiliser la population sur l'importance des mesures barrières ; - Solliciter la Banque mondiale à accompagner les collectivités locales dans leurs actions de sensibilisation de lutte contre la COVID-19 ; - Renforcer les produits barrières et les intrants (savons, gels hydroalcooliques, etc.) ; - Assister financièrement les femmes et hommes ayant leurs activités économiques arrêtées ; - Associer les collectivités locales dans la mise en œuvre du projet.

Structures privées sanitaire autorisées par l'Etat ivoirien pour la prise en charge des malades à COVID-19		- Disponibilité à accompagner le projet ; - Protection de la santé des populations et leurs intérêts.	- Equipements sanitaire insuffisant (respirateurs) pour les soins intensifs des malades à COVID-19 ; - Manque d'incinérateurs pour la gestion des déchets.	Assister les cliniques privées autorisées par l'Etat Ivoirien en équipement (incinérateurs, respirateurs).
Sujets testés positifs à la COVID-19 et confinés à domicile		- Acceptabilité du respect des mesures barrières à la COVID-19 ; - Protection de la santé des populations et leurs intérêts.	- La longue durée d'attentes des sujets à dépister dans les centres de dépistage ; - La mauvaise gestion de la prise en charge des sujets malades à COVID-19.	- Personnes confinées à domicile soient suivies au quotidien ; - Assurer totalement la prise en charge des sujets malades à COVID-19 ; - Décentraliser les services du SMIT dédiés au COVID pour éviter les longues files d'attente dans les locaux sanitaires ; - Une diligence dans la réalisation des tests de dépistage, pour éviter les longues périodes d'attente.

7.2. ACTIVITES DE MOBILISATION ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre du PP, des Conventions de financement ont été signées avec l'UNICEF, l'Agence Nationale de Développement Rural (ANADER) , Alliance Côte d'Ivoire , la Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI) pour (i) la mise en œuvre d'une campagne d'information et de sensibilisation en milieu rural via le dispositif E-ANADER, (ii) une mission de redevabilité sociale, sensibilisation, plaidoyer et veille citoyenne dans 33 régions sanitaires, (iii) la mise en œuvre d'un paquet d'activités de communication sur les risques et l'engagement communautaire et (iv) la mise en œuvre d'un programme d'interventions de sensibilisation et de mobilisation sociale avec les ASC des 113 Districts sanitaires du pays dans le cadre de la riposte à la COVID-19.

7.3. FINANCEMENT ADDITIONNEL AU PA COVID-19

Dans le cadre de l'élaboration du présent CGES, aucune consultation des parties prenantes n'a encore été réalisée du fait de l'absence de plan de communication sur le vaccin et d'éléments de langage précis dans un contexte marqué par les suspicions des populations autour du vaccin et la méfiance qui semble s'être installé.

Le Gouvernement vient de valider son Plan de communication pour la vaccination contre la COVID-19. Des consultations des parties prenantes seront donc planifiées en collaboration avec la Direction de la Communication et des Relations Publiques du MSHP à l'effet d'anticiper une éventuelle crise communicationnelle.

7.3.1. ACTIVITES ENVISAGEES DU FINANCEMENT ADDITIONNEL AU PA COVID-19

Des consultations des parties prenantes dans le cadre du FA sont prévues lorsque le MSHP lancera sa campagne de communication et que les éléments de langage clairs et précis seront disponibles surtout que le contexte est caractérisé par les suspicions des populations autour du vaccin et la méfiance qui semble s'être installé.

Les activités du FA seront expliquées en détail aux parties prenantes afin de recueillir leurs avis. Leurs préoccupations et attentes seront enregistrées et prises en compte lors de la réalisation du Projet. Des activités de communication et de consultation seront organisées autant de fois qu'il sera nécessaire d'actualiser le présent PMPP du FA.

7.3.2. IDENTIFICATION DES PARTIES PRENANTES DU PROJET

Des consultations seront organisées avec les parties prenantes qui sont les cibles prioritaires du FA relativement au vaccin. Il s'agit :

- Des agents de Santé ;
- Des agents des forces de défenses et de sécurité ;

- Des enseignants du privé et du public du système éducatif primaire, secondaire et universitaire ;
- Des personnes âgées de plus de 50 ans ;
- Des personnes ayant 16 à 49 ans ;
- Des personnes porteuses de maladie chronique ;
- Des voyageurs internationaux ;
- De la population carcérale.

7.3.3. CALENDRIER DU PROGRAMME DE CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES DU

Le calendrier envisagé pour les diverses activités qui relèvent du programme des perceptions des parties prenantes du FA est décrit dans le tableau 12.

Tableau 12. Programmes envisagés de consultations des Parties Prenantes pour le FA

PHASE DU PROJET	OBJECTIFS D'ACTIVITES	METHODE DE CONSULTATION	PARTIES PRENANTES CIBLEES	RESPONSABILITE	PERIODE
Préparation et mise en œuvre	- Description du projet ; - Elaborer des documents (CGES, PGMO, PMPP, PEES, PUGDS ; MGP).	- Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM ; - E-mail, correspondance et réunions par vidéoconférence - Réunion de Consultation virtuelle.	- Gouvernement, Ministère et autorité de la Santé ; - Organisations Internationales ; - ONGs.	UCPS-BM	Début du projet
Préparation et mise en œuvre	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Agents de Santé	UCPS-BM	Mars-avril 2021
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Agents de défenses et de sécurité	UCPS-BM	Mars-avril 2021
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Enseignants	UCPS-BM	Mars-avril 2021

PHASE DU PROJET	OBJECTIFS D'ACTIVITES	METHODE DE CONSULTATION	PARTIES PRENANTES CIBLEES	RESPONSABILITE	PERIODE
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Personnes âgées de plus de 50 ans	UCPS-BM	Mars-avril 2021
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Personnes porteuses de maladie chronique	UCPS-BM	Mars-avril 2021
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Voyageurs internationaux	UCPS-BM	Mars-avril 2021
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Personnes ayant 16- à 49 ans	UCPS-BM	Mars-avril 2021

PHASE DU PROJET	OBJECTIFS D'ACTIVITES	METHODE DE CONSULTATION	PARTIES PRENANTES CIBLEES	RESPONSABILITE	PERIODE
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Population carcérale	UCPS-BM	Mars-avril 2021
	Elaboration des documents de projet (CGES et PMPP)	Entretiens individuels ou collectifs dans le respect des mesures barrière relative à la COVID-19 entre les parties prenantes et l'équipe UCPS-BM	Leaders communautaires	UCPS-BM	Mars-avril 2021

Tous les commentaires et suggestions reçus dans le cadre du PP (voir tableau 11) 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.

Ces consultations se poursuivront dans le cadre du Financement Additionnel (FA) pour lequel des consultations préalables n'ont pu être conduites du fait de l'absence en son temps, de plan de communication sur le vaccin et d'éléments de langage précis dans un contexte marqué par les suspicions des populations autour du vaccin et la méfiance qui semble s'être installé.

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 FA au PP de :

8.1.1. PARTIES TOUCHEES

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 :

a) Pour le Projet Parent :

- 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.

b) Pour le FA :

A la phase initiale (0,25% de la population totale) :

- le personnel de santé (Médecins, IDE, SFDE, Pharmaciens, chirurgiens dentaires, Techniciens Supérieurs de la Santé, Ingénieurs sanitaires, Aides-Soignants, ASC, Etudiants UFR Sciences Médicales et INFAS, Assistants sociaux ; Directions centrales de la santé, Directions régionales sanitaires ; Directions départementales de la santé, programmes de santé) du District autonome d'Abidjan ;
- Les voyageurs internationaux ;

A la phase I (1,95% de la population totale) :

- le personnel de santé (prestataires de soins et administratifs) ;
- les forces de défense et de sécurité ;
- les enseignants ;

A la phase II (17,8% de la population totale) :

- Les personnes de plus de 50 ans ;
- Les porteurs de pathologies chroniques ;

A la Phase nationale :

- la population carcérale ;
- Les personnes âgées de 16 à 49 ans.

8.1.2. AUTRES PARTIES CONCERNEES

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'Equipement 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, l'introduction du vaccin à travers l'adhésion de la Côte d'Ivoire à l'initiative COVAX 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, le refus de la vaccination, 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 élaboré dans le cadre du Projet Parent avec des consultations des parties prenantes. Dans le cadre du FA, d'autres consultations sont prévues avec l'ensemble des parties prenantes pour la révision du PMPP.

8.2.1. AXES D'INTERVENTION PRIORITAIRES

Le PMPP du Projet est essentiellement basé sur la Communication des Risques, la Mobilisation 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), Chefs et Leaders communautaires, personnes infectées ou affectées par la COVID-19, Chercheurs, hommes et femmes des médias, Organisations de la Société Civile (OSC), 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 adhésion à la vaccination, 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 affectées ;
- **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) la conduite de la campagne nationale de vaccination contre la COVID-19, (iii) la stratégie de gestion des MAPI, (iv) les procédures de prise en charge médicale et psychosociale des personnes directement infectées ou affectées par la COVID-19, (v) les procédures à suivre en cas de suspicion d'infection à la COVID- 19, (vi) 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, (vii) les mesures d'atténuation des impacts socioéconomiques liés à la pandémie, (viii) 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 FA au 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 FA AU PA COVID-19

Les activités identifiées au titre du PMPP s'alignent sur la Composante 2 « Communication, mobilisation sociale et engagement communautaire pour la demande de vaccination contre la COVID-19.

Elles sont également conformes aux lignes directrices et exigences en matière de Plan d'Engagement Environnemental et Social (PEES) du FA, 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

Le principal objectif d'un Mécanisme de Gestion des Griefs (MGP) est d'aider à résoudre les plaintes et les griefs de manière rapide, efficace et efficiente et à la satisfaction de toutes les parties concernées. Plus précisément, il fournit un processus transparent et crédible pour des résultats équitables, efficaces et durables. Il renforce également la coopération et la confiance des parties prenantes en tant que partie intégrante d'une consultation communautaire plus large qui facilite la prise de mesures correctives.

Plus précisément, le MGP :

- Offre aux personnes concernées des voies de recours pour déposer une plainte ou de résoudre tout litige pouvant survenir au cours de la mise en œuvre du projet ;
- Veille à ce que des mesures de réparation appropriées et mutuellement acceptables soient définies et mises en œuvre à la satisfaction des plaignants ; et
- Évite la nécessité de recourir à des procédures judiciaires.

Le projet utilisera le mécanisme d'examen des griefs mis en place par le projet parent. Son mandat sera adapté pour répondre aux plaintes spécifiques au projet.

8.4.1. NATURE DES PLAINTES

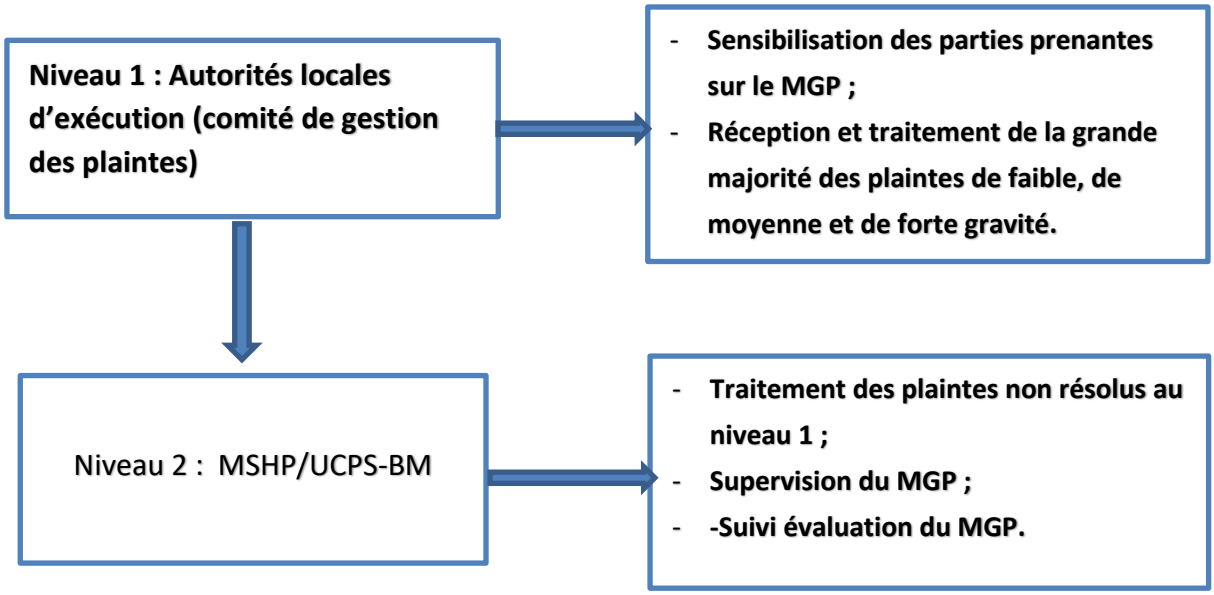
Ce sont les plaintes qui concernent le processus de gestion de la pandémie, à savoir : (i) la recherche et la prise en charge des différents cas (cas suspects, cas probables, cas confirmés, cas

contacts), (ii) le traitement des malades, (iii) le processus d'assistance psychosociale fournie aux différents cas et aux malades guéris de la COVID-19, (iv) l'organisation d'une campagne de vaccination contre la COVID-19, (v) la prise en charge des cas de décès en centre de transit / traitement, cas de MAPI, etc.

8.4.2. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE GESTION DU MGP

Le dispositif de gestion des plaintes s'articule autour de deux niveaux d'intervention mobilisés selon la gravité de la plainte. Ces deux (02) niveaux sont présentés dans la figure 1 et décris ci-après de manière plus détaillée.

Figure 6. Dispositif institutionnel du MGP



8.4.1. PROCESSUS DE GESTION DES PLAINTES

Le processus de gestion des plaintes comprend les six (06) étapes décrites dans le tableau 13.

Tableau 13. Etape et procédures de gestion des plaintes

ETAPES	PROCEDURES
Étape 1	Accès à l'information et soumission des plaintes /griefs - anonymes ou non - oralement ou par écrit au MSHP ou au Comité de Gestion de Plaintes dans les directions des Districts sanitaires ou sur la plate-forme web dédiée

ETAPES	PROCEDURES
Étape 2	Enregistrement de la plainte et réponse initiale
Étape 3	Enquête sur la plainte et communication de la réponse
Étape 4	Répondre au plaignant en énonçant les conclusions de l'enquête et le règlement proposé
Étape 5	Si après avoir été informé de toutes les voies de recours possibles le plaignant n'est toujours pas satisfait, il devra être informé de son droit à un recours juridique.
Étape 6	Mise en œuvre de la résolution, suivi, clôture, archivage

8.4.2. INSTALLATION DES COMITÉS DE GESTION DES PLAINTES (CGP)

Dans le cadre du PP, vingt (20) CGP ont été installés dans les Districts sanitaires abritant les CIDT des cas de COVID-19, dont huit (08) à Abidjan et douze (12) dans les autres localités du pays (Aboisso, Bouaké, Korhogo, Abengourou, Bondoukou, Bonoua, Man, Odienné, Daloa, Gagnoa, San-Pedro).

Dans ces différentes localités, le processus d'installation des CGP s'est déroulé sous la supervision des Directeurs Régionaux de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP) et des Directeurs Départementaux de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP) et sous la Présidence des Préfets. Il a consisté dans un premier temps, à la présentation du Projet, un exposé d'orientation sur le MGP suivi d'échanges. Ensuite, l'installation officielle des CGP a été marquée par la remise officielle par le Préfet d'arrêté portant création, organisation et fonctionnement desdits comités.

Les CGP installés et qui interviendront sur les plaintes liées à la vaccination comportent :

- un Comité Restreint de Gestion des Plaintes (CRGP) chargé de recevoir et de gérer au quotidien l'ensemble des plaintes sans exception. Il est composé de : (i) l'autorité sanitaire (DRSHP/DDSHP), (ii) le Médecin Coordonnateur du centre COVID-19, (iii) l'Assistant Social du District sanitaire ou du Centre COVID-19 et (iv) les représentants de la FENOSCI ;
- et un Comité Elargi de Gestion des Plaintes (CEGP) prendra en charge les plaintes qui n'ont pas pu être gérées au niveau du CRGP. Il comprend : (i) le Corps Préfectoral, (ii) l'autorité sanitaire locale (DRSHP & DDSHP), (iii) le Médecin Coordonnateur du Centre COVID-19, (iv) l'Assistant Social du District Sanitaire ou du Centre COVID-19, (v) le Maire, (vi) le Chef de village du chef-lieu du District sanitaire et (vii) les représentants des confessions religieuses, (viii) les représentants de la FENOSCI, (ix) le Chef du village de résidence du

plaignant, (x) le chef de quartier de résidence du plaignant et (xi) le guide religieux du plaignant.

9. DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES, RESPONSABILITES ET RENFORCEMENT DES CAPACITES

Sur le plan institutionnel, les mêmes parties prenantes impliquées dans la gestion des risques afférents aux activités du PP le seront également pour le FA 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 SANTEE 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 et de son FA, 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'assura 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 (PFNRSI), 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 maitriser 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. Il effectue également à travers ses 30 antennes (régionales, départementales et communales) et ses 16 postes frontaliers, des vaccinations dites « Hors-PEV » constituant ainsi une stratégie de vaccination complémentaire à celle du PEV ;
- Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) : assure la vaccination des enfants de moins de moins d'un an. Ses activités sont coordonnées au niveau central par la Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DC-PEV), au niveau intermédiaire par les Directions Régionales (33 DRS) et au niveau opérationnel par les Districts Sanitaires (113) qui comptent 2403 centres de vaccination. Un Spécialiste en Vaccinologie a été recruté et mis à la disposition de la DC-PEV. Il apporte un appui à l'équipe de l'UCPS-BM dans la mise en œuvre des activités du FA ;
- 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 ;
- L'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) : L'Autorité Ivoirienne de régulation Pharmaceutique (AIRP) est la structure habilitée pour la gestion de la réglementation et de la régulation du secteur pharmaceutique. A ce titre, elle délivre les autorisations d'importation et d'enlèvement des produits pharmaceutiques dont les vaccins et consommables ;
- 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 une entité locale 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) ;

- 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.

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 œuvre du 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 et de son FA 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. COUTS DES MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES A PREVOIR DANS LE PROJET

10.2.1. POUR LE PROJET PARENT (PA COVID-19)

Les coûts des mesures environnementales estimés et qui seront intégrés dans le projet s'élèvent à **six cent vingt millions de francs CFA (620 000 000 FCFA) soit un million deux cent quarante (1 240 000 $ US)** comme l'indique le tableau 14 :

Tableau 14. 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.	Audit (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					**420 000 000**
2.	**Formations**				
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	FF	1	100 000 000	100 000 000

N°	Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire (FCFA)	Coût total (FCFA)
	les risques et mesures d'atténuation du PA COVID-19				
Sous-Total mesures de Sensibilisation					**100 000 000**
	TOTAL GENERAL FCFA				**620 000 000**
	TOTAL GENERAL $ US				**1 240 000**

10.2.2. POUR LE FINANCEMENT ADDITIONNEL

Les coûts des mesures environnementales estimés et qui seront intégrés dans le Financement additionnel (FA) s'élèvent à **sept cent trente-trois millions quatre cent mille (733 400 000) FCFA,** soit **un million quatre cent soixante-six mille huit cent (1 466 800) USD** comme l'indique le tableau 15 :

Tableau 15. 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.	Réaliser un Constat d'Impact Environnemental et Social de l'opération de vaccination contre la COVID-19 dans les populations cibles (acquisition et stockage du vaccin, collecte, transport et élimination des déchets de vaccination)	Nb	1	50 820 000	50 820 000
1.2.	Provision pour l'organisation des missions de diagnostic environnemental et social et de suivi des activités de réhabilitation des chambres froides et du magasin sec du PEV	FF	5	2 900 000	14 500 000
1.3.	Provision pour l'organisation des missions de supervision de la collecte et de la destruction des déchets de vaccination	FF	1	229 200 000	229 200 000
1.4.	Provision pour l'organisation de la collecte et l'élimination écologiquement rationnelle des	FF	1	213 746 000	213 746 000

N°	Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire (FCFA)	Coût total (FCFA)
	déchets de vaccination par les incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de Daoukro, MBahiakro, Prikro, Abengourou, Bondoukou, Bouna, Toumodi, Yamoussoukro, Tiébissou, Didiévi, Bouaflé, Daloa, Gagnoa, Man, Odiénné, Séguéla, Korhogo, Dabakala, Bouaké, Aboisso, San-Pedro.				
Sous-Total mesures institutionnelles, techniques et de suivi					**497 446 000**
2.	**Formations**				
2.1.	Former les DDSHP et le personnel de santé des sites COVID-19, les équipes dirigeantes de l'INHP et de la DC-PEV ainsi que le personnel de l'UCPS-BM en suivi environnemental et social de projets et sur les mesures de santé et sécurité au travail (SST)	FF	2	50 150 000	100 300 000
Sous-Total Formation					**100 300 000**
3.	**Mesures de Sensibilisation Education et Communication**				
3.1.	Mettre en œuvre le Mécanisme de Gestion des Plaintes dans les Districts Sanitaires de Daoukro, Bouaflé, Dabou, Katiola, Guiglo, Mankono, Séguéla, Ferké, Sassandra, Divo, Duékoué, Soubré, Agboville, Touba, Boundiali, Toumodi, Minignan, Adzopé, Bongouanou, Dimbokro.	FF	1	135 654 000	135 654 000
Sous-Total mesures de Sensibilisation					**135 654 000**
	TOTAL GENERAL FCFA				**733 400 000**
	TOTAL GENERAL $ US				**1 466 800**

10.2.3. RÉCAPITULATIF

Tableau 16. Récapitulatif des coûts des mesures environnementales et sociales pour le PP et le FA

N°	Désignation	Coût total
1.	Projet Parent	580 000 000
2.	Financement Additionnel	733 400 000
	BUDGET TOTAL FCFA	**1 313 400 000**
	BUDGET TOTAL $ US	**2 626 800**

ANNEXES

Annexe 1. Sigles et acronymes

AIRP	Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique
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
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNLE	Comité National de Lutte contre les Epidémies
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COUSP	Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique

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'Equipements Electriques et Electroniques
DCRP	Direction de la Communication et des Relations Publiques
DDSHP	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'Equipement 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
EAS	Exploitation et Abus Sexuels
EIES	Etude d'Impact Environnemental et Social
ENV 2015	Enquête sur le Niveau de Vie des Ménage 2015
EPI	Equipement de Protection Individuelle
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts
ESS	Environnemental, Sanitaire et Sécuritaire
ESSS	Environnemental, Social, Sanitaire et Sécuritaire
FA	Financement Additionnel
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
HS	Harcèlements Sexuels
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
MGP	Mécanisme de Gestion des Plaintes
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
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
PN-PCI	Plan National Prévention et Contrôle des Infections
PNVDV	Plan National de Vaccination et de Déploiement des Vaccins contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire
PP	Projet Parent

PPSD	Stratégie de passation des marchés du projet pour promouvoir le développement
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
SARS-CoV-2	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère du Coronavirus 2
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
VBG	Violences Basées sur le Genre
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, PMPP
Le sous-projet requiert-il l'acquisition de terres et/ou des restrictions à l'utilisation des terres ?			NES n° 5	PAR complet/abrégé PMPP
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, PMPP
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, PMPP
Le sous-projet requiert-il le recrutement de travailleurs directs, de travailleurs contractuels, de fournisseurs principaux et/ou de travailleurs communautaires ?			NES n° 2	Procédures de gestion de la main-d'œuvre, PMPP
Le sous-projet prévoit-il le transport transfrontalier de spécimens, d'échantillons, de matériel infectieux et de matières dangereuses ?			NES n° 3	EIES/PGES, PMPP

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, PMPP
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, PMPP
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.**

[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 17. 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	- 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 18. 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				

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
	- Nuisances sonores - Vibrations - Poussière 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 *sur site*, y compris entrepôt de stockage temporaire, incinérateur, système d'égouts et station d'épuration des eaux usées					

Activités principales	Questions et risques environnementaux et sociaux potentiels	Mesures d'atténuation proposées	Entités responsables	Calendrier	Budget
Travaux de construction liés à la démolition de structures ou d'installations existantes (au besoin)					
À compléter					

Tableau 19. 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	- 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			
À compléter					

Tableau 20. 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					
À compléter					

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 21. 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	- 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			
Exploitation des installations acquises pour l'accueil de personnes potentiellement atteintes de la COVID-19					
À compléter					

Annexe 5. Protocole de prévention et contrôle des infections

(Adapté des Recommandations provisoires du CD*C 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.