

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

MINISTERE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



DEUXIEME FINANCEMENT ADDITIONNEL (2^{1ÈME} FA) (P -------) AU PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE
RIPOSTE AU COVID-19 (PA COVID 19 – P173813)

PLAN D'URGENCE DE GESTION DES DECHETS
SANITAIRES PRODUITS PAR LES CENTRES
D'ISOLEMENT, DE DEPISTAGE ET DE
TRAITEMENT DES CAS DE COVID-19 ET CENTRES
DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

VERSION PROVISOIRE



TABLE DES MATIERES

TABLE DES	MATIERES	2
LISTE DES F	FIGURES	6
SIGLES ET A	ACRONYMES	7
DEFINITION	N DES CONCEPTS	9
RESUME EX	KECUTIF	. 12
EXECUTIVE	SUMMARY	. 17
CHAPITRE :	1. GENERALITES	. 22
1.1 CON	NTEXTE	. 22
1.1.1.	Contexte général	. 22
1.1.2. riposte a	Description du Financement Additionnel au Projet d'Appui au Plan National de COVID-19	
1.1.2.1	Objectif de Développement du Projet (ODP)	. 25
1.1.2.2	Composantes et activités du FA	. 28
	2.1 Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19 (PP : 28,8 millions de s US ; 1er FA : 93,6 millions de dollars US ; 2ieme FA : XXXXXXXX ?)	28
(proje	2.2 Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautair t parent : 5 millions de dollars US ; 1 ^{er} FA : 1,9 million ; 2 ^{ième} FA proposé : 6 ns de dollars US)	
	2.3 Composante 3 : Coordination et Suivi-Evaluation du Projet (projet parent : : n de dollars EU ; premier FA : 4,4 millions ; FA proposé : 5 millions de dollars EU	
1.1.2.3	Bénéficiaires du projet	. 40
1.1.2.4	Cout Du Projet	. 45
1.2 PRE	SENTATION DU PAYS	. 47
1.2.1.	Données biophysiques	. 47
1.2.1.1	Relief	. 47
1.2.1.2	Sols	. 47
1.2.1.3	Climat	. 48

1.2.1.4	Eaux	. 49
1.2.1.5	Végétation	. 50
1.2.1.6	Faune	. 51
1.2.2.	Données socio- démographique, économique et administrative	. 51
1.2.2.1	Données sociodémographiques	. 51
1.2.2.2	Données économiques et administratives	. 53
1.2.3.	Système de santé ivoirien	. 55
1.2.3.1	Organisation du système de santé	. 55
1.2.3.2	1.1 Secteur public	55
1.2.3.2	1.2 Secteur privé	56
1.2.3.3	1.3 Centres d'Isolement, de Dépistage et de Traitement (CIDT) COVID-19	56
1.2.3.2	Ressources humaines de santé (RASS 2018)	. 57
1.2.3.3	Profil épidémiologique et facteurs aggravants de la COVID-19	. 57
1.2.3.4	Activités de vaccination	. 59
1.2.3.4	4.1 Institut National d'Hygiène Publique	59
1.2.3.4	4.2 Programme Elargi de Vaccination	59
1.2.3.5 Post-Inje	Surveillance de la sécurité vaccinale et gestion des Manifestations Adverses ection (MAPI) et sécurité des injections	. 60
1.2.3.5	5.1 Notification, investigation, analyse causale des MAPI lié au vaccin COVID-19	9 60
	5.2 Procédure complémentaire de surveillance des MAPI du vaccin contre la 0-19.	60
1.2.3.5	5.3 Information et communications sur les risques et réponse face aux MAPI	61
1.2.3.6	Gestion des déchets sanitaires	. 61
1.2.3.6	5.1 Au niveau national	61
1.2.3.6	5.2 Au niveau des CIDT du COVID-19 et des centres de vaccination	69
1.2.3.6	5.3 Risques et impacts environnementaux, sociaux et sanitaires	69
	2. PLAN D'URGENCE DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES DES CIDT DE LA	. 71

2.	.1 PRC	BLEMES MAJEURS	71
	2.1.1.	Déficience de l'organisation de la gestion des déchets sanitaires	71
	2.1.2. et de pro	Inadéquation du matériel et des équipements de collecte sélective, de transpotection individuelle	
	2.1.3.	Insuffisance de formation et sensibilisation des acteurs	72
	2.1.4.	Insuffisance du système de financement du secteur	72
2.	.2 CAD	RE STRATEGIQUE DU PGDS-COVID-19	73
	2.2.1.	Cadre de partenariat	73
	2.2.2.	Cadre de mise en œuvre du PGDS-COVID-19	73
	2.2.2.1	Cadre institutionnel	73
	2.2.2.2 contre la	Planification de la gestion des déchets sanitaires des CIDT et de la vaccination COVID-19	
	2.2.2.3	Mécanisme de Coordination	74
	2.2.2.3	3.1 Organe de coordination de la mise en œuvre des activités	74
	2.2.2.3	3.2 Comité Technique de suivi de mise en œuvre	74
	2.2.2.3	3.3 Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi	74
	2.2.2.3	3.4 Comités d'hygiène des CIDT de la COVID-19 et Centres de vaccination	75
	2.2.3.	Articulation du PUGDS-COVID-19 à la stratégie gouvernementale	75
	2.2.3.1	Ancrage institutionnel	75
	2.2.3.2	Responsabilités et domaines de compétence	76
	2.2.4.	Stratégie de collecte et d'élimination des déchets de vaccination	76
2.	.3 MES	SURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES	77
2.	.4 OBJ	ECTIFS DU PUGDS 2FA COVID-19	77
	2.4.1.	Objectif général	77
	2.4.2.	Impact du PUGDS 2FA COVID-19	77
	2.4.3.	Objectifs stratégiques	78
	2.4.3.1 déchets s	Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination	78

2.4.3.	1.1 Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs	78
	1.2 Objectif spécifique 1.2. : Renforcer l'organisation de la gestion des déchets aires des sites COVID-19 et des centres de vaccination	78
=	Objectif stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de tement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires des sit 19 et des centres de vaccination	
2.4.3.3	Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance	. 80
2.4.3.	3.1 Objectif spécifique 3.1. : Organiser la coordination et le suivi-évaluation	80
2.4.3.	3.2 Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités des partenaires d'exécutio	n80
2.5 MA	ATRICE D'ACTIONS	. 80
2.5.1.	Récapitulatif du budget	. 80
2.5.2.	Détails du budget	. 81
2.6 PL	AN DE SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PGDS-COVID-19	. 86
2.6.1.	Démarche	. 86
2.6.2.	But et activités clés du PGDS-COVID-19 à suivre	. 86
2.6.2.1	But	. 86
2.6.2.2	Activités clés du PGDS 2FA COVID-19 à suivre	. 87
2.6.2.3	Objectifs du Plan de suivi-évaluation	. 87
2.6.2.	3.1 Objectif général	87
2.6.2.	3.2 Objectifs spécifiques	88
2.6.2.4	Cadre de suivi-évaluation	. 88
2.6.2.	4.1 Cadre logique	89
2.6.2.	4.2 Indicateurs	92

LISTE DES FIGURES

	CARTE DES BASSINS VERSANTS (SOURCE : MINISTÈRE DES EAUX ET FORÊTS DE DIRE, 2019)	49 52 53
FIGURE 2.	PYRAMIDE DES ÂGES DE LA CÔTE D'IVOIRE EN 2014 (SOURCE INS)	. 52
FIGURE 3.	RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR TRANCHES D'ÂGE (INS, RGPH 2014)	. 53
FIGURE 4.	DÉCOUPAGE ADMINISTRATIF DE LA CÔTE D'IVOIRE (BNETD. 2012)	. 54

SIGLES ET ACRONYMES

CAT : Centre Anti Tuberculeux

CEM : Cohort Event Monitoring

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIAPOL : Centre Ivoirien Antipollution

CIPHIA : Côte d'Ivoire Population-based HIV Impact Assessment

CIDT : Centre d'Isolement, de Dépistage et de Traitement

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CR : En Danger Critique

DHPSE : Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement

DIEM : Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance

DRSHP : Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique

EN : En Danger

ENV : Enquête sur le Niveau de Vie

EPI : Equipement de Protection Individuelle

EPN : Etablissement Public National

ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier Contact

HG : Hôpital Général

IAA : Infection Associée aux Actes de soins

IAS : Infection Associée aux Soins

IAE : Infection Associée à l'Environnement

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

INFAS : Institut National de Formation des Agents de Santé

INHP : Institut National d'Hygiène Publique

INS : Institut National de la Statistique

IPCI : Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

NT : Presque Menacé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OPCT : Objets Piquants, Coupants, Tranchants

PA COVID : Projet d'Appui au Plan national de riposte contre le COVID-19

PGDS-COVID-19 : Plan de Gestion des Déchets Sanitaires du PA COVID-19

PND : Plan National de Développement

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNGDM : Plan National de Gestion des Déchets Médicaux

PNGDS : Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires

PRONALIN: Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiale,

Sénégal

PRSSE : Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux

urgences Épidémiques

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RIPAQS : Réseau International pour la Planification et l'Amélioration de la

Qualité et la Sécurité des Soins en Afrique

COV-2-SRAS : Coronavirus 2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

UCP : Unité de Coordination de Projet

UICN : Union Internationale pour la Conservation de la Nature

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VU : Vulnérable

DEFINITION DES CONCEPTS

Activités du secteur de la santé : les examens, le diagnostic, les soins, les traitements, la formation et la recherche dans le domaine de la santé humaine et animale.

Banalisation des déchets: tout procédé de traitement destiné à transformer de façon écologique, les déchets sanitaires en déchets assimilables aux déchets ménagers et pouvant être collectés, transportés et éliminés dans les mêmes conditions que les ordures ménagères. La banalisation se fait soit par désinfection, soit par dénaturation.

Caractérisation des déchets sanitaires : elle est vue ici comme l'évaluation quantitative et qualitative des déchets produits par les activités du secteur de la santé. La caractérisation précise donc les différentes catégories de déchets sanitaires et les quantités par catégorie.

Déchet : tout résidu issu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau produit ou plus généralement, tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon.

Déchet hospitalier: l'ensemble des déchets produits dans un établissement hospitalier. Ces déchets comportent les déchets produits par les activités de soins de santé, les déchets issus des activités de ménage, les déchets de construction et de démolitions, les déchets verts de jardinage et tous les autres déchets assimilés.

Déchet médical : c'est tout déchet d'origine biologique ou non, issu des activités du secteur de la santé.

Déchet médical infectieux : tout déchet médical contenant un agent infectieux, pathogène pour l'homme et/ou pour l'animal.

Déchet sanitaire : l'ensemble des déchets produits dans un établissement qui mène des activités de diagnostic, de soins, de traitements, de formation et de recherche dans le domaine de la santé humaine et animale. Ces déchets peuvent être ménagers ou assimilés aux déchets ménagers, infectieux, pharmaceutiques, chimiques, radioactifs.

Décontamination: l'opération destinée à éliminer les contaminants, les microbes, les bactéries, ou à en réduire le nombre sur des tissus vivants et sur des objets inertes à des taux considérés comme sans danger, de manière à respecter les normes d'hygiène et de santé publique. Elle se fait avec du produit qui est à la fois détergent et désinfectant, dont le mode d'utilisation doit suivre rigoureusement les prescriptions des fabricants.

Désinfection : l'opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés en fonction des

objectifs fixés. Elle utilise un produit désinfectant contenant au moins un principe actif doué de propriétés antimicrobiennes et présentant des caractéristiques bactéricides, fongicides, virucides et sporicides. Son utilisation doit suivre les prescriptions du fabricant.

Déchets de vaccination : c'est l'ensemble des déchets issus des activités de vaccination, qu'il s'agisse de campagne de masse ou d'activités de routine. Il s'agit principalement de matériel d'injection (seringues et aiguilles), de tampons, de flacons de vaccins vivants atténués ou de vaccins inactivés, vides, périmés ou avariés, les emballages contaminés ou non.

Gestion des déchets : c'est l'ensemble des activités de formation de tous les acteurs impliqués, de tri à la production, de pré collecte, de collecte, de stockage, de transport et d'élimination des déchets.

Personnel de santé : désigne l'ensemble des acteurs intervenant dans l'offre de soins. Il comprend le personnel administratif, les prestataires de soins, les gestionnaires de stocks et le personnel d'entretien.

Infection associée aux soins (IAS): une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou à la suite d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique ou préventive d'un patient et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Deux (02) catégories d'IAS non exclusives seront considérées :

- les Infections associées à l'Environnement de soins (IAE) qui sont liées à la présence physique dans l'établissement sanitaire du personnel soignant, des malades et des visiteurs et à l'hygiène de l'environnement hospitalier;
- les Infections associées aux Actes de soins (IAA), incluant l'hébergement et le nursing, les actes pratiqués par un professionnel de santé ou par une personne encadrée ou les soins auto-dispensés dans le cadre d'un protocole comme l'insulinothérapie, la dialyse à domicile, etc.

Les IAS peuvent donc être considérées comme l'ensemble des infections nosocomiales et des infections communautaires.

Infection nosocomiale (IN) ou infection hospitalière: une infection qui, absente à l'admission à l'hôpital, apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation. Ce critère est applicable à toute infection.

Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins quarante-huit (48) heures après l'admission ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire. Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection.

Pour les infections du site opératoire, on considère comme nosocomiales, les infections survenues dans les trente (30) jours suivant l'intervention, ou, s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, dans l'année qui suit l'intervention.

Une infection nosocomiale est une infection associée aux soins contractée dans un établissement de santé. Cette définition inclut les infections contractées à l'hôpital, mais qui se déclarent après la sortie, et également les infections professionnelles parmi le personnel de l'établissement.

Infection communautaire : c'est une infection associée aux soins, mais contractée en dehors d'un établissement de santé. Cette définition inclut les infections contractées dans les services médico-sociaux (crèches, maisons de retraite, garderies, etc.) et à domicile.

Infection iatrogène : c'est une infection contractée par le patient, par manque d'asepsie. Elle peut être nosocomiale ou communautaire.

Sécurité des injections : selon l'OMS, une injection sécurisée, c'est-à-dire sans risque, est une injection administrée dans des conditions et avec des équipements appropriés, qui ne nuit pas au patient, n'expose pas le soignant à un quelconque risque évitable et dont la gestion des déchets ne présente pas de danger pour la communauté et pour l'environnement.

RESUME EXECUTIF

Contexte

Les déchets sanitaires produits par l'offre de soins y compris les activités de vaccination sont un facteur influençant négativement l'hygiène hospitalière. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la réutilisation des seringues et aiguilles usagées ainsi que les accidents d'exposition au sang ou à d'autres liquides biologiques dus à une mauvaise gestion des déchets sanitaires ont été responsables de : 21 millions d'infections par le virus de l'hépatite B, soit 32 % de toutes les nouvelles infections ; 2 millions d'infections par le virus de l'hépatite C, soit 40 % de toutes les nouvelles infections ; et au moins 260 000 infections par le VIH, soit 5 % de toutes les nouvelles infections¹.

En Côte d'Ivoire, l'étude CIPHIA réalisée en 2018 a estimé la prévalence du VIH à 2,5 % dans la population générale et dans celle de 15 à 49 ans. Cette prévalence a été estimée par la même étude à 2,9 % dans la tranche d'âge de 15-64 ans². Quant à l'hépatite, les tests pratiqués par le CNTS révèlent des prévalences élevées de 11,42% pour l'hépatite B et 4,4% pour l'hépatite C³.

Selon l'étude de caractérisation des déchets réalisée en 2016, le secteur sanitaire ivoirien produit 25,55 tonnes de déchets solides chaque jour, soit environ 9 325,09 tonnes par an. Du fait d'une absence de tri à la production, 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux (8% de OPCT et 54% d'autres déchets infectieux), 36% sont assimilables aux déchets ménagers et 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques.

La pandémie de la COVID-19, avec en Côte d'Ivoire, à la date du 31 octobre 2021, 61 297 cas confirmés et 695 décès⁴, 3,14 millions de doses de vaccins administrés, 880 000 personnes complètement vaccinées soit un taux de vaccination complète de 3,3 %, complexifie la situation des déchets sanitaires. En effet, dans le cadre de la réponse à cette pandémie, les activités des nombreuses stratégies mises en place, dont la création des équipes d'intervention rapide, la mise en place de Centres de Dépistage, d'Isolement et de Traitement (CIDT) et la campagne de vaccination contre la COVID-19, produisent des déchets hautement infectieux et toxiques qui nécessitent une gestion particulière. Même les sites d'isolement qui ne sont pas de facto considérés comme des établissements sanitaires, génèrent d'importantes quantités de déchets infectieux du fait du statut des clients qu'ils hébergent.

Face à l'urgence de la situation et afin de garantir une exécution efficace du PA COVID-19 dans le strict respect des normes environnementales, le PUGDS élaboré dans le cadre du Projet Parent est mis à jour pour assurer une gestion rationnelle des déchets sanitaires des sites COVID et des déchets des campagnes de vaccination contre la COVID-19.

¹ OMS : Aide-mémoire n°254 ; Genève 2004

² Cote d'Ivoire. Côte d'Ivoire Population-based HIV Impact Assessment (CIPHIA) 2017-2018

³ CNTS : Rapport d'activités 2014, Abidjan.

 $^{^4\} https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-pays/coronavirus-nombre-de-cas-en-cote-divoire/$

Système de santé ivoirien

Organisation du 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 ou administratif et l'autre prestataire ou offre de soins. Pour mieux contrôler la riposte sanitaire et la rendre plus efficiente, 13 centres de dépistage et 21 centres de d'isolement et de traitement ont été construits ou aménagés à Abidjan, Anyama, Bingerville et Dabou, Odienné, Man, Bondoukou, Bouna, Daloa, Gagnoa, Aboisso, Abengourou, San-Pedro, Korhogo et Bouaké.

Activités de 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). L'INHP qui a pour mission la « Prophylaxie et le contrôle des endémies transmissibles bactériennes, virales et parasitaires », effectue à travers ses 30 antennes et ses 16 postes frontaliers, des vaccinations dites « Hors-PEV » constituant ainsi une stratégie de vaccination complémentaire à celle du PEV. Quant au PAV, 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.

Situation de la gestion des déchets sanitaires

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 % de déchets chimiques et pharmaceutiques. Dans leur quasi-totalité, les plans d'action des Districts sanitaires ne font pas référence à la gestion des déchets sanitaires et les établissements de santé ne disposent pas de plan de gestion des déchets sanitaires et de procédures internes. Le personnel soignant n'est pas formé et le tri des déchets ne s'effectue pas de façon systématique, augmentant ainsi la proportion de déchets à risque infectieux. Les agents chargés de la manutention des déchets, bien souvent non formés, ne sont pas spécifiquement affectés à cette tâche et ne disposent pas d'EPI.

Le matériel de collecte et de transport des déchets solides sanitaires, des zones de production aux sites de stockage provisoire ou d'élimination, est inapproprié. Concernant l'élimination, la Côte d'Ivoire avec l'appui de ses partenaires, a procédé à l'installation d'incinérateurs modernes. Par ailleurs, les systèmes traditionnels d'élimination des déchets sanitaires tels que les fosses à brulage,

les fosses à placenta, les fosses à déchets et les incinérateurs de type « De Montfort » sont toujours utilisés.

Concernant les CIDT de la COVID-19, ceux en activités dans le District Autonome d'Abidjan produisent chaque jour, en moyenne 800 Kg de déchets sanitaires qui sont tous potentiellement infectieux, du fait de la forte contagiosité du coronavirus. Pour leur élimination, les incinérateurs de l'INHP dans le District d'Abobo Est et celui de l'IPCI à Adiopodoumé sont mis à contribution.

Pour ce qui est de l'élimination des déchets sanitaires produits par les CIDT et les centres de vaccination du District Autonome d'Abidjan et de Grand-Bassam, un prestataire a été recruté dans le cadre du 1^{er} FA pour leur collecte, transport et élimination dans les incinérateurs de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) à Abobo, de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) situé à Adiopodoumé, du CHU de Cocody et Treichville. Par cette opération, ce sont 42 011,35 kg qui ont été collectés, transportés et détruits pendant la période allant du 22 juin au 25 septembre 2021, soit environ 14 tonnes de déchets COVID-19 par mois. 100% de ces déchets sont à risque (infectieux, pharmaceutiques ou chimiques).

Par ailleurs, pour améliorer la collecte et le transport in situ des déchets COVID-19, la sécurité des opérateurs d'incinérateurs ainsi que leur fonctionnement, les CIDT et les sites d'incinération ont été équipés de 165 poubelles à roulettes de 260 litres, 1 000 poubelles à pédale de 27 litres, 15 100 sacs poubelles noir de 300 litres, 23 680 sacs poubelles jaune de 300 litres, 192 720 sacs poubelles noir de 50 litres, 321 200 sacs poubelles jaune de 50 litres, 34 chariots et 12 000 boîtes de sécurité.

Risques et impacts environnementaux et socio-sanitaires

La mauvaise gestion des déchets produits par les CDIT de la COVID-19 et par la vaccination, avec rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques, peut contaminer le sol et l'eau de boisson, et représenter un risque certain pour la faune et la flore. Le brûlage ou l'incinération à basse température (inférieure à 800°C) de ces déchets peut être responsable de la formation de dioxines, de furanes et de PCB co planaires, ainsi que de l'élimination de métaux lourds (plomb, mercure, cadmium), qui polluent l'environnement⁵. D'où la nécessité d'assurer une maintenance préventive et curative permanente des incinérateurs pour en garantir un fonctionnement optimal.

Par ailleurs, mal gérés ou directement éliminés dans les décharges publiques, ces déchets peuvent causer d'importants problèmes éthiques, exposer les populations, le personnel de santé, les malades de la COVID-19 et les agents vaccinateurs à d'importants risques de contamination.

Plan de Gestion des Déchets Sanitaires du FA au PA COVID-19

Objectifs et activités clés du PUGDS-COVID-19

⁵ OMS : Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire N°253 Novembre 2015

L'objectif général du PUGDS 2FA COVID-19 est d'améliorer la gestion des déchets sanitaires produits par les CIDT de la COVID-19 et les activités de vaccination jusqu'à la fin de la pandémie.

Trois (03) objectifs stratégiques et cinq (05) objectifs spécifiques s'en dégagent :

 Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination

Il comprend deux (02) objectifs spécifiques que sont (i) organiser la formation des acteurs et (ii) Renforcer l'organisation de la gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination. Il s'agit à travers cet objectif stratégique, de poursuivre le renforcement des capacités des différents acteurs au niveau des CIDT de la COVID-19 et des centres de vaccination, afin de les habiliter dans le domaine du tri et du conditionnement, de la collecte et du transport in situ des déchets. Pour ce faire, les le personnel des CIDT sera formé à la gestion des déchets, les CIDT de la COVID-19 et les centres de vaccination bénéficieront de matériels et équipement de collecte des déchets, des prestataires seront recrutés pour la collecte, le transport et l'élimination des déchets COVID-19 ainsi que pour le fonctionnement et la maintenance des incinérateurs.

Par ailleurs, les opérations de collecte, de transport et d'élimination des déchets des sites COVID-19 et centres de vaccination qui ont débuté dans les Districts sanitaires d'Abidjan et de Grand-Bassam avec le 1^{er} FA se poursuivront dans les Districts sanitaires de Yamoussoukro, Aboisso, Grand-Bassam, Dabou, Agboville, Soubré, San-Pedro, Korhogo 1, Korhogo 2, Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud et Abengourou.

 Objectif stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination

Le 1^{er} FA ayant permis de réviser et de produire les supports de communication, le 2^{ième} FA soutiendra d'une part, la diffusion des supports de communication dans les CIDT, les centres de vaccination et en milieu communautaire et d'autre part, de poursuivre les séances d'information et de sensibilisation des parties prenantes.

Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS-COVID-19.

Cet objectif stratégique comprend deux (02) objectifs spécifiques : (i) Organiser la coordination et le suivi-évaluation et (ii) Renforcer les capacités des partenaires d'exécution.

Cet objectif stratégique vise dans un premier temps à renforcer la coordination et le suivi des activités et dans un second temps, à accompagner la DHPSE et la DIEM dans leurs activités de suivi et de coordination, à travers la dotation en consommables et matériels.

Budget de mise en œuvre

Le budget total du PGDS 2FA COVID-19 est estimé à un milliard sept cent trente-trois millions cent soixante-dix-huit mille (1 733 178 000) francs CFA. Il est réparti par objectif stratégique comme suit :

RECAPITULATIF	BUDGET	%
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination	1 545 268 000	89,16%
Objectif Stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19	50 360 000	2,91%
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS-COVID-19	137 550 000	7,94%
TOTAL	1 733 178 000	100%

EXECUTIVE SUMMARY

Context

The health waste produced by the provision of care is a factor negatively influencing hospital hygiene. According to the World Health Organization (WHO), the reuse of used syringes and needles as well as accidents of exposure to blood or other body fluids due to poor management of health waste have been responsible for 21 million hepatitis B virus infections, accounting for 32% of all new infections, 2 million hepatitis C virus infections, or 40% of all new infections, and at least 260,000 HIV, or 5% of all new infections. In Côte d'Ivoire, the CIPHIA study in 2018 estimated HIV prevalence at 2.5% in the general population. This prevalence was 2.5% in the population aged 15-49 and 2.9% in the age group 15-64. As for hepatitis, tests carried out by the CNTS reveal high prevalence of 11.42% for hepatitis B and 4.4% for hepatitis C.

According to the waste characterization study carried out in 2016, the Ivorian health sector produces 25.55 tons of solid waste each day, or approximately 9,325.09 tons per year. Due to a lack of sorting during production, 62% of this sanitary waste is infectious (8% of OPCT and 54% of other infectious waste), 36% can be assimilated to household waste and 2% is chemical waste and pharmaceuticals.

The COVID-19 pandemic, with in Côte d'Ivoire, as of October 31, 2021, 61,297 confirmed cases and 695 deaths, 3.14 million doses of vaccines administered, 880,000 people fully vaccinated, i.e. a rate of complete vaccination of 3.3%, complicates the health waste situation. In fact, as part of the response to this pandemic, the activities of the many strategies put in place, including the creation of rapid intervention teams, the establishment of Screening, Isolation and Treatment Centers (CIDT) and the COVID-19 vaccination campaign, produce highly infectious and toxic waste that requires special management. Even isolation sites that are not de facto considered health facilities generate significant amounts of infectious waste due to the status of the clients they host

Faced with the urgency of the situation and in order to ensure effective execution of the COVID-19 AP in strict compliance with environmental standards, the PUGDS developed as part of the Parent Project is updated to ensure rational management of sanitary waste from COVID sites and waste from COVID-19 vaccination campaigns.

Ivorian health system

Organization of the health system

The Ivorian health system includes the public provision of care, the private provision of care and the health administration. It is pyramidal with three (03) steps and two sides: one manager or administrative and the other provider or offer of care. To better control the health

response and make it more efficient, 13 screening centres and 21 isolation and treatment centres have been built or equipped in Abidjan, Anyama, Bingerville and Dabou, Odienné, Man, Bondoukou, Bouna, Daloa, Gagnoa, Aboisso, Abengourou, San-Pedro, Korhogo and Bouaké.

Immunization activities

Two structures are involved in vaccination in Côte d'Ivoire: (i) the National Institute of Public Hygiene (INHP) and the Expanded Vaccination Program (EPI). The INHP, whose mission is the "Prophylaxis and control of bacterial, viral and parasitic transmissible endemics", carries out through its 30 antennas and 16 border posts, so-called "Off-EPI" vaccinations thus constituting a vaccination strategy complementary to that of the EPI. As for the PAV, it ensures the vaccination of children under one year of age. Its activities are coordinated at the central level by the Coordination Directorate of the Enlarged Programme of Vaccination (DC-PEV), at the intermediate level by the 33 Regional Directorates of Health and Public Hygiene (DRSHP) and at the operational level by the 113 Health Districts or Departmental Directorates of Health and Public Hygiene (DDSHP) which have 2,403 vaccination centers.

Status of medical waste management

The total national production of sanitary waste in all sectors combined (public and private) is estimated at 25.55 tons per day, or 9,325 tons per year. 62% of this health waste is infectious (8% of prickly, sharp, sharp objects (OPCT) and 54% of infectious medical waste other than OPIs), 36% is household and similar solid waste (DSMA) and 2% is chemical and pharmaceutical waste. Almost all health district action plans do not refer to sanitary waste management, and health facilities do not have sanitary waste management plans and internal procedures. Healthcare staff are not trained and waste sorting is not carried out systematically, thus increasing the proportion of waste at risk of infection. Waste handling officers, who are often untrained, are not specifically assigned to this task and do not have PPE.

Equipment for the collection and transport of sanitary solid waste, from production areas to temporary storage or disposal sites, is inappropriate. With regard to disposal, Côte d'Ivoire, with the support of its partners, has installed modern incinerators. In addition, traditional sanitary waste disposal systems such as burning pits, placenta pits, waste pits and "De Montfort" incinerators are still in use.

Regarding the COVID-19 CIDTs, those operating in the Autonomous District of Abidjan produce every day, on average 800 Kg of sanitary waste, all of which are potentially infectious, due to the high contagiousness of the coronavirus. For their disposal, the incinerators of the INHP in the District of Abobo East and that of the IPCI in Adiopodoumé are used

With regard to the disposal of sanitary waste produced by the CIDT and the vaccination centres of the Autonomous District of Abidjan and Grand-Bassam, a service provider has been recruited as part of the 1st FA for their collection, transport and disposal in the incinerators of the National Institute of Public Hygiene (INHP) in Abobo, the Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) located in Adiopodoumé, of the CHU of Cocody and Treichville. Through this operation, 42,011.35 kg were collected, transported and destroyed during the period from 22 June to 25 September 2021, or about 14 tonnes of COVID-19 waste per month. 100% of this waste is at risk (infectious, pharmaceutical or chemical).

In addition, to improve the collection and in situ transport of COVID-19 waste, the safety of incinerator operators and their operation, CIDTs and incineration sites have been equipped with 165 260-litre wheeled bins, 1,000 27-litre pedal bins, 15,100 300-litre black garbage bags, 23,680 300-litre yellow garbage bags, 192,720 50-litre black garbage bags, 321,200 50-litre yellow garbage bags, 34 trolleys and 12,000 safety boxes

Environmental and socio-health risks and impacts

Poor management of COVID-19 ICDS waste and vaccination, with the release of pathogens and toxic pollutants, can contaminate soil and drinking water, and pose a definite risk to wildlife. Burning or incineration at low temperatures (below 800oC) of this waste may be responsible for the formation of dioxins, furanes and pcBs, as well as the disposal of heavy metals (lead, mercury, cadmium), which pollute the environment. Hence the need to ensure permanent preventive and curative maintenance of the incinerators to ensure optimal operation. In addition, poorly managed or directly disposed of in public landfills, this waste can cause significant ethical problems, exposing populations, health care workers, COVID-19 patients and vaccinators to significant risks of contamination.

Health Waste Management Plan at AF PA COVID-19 PUGDS-COVID-19

Objectives and key activities of the PGDS-COVID-19

The overall objective of PUGDS-COVID-19 is to improve the management of sanitary waste produced by COVID-19 CIDTs and immunization activities until the end of the pandemic.

Three (03) strategic objectives and five (05) specific objectives emerge:

 Strategic Objective 1: Strengthen the capacities of the health waste management sector of COVID-19 sites and vaccination centers

It includes two (02) specific objectives that are (i) to organize the training of actors and (ii) To strengthen the organization of the management of sanitary waste from COVID-19 sites and vaccination centers. Through this strategic objective, it is a question of continuing to

strengthen the capacities of the various actors at the level of COVID-19 CIDTs and vaccination centers, in order to empower them in the field of sorting and packaging, collection and in situ transport of waste. To do this, CIDT staff will be trained in waste management, COVID-19 CIDTs and vaccination centres will benefit from waste collection materials and equipment, service providers will be recruited for the collection, transport and disposal of COVID-19 waste as well as for the operation and maintenance of incinerators.

In addition, the collection, transport and disposal of waste from COVID-19 sites and vaccination centers that began in the Health Districts of Abidjan and Grand-Bassam with the 1st FA will continue in the Health Districts of Yamoussoukro, Aboisso, Grand-Bassam, Dabou, Agboville, Soubré, San-Pedro, Korhogo 1, Korhogo 2, Bouaké North-East, Bouaké North-West, Bouaké Sud and Abengourou.

 Strategic Objective 2: Ensure communication for the change of behavior of actors in the sustainable management of sanitary waste from COVID-19 sites and vaccination centers

As the 1st FA has made it possible to revise and produce communication media, the 2nd FA will support on the one hand, the dissemination of communication media in CIDTs, vaccination centres and in the community and on the other hand, to continue information and awareness sessions for stakeholders.

Strategic Objective 3: Ensuring the governance of PGDS-COVID-19.

This strategic objective has two (02) specific objectives: (i) Organize coordination and monitoring and evaluation and (ii) Strengthen the capacities of implementing partners. This strategic objective aims firstly to strengthen the coordination and monitoring of activities and in a second step, to support the DHPSE and the DIEM in their monitoring and coordination activities, through the provision of consumables and materials.

Implementation budget

The total budget of the PGDS-COVID-19 is estimated at **one billion seven hundred and thirty-three million one hundred and seventy-eight thousand (1,733,178,000) XOF**. It is divided by strategic objective as follows:

SUMMARY	SUMMARY BUDGET (XOF)		
Strategic objective 1: Strengthen the capacities of the health waste management sector of COVID-19 sites and vaccination centers	1,545,268,000	89.16%	

Strategic objective 2: Ensure communication for the change of behavior of actors in the sustainable management of sanitary waste from COVID-19 sites and vaccination centers	50,360,000	2.91%
Strategic objective 3: Ensure governance of the PGDS-COVID-10	137,550,000	7.94%
TOTAL	1,733,178,000	100%

CHAPITRE 1. GENERALITES

1.1 CONTEXTE

1.1.1. CONTEXTE GENERAL

A travers le monde, l'ensemble des déchets produits par l'offre de soins de santé y compris les activités de vaccination, influencent fortement aussi bien la salubrité environnementale en milieu communautaire que l'hygiène en milieu de soins. Leur gestion écologiquement rationnelle est un déterminant majeur de la qualité des soins et de la sécurité du personnel soignant, des patients et de leurs accompagnants ainsi que de la protection de l'environnement.

La problématique de la gestion des déchets sanitaires constitue donc une préoccupation mondiale majeure de santé publique et d'environnement. En effet, les activités de soins de santé qui permettent de protéger la santé, de guérir des patients et de sauver des vies, contribuant ainsi au développement socio-économique des pays, génèrent des déchets dont 20% sont considérés comme à risque, responsables de la survenue d'événements indésirables, telles que les infections nosocomiales, la propagation dans la communauté, d'infections souvent graves et la pollution de l'environnement.

Partout dans le monde, quel que soit le système de santé, au moins 10% des admissions à l'hôpital entraînent des événements indésirables pour les patients hospitalisés, la moitié d'entre eux étant considérés comme évitables⁷. Les infections nosocomiales quant à elles, constituent un fardeau économique pour les systèmes de santé dans le monde. Les dépenses médicales supplémentaires dues aux infections contractées en milieu de soins, responsables de longs séjours hospitaliers, de la perte de revenus, d'incapacités temporaire ou totale à réaliser une activité et de procédures judiciaires, coûtent environ entre 3 000 à 14 500 milliards de franc CFA par an à certains pays⁸. Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que la réutilisation des seringues et aiguilles usagées ainsi que les accidents d'exposition au sang ou à d'autres liquides biologiques dus à une mauvaise gestion des déchets sanitaires ont été responsables de 21 millions d'infections par le virus de l'hépatite B, soit 32 % de toutes les nouvelles infections; 2 millions d'infections par le virus de l'hépatite C, soit 40 % de toutes les nouvelles infections; et d'au moins 260 000 infections par le VIH, soit 5 % de toutes les nouvelles infections⁹.

En Côte d'Ivoire, l'étude CIPHIA réalisée en 2018 a estimé la prévalence du VIH à 2,5% dans la population générale et dans celle de 15 à 49 ans. L'étude a également révélé que cette prévalence était de 2,9% dans la tranche d'âge de 15-64 ans¹⁰. Quant à l'hépatite, les tests pratiqués par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) révèlent des prévalences élevées, avec 11,42% pour l'hépatite B et 4,4% pour l'hépatite C¹¹.

Selon l'étude de caractérisation des déchets réalisée en 2016 par le PRSSE avec l'appui financier de la Banque mondiale, le secteur sanitaire ivoirien public et privé, produit 25,55 tonnes de

⁶ O.M.S. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève : Aide-mémoire 253, 2000

⁷ RIPAQS - PRONALIN : Forum régional sur l'implication des patients et des associations des usagers des établissements de santé dans la promotion de la sécurité des soins dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Sénégal, du 24 au 26 mars 2009.

⁸ RIPAQS - PRONALIN : Forum régional sur l'implication des patients et des associations des usagers des établissements de santé dans la promotion de la sécurité des soins dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Sénégal, du 24 au 26 mars 2009.

⁹ OMS : Aide-mémoire n°254 ; Genève 2004

¹⁰ Cote d'Ivoire. Côte d'Ivoire Population-based HIV Impact Assessment (CIPHIA) 2017-2018

¹¹ CNTS : Rapport d'activités 2014, Abidjan.

déchets solides chaque jour soit environ 9 325,09 tonnes par an. Du fait d'une absence de tri à la production, 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux (8% de OPCT et 54% d'autres déchets infectieux), 36% sont assimilables aux déchets ménagers et 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques. Alors que les normes de l'OMS fixent à seulement 20% la proportion de déchets sanitaires dangereux avec 15% de déchets infectieux, 3% de déchets chimiques et/ou pharmaceutiques, 1% de OPCT et 1% de déchets composés de récipients pressurisés, de thermomètres cassés, d'ampoules de produits utilisés, etc.¹².

La situation des déchets sanitaires est devenue de plus en plus préoccupante dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Cette épidémie, causée par le SARS-CoV-2, s'est propagé rapidement dans le monde depuis décembre 2019 et touche à la date du 31 octobre 2021, 188 pays et territoires avec plus de 247 millions de cas confirmés, 5 millions de décès¹³.

Malgré toutes les mesures de prévention, l'urgence d'accentuer la riposte demeure, la Côte d'Ivoire étant touchée par la maladie, avec à la date du 31 octobre 2021, 61 297 cas confirmés et 695 décès. A cette même date, un total de 3,14 millions de doses de vaccins ont été administrés, 880 000 personnes complètement vaccinées soit un taux de vaccination complète de 3,3 %. 14.

Dans le cadre de la réponse à la pandémie de la COVID-19 en Côte d'Ivoire, plusieurs stratégies ont été mises en place dont la création des Equipes d'Intervention Rapide (EIR), la construction de Centres d'Isolement, de Dépistage et de Traitement (CDIT) des cas de COVID-19. Dans la mise en œuvre quotidienne de leurs activités, les sites de dépistages et de prise en charge produisent des déchets qui nécessitent une gestion particulière. Même les sites d'isolement qui ne sont pas de facto considérés comme des établissements sanitaires, génèrent d'importantes quantités de déchets infectieux du fait du statut des clients qu'ils hébergent.

Depuis décembre 2020, la Côte d'Ivoire s'est inscrite dans l'initiative COVAX. Le Gouvernement, soutenu par ses partenaires dont la Banque mondiale, a élaboré un plan national de déploiement du vaccin COVID-19 (PNDV) validé en février 2021. La cible prioritaire du plan était estimée à 5 669 815 personnes, représentant 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 : (i) la phase I concerne 3% de la population totale, constituée du personnel de santé (prestataires de soins et administratifs), des forces de défense et de sécurité et des enseignants ; (ii) la phase II concerne 17 % de la population totale et comporte les personnes de plus de 50 ans, les porteurs de pathologies chroniques et les voyageurs.

Le premier Financement Additionnel (1^{er} FA) de la Banque mondiale de 100 millions de dollars US a été obtenu pour soutenir le PNDV, afin d'assurer la vaccination de 39% de la population pour une cible initiale de 57,3%. Le deuxième Financement Additionnel (2^{ième} FA), proposé pour un montant total de 114,6 millions de dollars US issus d'un cofinancement de la Banque mondiale (14,6 millions dollars US) et de la Banque asiatique d'investissement dans les infrastructures (100 millions de dollars US) pour des achats supplémentaires et l'intensification des activités du PP et du 1^{er} FA, aidera à couvrir une partie de la cible qui est passée de 57,3% à 70% de la population.

¹² OMS : Gestion des déchets d'activités de soins solides dans les centres de soins de santé primaires. Guide d'aide à la décision. Genève 2005

¹³ https://www.sante.gouv.ci

¹⁴ http://www.sante.gouv.ci/welcome/actualites/970

Le Gouvernement ivoirien a activé le mécanisme de mobilisation des ressources pour identifier les ressources nécessaires à la vaccination non couverte par COVAX et le 2^{ème} FA.

La Côte d'Ivoire a opté pour une stratégie de campagne qui sera organisée sur une courte période, suivie de la période de routine. Le vaccin contre la COVID-19 sera administré à la cible conformément aux recommandations de l'OMS. Pour la mise en œuvre de cette campagne, le renforcement des équipements de la chaine de froid sera nécessaire. Cette campagne de vaccination qui va s'intensifier sur toute l'étendue du territoire produira une quantité importante de déchets sanitaires à risque dont les seringues et aiguilles, les flacons de vaccins avariés ou inutilisables, sans oublier les déchets produits dans les CIDT.

Face à l'urgence de la situation et afin de garantir une exécution efficace du 2^{ième} FA au PA COVID-19 dans le strict respect des normes environnementales et avec une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires, le Plan d'Urgence de Gestion des Déchets Sanitaires (PUGDS) élaboré dans le cadre du PP et du 1^{er} FA doit être mis à jour pour prendre en compte et adaptéer la gestion des déchets liés à la vaccination. Le présent document servira de boussole pour la gestion et la prévention des impacts et risques environnementaux et sociaux potentiels du projet liés à la problématique des déchets, sur l'ensemble du territoire national.

1.1.2. DESCRIPTION DU FINANCEMENT ADDITIONNEL AU PROJET D'APPUI AU PLAN NATIONAL DE RIPOSTE AU COVID-19

1.1.2.1 Objectif de Développement du Projet (ODP)

L'Objectif de Développement de Projet (ODP) du projet parent et des FA est de prévenir, détecter, faire face à la menace causée par la COVID-19 et de renforcer les systèmes nationaux en vue de préparer les services de santé publique pour la riposte.

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

a) Indicateurs d'ODP

Tableau 1. Indicateur de l'ODP

Nom de l'indicateur	PBC	Données de reference (2021)	Cible (Juin 2022)	Cible finale (Juin 2023)
Renforcer les capacités nationales de préparation de la santé publique pour prévenir, dét	tecter la	COVID-19 et y	répondre	
Nombre de cas suspects de COVID-19 dépistés sur la base des directives nationales (ventilé par sexe) (Nombre)		876 721	1 017 531	1 917 531
Nombre de patients suspectés d'être atteints de COVID-19 et dont le test est positif (ventilé par sexe) (Nombre)		60 138	78 654	105 654
Nombre de cas graves de COVID-19 traités (Nombre)		3 000	7 865	10 565
Proportion de décès parmi les cas confirmés de COVID-19 (Nombre)		1,03%	1%	1%
Pourcentage de la population cible complètement vaccinée contre la COVID-19 (ventilé par sexe) (Pourcentage)		1,76%	30,00%	50,00%
Proportion de la population touchée par les interventions de communication, de mobilisation sociale et communautaire (Proportion)		0,00%	70,00%	80,00%
Indicateurs de résultats intermédiaires par Composante	<u> </u>			<u> </u>
Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19				
Nombre de personnes formées par le Projet sur l'infection à la COVID-19, la prévention et le contrôle de celui-ci (IPC), la préparation et la riposte à la maladie (Nombre)		5 967	15,000.00	15,000.00

Nombre de structures (établissement de santé, centres d'isolement et chaîne du froid) rénovées et/ou équipées (Nombre)	15	45	45
Nombre total de cas de MAPI notifiés (désagrégé en graves et non graves) (nombre)	1 392	2 132	3 554
Proportion de districts sanitaires disposant d'un micro-plan budgétisé pour la campagne de vaccination contre la COVID-19 (Pourcentage)	100%	100,00%	100,00%
Nombre de bénéficiaires des primes de risque COVID-19	6 550	7339	13578
Action : nouvel indicateur (cumulatif)			
Composante 2 : Mobilisation communautaire et communication des risques			
Nombre de radio locales diffusant des campagnes de sensibilisation sur la COVID-19 (Nombre)	117.00	117.00	117.00
Proportion d'opérations de communication réalisées sur les interventions prévues	25%	70,00%	80,00%
Proportion de districts sanitaires couverts par les activités de communication	100%	100%	100%
Composante 3 : Mise en œuvre, gestion et suivi et évaluation du Projet			
Proportion des sites de vaccination qui transmettent leurs données via la plateforme DHIS2 (Pourcentage)	0%	100,00%	100,00%
Nombre d'acteurs de terrain formés sur la VBG/EAS/HS (ventilés par sexe) (Nombre)	0.00	13 000	13 000
Proportion de districts sanitaires qui ont des comités de gestion de plaintes fonctionnels	0%	70,00%	70,00%
Proportion de plaintes gérées selon le protocole	0%	80,00%	80,00%

Conformément à la raison d'être et à la conception initiale du projet parent et 1^{er} FA, le 2^{ième} FA proposé pour la Côte d'Ivoire : Projet d'intervention d'urgence (P177836) COVID-19 soutiendra les efforts du gouvernement pour renforcer sa réponse à la pandémie COVID-19 en achetant des vaccins supplémentaires contre la COVID-19, en intensifiant les activités existantes du premier financement Additionnel à travers notamment l'augmentation de la cible vaccinale de 57,3% à 70%. 2^{ième} 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.

1.1.2.2 Composantes et activités du FA

Le 2^{ième} FA s'appuie sur les composante du 1^{er} FA qui est structuré autour des trois composantes complémentaires initiales du projet parent. Ces composantes aideront le Gouvernement ivoirien à poursuivre les mesures d'atténuation pour contenir la deuxième vague de la pandémie dans le pays et rendre le Plan National de Déploiement du Vaccin (PNDV) opérationnel :

1.1.2.2.1 Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19 (PP : 28,8 millions de dollars US ; 1er FA : 93,6 millions de dollars US ; 2ieme FA : 106,6 millions de dollars US).

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

a) 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.

Dans le cadre du renforcement des capacités du personnel de santé en matière de prévention et contrôle des infections, plus de 6000 personnes ont été formées avec l'appui des différents partenaires.

Le 1^{er} FA a permis de recruter un prestataire pour la gestion des déchets COVID-19 permettant de collecter et de détruire 42,011 tonnes de déchets des sites COVID-19 et des centres de vaccination d'Abidjan et de Grand-Bassam.

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; ii) ii) la mise en quarantaine dans les établissements/hôtels gérés par le Gouvernement et iii) 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.

Le 2^{ième} FA financera (i) l'achat de tests de diagnostic COVID-19 pour le dépistage rapide à l'initiative du prestataire en consultation et dans les services d'urgence pour tous les cas suspects conformément à la nouvelle stratégie CDIP définie par le MSHP-CMU et également pour les tests PCR en laboratoire et (ii) le renforcement du plateau technique centres de traitement COVID-19 pour la prise en charge optimale des cas et des MAPI graves.

Par ailleurs, le 2^{ième} FA soutiendra l'intensification des activités suivantes :

- (i) La réhabilitation et l'équipement de la chambre froide identifiée au niveau du district de Gagnoa pour assurer le continuum de la chaine de froid, la réhabilitation et l'équipement des sites de prise en charge y compris des laboratoires de diagnostic pour répondre aux normes internationales et le renforcement du plateau technique centres de traitement COVID-19 pour la prise en charge optimale des cas et des MAPI graves ;
- (ii) La rémunération des primes de risques pour le personnel de santé directement impliqué dans la réponse à la COVID-19, conformément aux politiques du gouvernement ;
- (iii) Les coûts liés aux systèmes de gestion des déchets sanitaires produits par les activités de prise en charge des cas de COVID-19 y compris les déchets de vaccination ;
- (iv) L'acquisition et le déploiement des cliniques mobiles au niveau des dix (10) pôles régionaux de santé : Ce financement additionnel apportera un appui au gouvernement ivoirien dans sa stratégie de mise en place de dix (10) pôles régionaux de santé visant à améliorer l'accès des populations à un paquet complet de soins. A cet effet, dix (10) véhicules spécialement conçus pour être des cliniques mobiles seront acquis pour offrir des services d'immunisation dont celle contre la COVID-19, ainsi que la gamme complète des services de santé (examens médicaux réguliers, services de laboratoire limités, promotion de la santé, aide à la gestion des maladies chroniques, orientation vers d'autres services de santé ou spécialistes, renouvellement de prescription). Cette intervention permettra de renforcer l'opérationnalisation de la mise en réseau des pôles.

b) Sous-composante 1.2 : : Planification, approvisionnement et déploiement du vaccin contre la COVID-19

Cette sous-composante aidera le MSHPCMU à : (i) 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 ; (ii) acquérir des vaccins complémentaires ; (iii) mettre en œuvre la stratégie de ciblage et (iv) organiser les activités de terrain telles que l'administration des doses de vaccins et la supervision de tous les acteurs.

Dans le cadre de cette sous-composante, les principales activités qui bénéficieront du soutien du 1^{er} FA sont celles-ci-après :

- Planification et gestion des programmes: le 1^{er} FA finance: (a) la mise en œuvre de mécanismes de coordination au niveau national et infranational pour la préparation et le déploiement des vaccins; (b) 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); (c) l'appui à la stratégie de ciblage pour chaque groupe prioritaire, y compris l'offre de tests gratuits pour maladies non transmissibles (diabète, hypertension et obésité) dans les 113 districts de santé, et orientation vers un centre de traitement approprié une fois le diagnostic posé; (d) l'élaboration de documents réglementaires juridiques comprenant des aspects liés à la protection des données et au consentement; (e) l'élaboration de plans opérationnels / micro-plans et de budgets de mise en œuvre; (f) la formation de tous les acteurs impliqués à tous les niveaux de déploiement du vaccin.
 - (i) Achat et distribution de vaccins et de consommables, et renforcement du système de vaccination: Le 1^{er} FA couvre 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 1^{er} FA; (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 internationaux et l'adaptation des systèmes de la chaîne d'approvisionnement aux meilleures pratiques, notamment les chaînes du froid.

Le 1^{er} FA contribue au renforcement des systèmes de vaccination tant pour la vaccination contre le COVID-19 que pour les vaccinations de routine, en soutenant : (a) le 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 ; (b) 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 ; (c) le renforcement de la capacité de stockage dans 113 districts avec l'acquisition de réfrigérateurs respectueux du climat certifiés PQS de l'OMS. L'acquisition d'équipement de la chaîne du froid pour combler les lacunes identifiées au niveau du district, la réhabilitation des unités de stockage de la chaîne du froid et le soutien à la formation et au déploiement des ressources humaines pour la campagne de vaccination garantiront que le programme PEV dispose d'une capacité suffisante pour déployer simultanément le vaccin COVID-19 et la vaccination systématique des enfants à court et moyen terme.

Le 2^{ième} FA soutiendra et renforcera les activités suivantes :

- (i) L'achat, l'importation, le stockage et la distribution de vaccins COVID-19 qui répondent aux Critères d'Approbation des Vaccins (VAC) de la Banque mondiale via des mécanismes sélectionnés par le pays (COVAX, AVAT ou via des options bilatérales);
- (ii) L'achat et la distribution de consommables et intrants pour la vaccination (seringues, boîtes de sécurité, de chaînes du froid, porte-vaccins, tampons imbibés d'alcool, etc.);
- (iii) L'équipement des sites de vaccination en mobiliers pour les salles de vaccination, de tentes, d'Equipements de Protection Individuelle (EPI) et de produits d'hygiène pour les vaccinateurs et de kits d'assainissement (dispositifs de lavage des mains, savon, désinfectant, masques faciaux, etc.);
- (iv) Les coûts opérationnels (formation, supervision, frais de communication) liés au déploiement des vaccins au bénéfice des districts.
 - c) Sous-composante 1.3 : Pharmacovigilance et suivi des patients (Surveillance de la sécurité vaccinale et prise en charge des Effets Indésirables survenant après la vaccination : Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI))

La prise en charge des EIAV est impérative pour tous les systèmes nationaux de vaccination. Pendant la campagne de vaccination contre la COVID-19 dans le cadre du 1^{er} FA, le MSHPCMU prévoit de mener 19 surveillances des MAPI 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 MAPI et dans le traitement des patients présentant des MAPI.

Le 1^{er} FA couvre les coûts visant à : soutenir les équipes de District sanitaire et les superviseurs au niveau central dans leurs enquêtes sur les cas graves de MAPI; (b) assurer la coordination et la fonctionnalité des structures techniques et d'Experts impliquées dans la prise en charge des MAPI, notamment le comité ad hoc d'Experts des MAPI; (c) collecter et transporter les échantillons biologiques des cas de MAPI vers les laboratoires désignés, et les analyser ; (e) mettre en œuvre un système de notification électronique des cas de MAPI (a) soutenir les équipes de District sanitaire et les superviseurs au niveau central dans leurs enquêtes sur les cas graves et les groupes de MAPI; (b) assurer la coordination et la fonctionnalité des structures techniques et d'experts impliquées dans la prise en charge des MAPI, notamment le comité ad hoc d'Experts des MAPI; (c) collecter et transporter les échantillons biologiques des cas de MAPI vers les laboratoires désignés, et les analyser ; (d) élaborer et adapter les outils et les lignes directrices pour le suivi et l'évaluation de la campagne de vaccination et pour la détection des MAPI ; (e) mettre en œuvre un système de notification électronique des cas de MAPI ; (f) former tous les acteurs impliqués à tous les niveaux du déploiement des vaccins (agents de santé, communicateurs, logistique, superviseurs), y compris une formation sur les EAS /HS et les MAPI ; (g) se procurer et déployer des kits d'urgence pour la gestion des chocs anaphylactiques et renforcer les structures de santé avec du matériel de réanimation; (h) développer des outils

d'investigation pour les cas graves de MAPI et les diffuser dans tous les districts sanitaires ; (i) organiser le transport des personnes victimes de MAPI sévère vers les centres de référence ; (j) un fonds de compensation sans faute sera mis en place pour indemniser les personnes qui subissent des MAPI suite à la réception de vaccins non COVAX achetés et déployés dans le cadre du 1^{er} FA..

Cette sous-composante aide également le MSHPCMU 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.

Le 2^{ième} FA soutiendra la poursuite et le renforcement des activités liées au suivi et à la gestion des cas de MAPI, comme indiqué dans le 1^{er} FA. Plus précisément, il appuiera :

- (i) La prise en charge, l'investigation, l'élaboration et la diffusion des rapports de tous les cas de MAPI;
- (ii) Le maintien avec les personnes ayant été vaccinées pour la notification de cas de MAPI; Cela comprend les frais liés à l'achat de crédit téléphonique et de forfaits data permettant aux équipes de site et aux équipes de coordination d'appeler ou envoyer des SMS ou email;
- (iii) La coordination et la fonctionnalité des structures techniques et expertes impliquées dans la gestion des MAPI, y compris le Comité ad hoc d'experts MAPI;
- (iv) La collecte et le transport des échantillons biologiques des cas de MAPI aux laboratoires désignés, et l'analyse des échantillons.

1.1.2.2.2 Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautaire (projet parent : 5 millions de dollars US ; 1^{er} FA : 1,9 million ; 2^{ième} FA proposé : 6 millions de dollars US)

Les activités initiales dans le cadre du Projet parent sont 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 souscomposantes 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 1^{er} FA soutient une nouvelle sous-composante dénommée « Communication, mobilisation sociale et mobilisation communautaire pour accroître la demande du vaccin contre la COVID-19 » qui met 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 et renforcer les mécanismes locaux d'appropriation.

a) Sous-composante 2.1 : Renforcement de l'engagement communautaire et de la communication sur les risques

Cette sous-composante renforce 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. ; la 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).

Dans le cadre du PP et du 1^{er} FA, les parties prenantes ont été identifiées et des consultations ont été organisées ainsi que des enquêtes d'opinion sur la maladie, les mesures barrières édictées par le Gouvernement, l'introduction du vaccin et l'implication de tous dans la lutte contre la COVID-19.

Dans le cadre du 2^{ième} FA, cette sous-composante renforcera les activités visant à (i) renforcer l'engagement communautaire et la responsabilité sociale (par exemple, la formation des dirigeants communautaires et l'engagement multipartite); (ii) promouvoir le changement de comportement et améliorer la communication sur les risques; (iii) collecter et diffuser des informations sur la pandémie de COVID-19 et la campagne de vaccination, et veiller à ce que ces informations soient acheminées via un nombre limité de plateformes reconnues.

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

Dans le cadre du 1^{er} FA, la campagne de vaccination a été lancée dans un contexte où les rumeurs sur l'efficacité et l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 étaient 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 variants¹⁵. Une enquête récente portant sur 2 266 329 personnes en Côte d'Ivoire a montré que 55 % des personnes interrogées n'avaient pas l'intention de se faire vacciner. Les principales raisons évoquées par les personnes refusant de se faire vacciner sont les suivantes : (i) ne veulent pas être infectées par le COVID-19 (40%) ; (ii) ne croient pas au vaccin COVID-19 (34 %) ; (iii) ne sont pas intéressées ou concernées (14%) et (iv) les rumeurs qui circulent.

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 du 1^{er} FA soutient 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 1er FA soutient:

(A) L'embauche d'une entreprise pour : (i) développer et diffuser une campagne intégrée de communication sur la vaccination COVID-19, y compris la production et la distribution de supports de communication dédiés (imprimés, audiovisuels et numérique), outils et supports

¹⁵ OMS: (10 février 2021). Recommandations provisoires sur l'utilisation du vaccin appelé AZD1222 (ChAdOx1-S [recombinant]) contre la COVID-19 développé par l'Université d'Oxford et AstraZeneca. Source: https://www.who.int/news-room/news-updates

- ; (ii) renforcer les capacités des professionnels des médias publics et locaux pour adapter les messages clés aux besoins des communautés locales ; (iii) mettre en œuvre les activités de gestion des rumeurs et des crises ;
- (B) Les activités qui favorisent le changement de comportement en faveur de l'adhésion au vaccin : cela comprend un soutien pour développer et mettre en œuvre une intervention de communication globale pour le changement social et comportemental pour éliminer 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 ;
- (C) Les activités qui favorisent la mobilisation sociale et l'engagement communautaire pour la demande et l'utilisation des vaccins. Un leadership national, régional et communautaire engagé et un engagement multipartite 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 la confiance dans le vaccin 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 chefs 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 conduire au changement, en veillant à ce que le volontarisme 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 / partage d'expériences et d'histoires positives des principaux bénéficiaires de la vaccination pour renforcer la confiance dans le vaccin ; (iii) des activités qui soutiennent le processus d'appropriation communautaire, qui valorisent les solutions locales pour générer et augmenter la demande de vaccination, contrôler la pandémie et atténuer ses impacts, prévenir et combattre la stigmatisation et la discrimination, et accroître la résilience à la rhétorique anti-vaccinale ; et (iv) la collecte et l'analyse des preuves / preuves à l'appui du plaidoyer, de la prise de décision et de la documentation des approches, des leçons et des bonnes pratiques.

Le 1^{er} FA couvre les coûts liés aux activités de communication et de plaidoyer à l'appui du déploiement du vaccin COVID-19. Veiller à ce que les informations sur le vaccin COVID-19, la stratégie de vaccination et les MAPI soient cohérentes et diffusées via un nombre limité de sources et de plates-formes officielles. Les activités suivantes sont financées par le 1^{er} FA : (i) le renforcement des capacités et le fonctionnement quotidien du Groupe de travail national sur la

communication pour les vaccins et la vaccination contre le COVID-19 ; (ii) la mise à niveau des plateformes numériques officielles sur la réponse au COVID- 19 et le renforcement des services d'assistance téléphonique et en ligne pour prendre en compte le volet vaccination; (iii) l'élaboration de messages clés et leur diffusion via les médias, les canaux communautaires et les relais, en veillant à ce que les informations sur la campagne soient toujours disponibles et divulguées au plus grand nombre ; (iv) la mise en œuvre de campagnes médiatiques nationales suite au phasage de la campagne de vaccination ; (v) le renforcement de la communication interpersonnelle, la formation des acteurs de première ligne et l'amélioration de la circulation de l'information vers les professionnels de santé; (vi) le soutien aux initiatives de feed-back basées sur l'écoute sociale et le feedback de la communauté. Afin de s'assurer que les groupes prioritaires sont effectivement vaccinés et que tout manquement est rapidement identifié et signalé, le 1^{er} FA financera la mise en place de lignes d'assistance confidentielles, d'enquêtes téléphoniques, de boîtes à suggestions/réactions aux postes de vaccination pour suivre les plaintes et, si nécessaire, le suivi de la campagne de vaccination par une tierce partie. Le 1er FA financera également des activités visant à renforcer les mécanismes de responsabilité locaux, notamment par le biais de structures communautaires et de groupes de la société civile.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de cette composante, des organisations partenaires ont été sollicitées notamment, l'UNICEF, l'ANADER, la FENOSCI, Alliance Côte d'Ivoire. Toute chose qui a contribué à obtenir à la date du 31 octobre 2021, un total de 3,14 millions de doses de vaccins administrés, 880 000 personnes complètement vaccinées soit un taux de vaccination complète de 3,3 %.

Dans le cadre du 2ième FA, cette sous-composante renforcera :

- (A) Les activités visant à promouvoir un changement généralisé des comportements en faveur de la vaccination COVID-19. Il s'agit notamment : (i) du recrutement d'agences spécialisées en communication pour développer, mettre en œuvre et diffuser des campagnes d'information et de sensibilisation intégrée et à grande échelle via les mass médias, les plateformes numériques, les réseaux sociaux et les médias communautaires sur la campagne de vaccination COVID-19 ; (ii) de la mise en place de partenariats ciblés avec des chaines de médias nationaux et privés en appui à la diffusion des produits d'information et de communication de la campagne ; (iii) du recours aux figures d'influence (religieux, politiques, influenceurs, bloggeurs, artistes, sportifs, etc.) afin d'amplifier les messages clés ; (iv) du renforcement des capacités des professionnels des médias publics et locaux pour adapter les messages aux besoins de la communauté locale. Il renforcera les activités qui promeuvent le changement de comportement pour l'adhésion à la vaccination, y compris : (v) les coûts liés à la mise en œuvre d'un plan de communication complet pour le changement social et comportemental, y compris a) la réalisation d'enquêtes, sondages d'opinion, études et recherches en sciences sociales et comportementales sur les pratiques des individus et des communautés en matière de prévention face à la Covid-19, pour évaluer le niveau d'acceptabilité des vaccins et les idées fausses notamment au niveau des agents de santé, des personnes vivant avec des comorbidités et des jeunes, et pour évaluer aussi les impacts de l'hésitation/réticence; b) adapter le plan de communication sur la base des données générées par les études réalisées ; c) élaborer/mettre à jour les messages clés et le matériel de sensibilisation destinés aux groupes cibles, avec la participation des principaux dirigeants communautaires ; et (iv) organiser des campagnes de sensibilisation ciblées pour éliminer les obstacles à l'observance vaccinale.
- (B) Les activités qui favorisent la mobilisation sociale et l'engagement communautaire pour la demande et l'utilisation des vaccins. Cela comprend les coûts liés à : (i) un soutien plus accru

à la société civile, aux ONG et OSC existant au sein des groupes cibles spécifiques (commerçants, transporteurs, agriculteurs, personnes vivants avec les comorbidités, gérants de maquis et autres lieux de divertissement, etc.) pour l'identification des lacunes et défis locaux liés à la vaccination Covid-19, (ii) le financement d'initiatives locales de création de la demande en vaccin, (iii) le renforcement des capacités des chefs traditionnels locaux, des chefs 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 conduire au changement, en veillant à ce que le volontariat et le consentement éclairé restent au cœur de tous les efforts d'information et de plaidoyer ; (iv) la collecte et la diffusion d'expériences et d'histoires positives des bénéficiaires de la primovaccination pour renforcer la confiance dans le vaccin; (v) des activités qui soutiennent le processus d'appropriation communautaire, qui valorisent les solutions locales pour générer et augmenter la demande de vaccination, contrôler la pandémie et atténuer ses impacts, prévenir et combattre la stigmatisation et la discrimination, et accroître la résilience à la rhétorique anti-vaccin ; et (vi) la collecte et l'analyse de preuves à l'appui du plaidoyer, de la prise de décision et de la documentation des approches, des enseignements et des bonnes pratiques.

(C) Les activités liées à la communication et au plaidoyer à l'appui du déploiement du vaccin COVID-19. Il veillera à ce que les informations sur les vaccins COVID-19, la stratégie de vaccination du gouvernement et les MAPI soient cohérentes et diffusées via un nombre limité de sources et de plateformes officielles. Les principales activités à soutenir comprennent : (i) le renforcement des capacités techniques et matérielles des équipes de communication du Ministère de la santé ; (ii) le fonctionnement quotidien du Groupe de travail national sur la communication pour les vaccins et la vaccination contre le COVID-19 ; (iii) la mise à niveau et la maintenance des plateformes numériques officielles sur la réponse au COVID-19 et le renforcement des services d'assistance téléphonique pour prendre en compte les questions liées à la vaccination ; (iv) l'élaboration et la diffusion de messages clés ; (v) la mise en œuvre des campagnes médiatiques nationales sur la campagne de vaccination ; (vi) le renforcement de la communication interpersonnelle, la formation des acteurs de première ligne et l'amélioration de la circulation de l'information vers les professionnels de santé ; (vii) l'appui aux initiatives de retour d'expérience basées sur l'écoute sociale (social listening) et le retour d'expérience de la communauté.

1.1.2.2.3 Composante 3 : Coordination et Suivi-Evaluation du Projet (projet parent : 1,2 million de dollars EU ; 1^{er} FA : 4,4 millions ; 2^{ième} FA proposé : 5 millions de dollars EU)

Le 2^{ième} FA proposé fournira des fonds supplémentaires pour le fonctionnement et l'opérationnalisation de la coordination dans le cadre du Projet Parent et du premier FA, ainsi que le S&E des interventions de prévention et de préparation, le déploiement du vaccin COVID-19, y compris pour les MAPI.

a) Sous-Composante 3.1 Coordination

Dans le cadre du 1^{er} FA, 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 1^{er} FA continue de 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 engage des capacités et des expertises complémentaires si nécessaire. Un accent particulier est 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 1^{er} FA a noué 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.

Dans le cadre du 2^{ième} FA, cette sous-composante continuera à utiliser la Cellule d'exécution du projet existante (l'UCPS-BM) pour la coordination, la gestion globale, la passation des marchés, les aspects environnementaux et sociaux et la gestion financière du projet.

b) 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 du PP et du 1^{er} FA, 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 MAPI; (iv) le renforcement des capacités des acteurs locaux de la vaccination sur de nouveaux outils et le renforcement des données existantes et des systèmes de suivi (vaccination et santé publique) pour permettre le suivi du déploiement des vaccins contre la COVID-19 et le suivi continu de la vaccination systématique; (v) la réalisation d'une étude de séroprévalence de référence; (vi) plusieurs études et enquêtes liées à la campagne de vaccination.

Cette sous-composante continuera à soutenir les activités de S&E dans le cadre du projet parent et du premier FA, y compris l'expansion du système électronique pour l'enregistrement, les tests, la vaccination COVID-19, la prise en charge des patients. Dans le cadre du déploiement du vaccin anti-COVID, le MSHP-CMU a retenu la vaccination en stratégie fixe et des postes avancés avec ouverture de sites de vaccination dans les établissements sanitaires. Compte tenu de la spécificité de la pandémie et de la variété des vaccins, il s'est avéré important de mettre en place un système fiable pour disposer de données probantes indispensables à une meilleure prise en

charge des patients COVID et le suivi longitudinal des personnes vaccinées. Le MSHU-CMU a opté pour l'utilisation d'un outil électronique pour la gestion de ces données.

Ce 2^{ième} FA viendra en appui au renforcement du système d'information sanitaire actuel à travers l'informatisation des données relatives à la prise en charge des patients COVID-19 et aux personnes vaccinées et leur intégration dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) notamment dans le DPI en cours développement et ce qui permettra de disposer de données de qualité à temps réel depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central à travers :

- (i) Le développement des fonctionnalités d'interopérabilité entre le système de gestion numérique des données de vaccination et le DHIS 2 ;
- (ii) Le développement d'un module pour intégrer les données de dépistage, de prise en charge et de vaccination COVID-19 dans le dossier patient informatisé (DPI) en cours de développement pour faire le lien avec la CMU;
- (iii) La production des outils de collecte des données et de carte de vaccination ;
- (iv) Le renforcement de la qualité des données ;
- (v) Le maintien du contact avec les personnes qui ont reçu la première dose de vaccin COVID-19 et qui attendent la deuxième dose du vaccin. Cela comprend les frais liés à l'achat de crédit téléphonique et de forfaits data permettant aux équipes de site et aux équipes de coordination d'envoyer des rappels par téléphone, SMS ou email deux (02) jours avant le rendez-vous pour la deuxième dose;
- (vi) La réalisation des études et des évaluations sur les interventions liées à la COVID-19.

1.1.2.3 Bénéficiaires du projet

Le PNDV accorde initialement la priorité à la vaccination de 20% de la population (soit environ 5 669 815 personnes), qui intègre des groupes cibles prioritaires conformément à la feuille de route du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS pour la priorité d'utilisation des vaccins contre la COVID-19 dans le contexte d'un approvisionnement limité, à savoir le personnel de santé et autres travailleurs essentiels de première ligne, les personnes âgées (>50 ans), les personnes atteintes de maladies chroniques et les voyageurs (voir Tableau 1).

Tableau 1. Groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19

Phase (Part de la population totale)		Groupe prioritaire	Estimation de la population	Part de la population totale (en %)
Phase 1 (2,3 %)	1 a	Travailleurs de première ligne dans le domaine de la santé	104 618	0,37

Total			15,157,880	57,3%
Phase 3 (37.3%)		Individus âgés de 16-49 ans		37,3%
		Groupe additionnel		
Total (20%)			5 669 815	20%
	2d	Voyageurs	500 000	1,76
	2g	Personnes atteintes de maladies chroniques	2 678 141	9,45
Phase 2 (17,7%)	2f	Adultes âgés de plus de 50 ans	1 841202	6,49
	1e	Personnel éducatif	460 864	1,63
	1d	Personnel de sécurité et police	37 098	0,13
	1c	Forces de défense	40 000	0,14
	1b	Personnel administratif de santé	7 892	0,03

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

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.

vaccins relatifs à cette phase seront supportés par le pays et ses partenaires.

<u>NB</u>: 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 2.

-

¹⁶ https://demographicdividend.org/country_highlights/cote-divoire/?lang=fr

Tableau 2. 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.
	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.
Phase II	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 d'embolie pulmonaire chez les patients infectés par le

Phases	Cibles Prioritaires	Désignation	Effectifs	Proportion (%)	Justification
Total : 4 819 343					SARS-Cov 2. Environ, 20% des décès dus à la COVID-19 sont liés au Diabète.
(Soit 17%)	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.
	Cibles additionnelles	Désignation	Effectifs	Proportion (%)	Justification
Nationale	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.
Total : 13 976 093					Dans l'objectif final d'obtenir une immunité collective,

1.1.2.4 Cout Du Projet

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

Tableau 3. Résumé des composantes du Projet Parent du Financement Additionnel, des coûts totaux et des mesures prises

Composante dans le	Composante proposée dans le	Composante dans le cadre du 2 ^{ième} FA	Coût total PP	Coût total 1 ^{er} FA	Cofinancement BM et BAII		Mesures prises
cadre du PP	cadre du 1 ^{er} FA		(m \$ EU)	(m \$ EU)	2 ^{ième} FA	BAII	
Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19	Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19	Composante 1 : Riposte d'urgence à la COVID-19	28,8	93.7	14.6	92.0	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 de financement.
Composante 2 : Communication en matière de santé et mobilisation communautaire	Composante 2 : Communication en matière de santé et mobilisation communautaire	Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautaire	5	1.9	0.0	3.7	Révisé : Portée et coût accrus
Composante 3 : Mise en œuvre, gestion, suivi et	Composante 3 : Mise en œuvre, gestion, suivi et	Composante 3 : Coordination et	1,2	4.4	0.0	4.3	Révisé : Portée et coût accrus

évaluation de la mise en œuvre du Projet	évaluation de la mise en œuvre du Projet	Suivi-Evaluation du Projet					
COÛTS TOTAUX			35	100	14,6	100	

Tableau 1. Résumé des sources des vaccins et du Financement de la BM

Objectif du plan	Source de	financement de de la pop	es vaccins et co oulation	uverture		Doses achetées avec	Estimation de l'allocation
national (% de la population)	COVAX Subvention	Financé pa Par le biais de COVAX			Vaccins spécifiques et plans d'approvisionnement	le financement de la Banque (2 doses supposées)	du financement de la Banque
Etape 1 : 2 ,3%	2,3%	0%	0%	0%	La banque finance 5% d'achat		Achat: 63 millions de dollars Déploiement: 31,9 millions de dollars
Etape 2 : 17,7%	17,7%	0%	0%	0%	direct par le biais de COVAX. Et 14% à travers d'autres sources (AVATT, accords bilatéraux) D'autres plans	21,377,502	Autres: 65,1millions de dollars (Autres financements
Etape 3 : 37,3%	0%	5%	14%	18%	d'approvisionnement sont à déterminer.		pour la réponse sanitaire générale de COVID, la gestion du programme et le S&E)

1.2 PRESENTATION DU PAYS

1.2.1. DONNEES BIOPHYSIQUES

1.2.1.1 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.

1.2.1.2 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.

1.2.1.3 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.

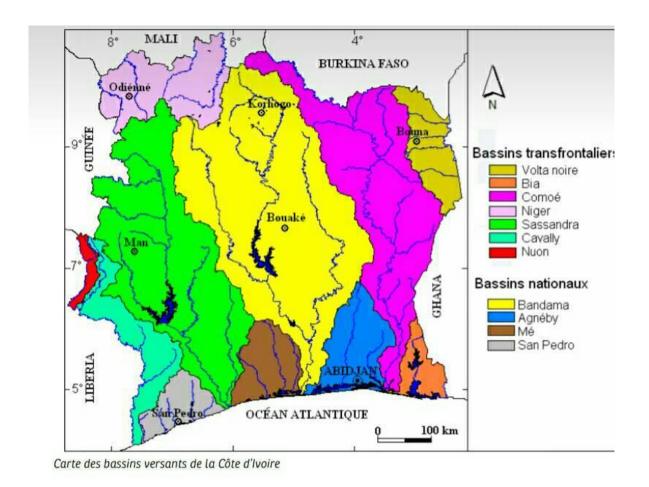
1.2.1.4 Eaux

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)



1.2.1.5 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%)¹⁷. 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 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 CO²;
- 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.

-

¹⁷ Source : PND 2016-2020

1.2.1.6 Faune

La Côte d'Ivoire, par la diversité de son écosystème, abrite une faune riche et diversifiée. La quasitotalité 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)¹⁸.

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'Ivoire19.

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-19²⁰.

1.2.2. DONNEES SOCIO- DEMOGRAPHIQUE, ECONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE

1.2.2.1 Données sociodémographiques

Le PA COVID-19 couvre l'ensemble du territoire national d'une superficie de 322 462 km². La population totale est de 25 069 230 habitants avec 12 414 061 de femmes soit 49,51% et 12 655 169 d'hommes soit 50,48% qui sont tous susceptibles de contracter la COVID-19. La zone rurale, avec une population qui représente 49,22% de la population totale, pourrait être considérée comme celle la plus exposée à la maladie du fait d'un accès limité aux canaux

1

¹⁸ 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

¹⁹ Projet d'Achat Stratégique et d'Harmonisation des Financements et des Compétences de Santé

 $^{^{20}\,}https://www.actu-environnement.com/ae/news/primates-coronavirus-35210.php4$

d'information et de sensibilisation ainsi qu'aux produits barrières. La densité de population estimée à 77,74 habitants/km² avec un taux de croissance annuelle de 2,60%²¹, des conditions à prendre en compte dans la mise en œuvre des mesures de distanciation physique.

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 qui semblent être moins exposés à la COVID-19 sont au nombre de 9 481 351 individus, représentant 41,8% de la population totale. Quant aux jeunes de 15-34 ans révolus, ils sont au nombre de 8 048 341 individus et 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 totale et ceux de 65 ans et plus au nombre de 575 987 soit 2,45% de la population totale, sont ceux qui sont les plus sensibles au SRAS CoV2. 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 élargi 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.

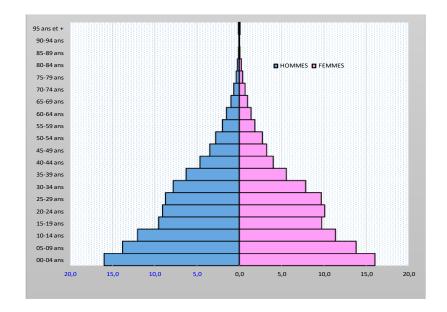


Figure 2. Pyramide des âges de la Côte d'ivoire en 2014 (Source INS)

-

²¹ Source : Banque Mondiale, données 2018

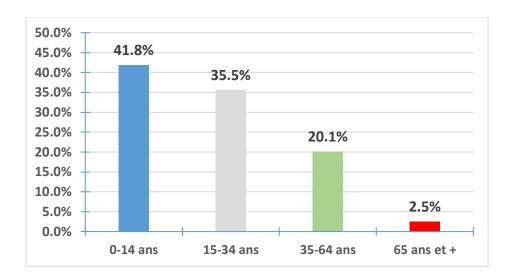


Figure 3. Répartition de la population par tranches d'âge (INS, RGPH 2014)

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

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

1.2.2.2 Données économiques et administratives

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 redistribuée. Or, même si les dernières données statistiques sur la pauvreté recueillies en 2015 montrent que le revenu national s'est accru de 80 % entre 2012 et 2015 et que la Côte d'Ivoire enregistre pour la première fois depuis 40 ans, une diminution de son taux de pauvreté, cette

²² Source PNDS 2016-2020

²³ Banque Mondiale

diminution reste faible, de 51 % à 46,3 %, avec le même nombre d'ivoiriens pauvres qu'en 2008, soit environ 10,7 millions de personnes. En 2015, près de 46 % des ivoiriens vivaient encore avec moins de 750 francs CFA par jour. Toute chose qui, en dehors d'une assurance maladie, met dans l'incapacité la majorité des ivoiriens de bénéficier des services de santé ou de s'offrir les produits barrières pour lutter efficacement contre la COVID-19. Les inégalités ne sont pas seulement économiques mais aussi géographiques. Les pauvres sont plus nombreux en zone rurale (56,8 %), celle qui semble la plus exposée à la maladie du fait d'un accès limité aux canaux d'information et de sensibilisation ainsi qu'aux produits barrières. 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 %).

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, estimée à 5,2% du budget total de 2019²⁴. Bien que le niveau global de dépenses de santé en Côte d'Ivoire (1,66 milliard de dollars, soit 70 dollars par habitant), se rapproche de celui de nombreux pays à revenu intermédiaire, seuls 25% de ce montant sont financés par l'Etat²⁵. Notons que l'Etat ivoirien ne finance que 19 % des dépenses de soins de santé primaire dont le financement reste insuffisant²⁶, incapable de faire face à des situations d'épidémie comme celle de la COVID-19.

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.



Figure 4. Découpage administratif de la Côte d'Ivoire (BNETD, 2012)

²⁴ http://budget.gouv.ci/doc/BUDGET_CITOYEN_2019.pdf

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

²⁶ Source : Primary Health Care Performance Initiative 2018

1.2.3. SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN

1.2.3.1 Organisation du 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 :

1.2.3.1.1 Secteur public

Il est organisé en trois niveaux :

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

-

²⁷ RASS 2018

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).

1.2.3.1.2 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.

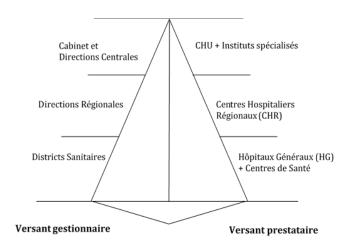


Figure 1. Organisation du Système sanitaire ivoirien

Source:

1.2.3.1.3 Centres d'Isolement, de Dépistage et de Traitement (CIDT) COVID-19

Les CIDT comprennent des établissements sanitaires publics et privés ainsi que des établissements non sanitaires. Au total, sur toute l'étendue du territoire national, on dénombre :

- Pour Abidjan, Ayama, Bingerville et Dabou : (i) 13 centres de dépistage, (ii) 05 centres d'isolement et (iii) 05 centres de traitement
- Pour les autres localités du pays, 11 centres de prise en charge en construction à Odienné,
 Man, Bondoukou, Bouna, Daloa, Gagnoa, Aboisso, Abengourou, San-Pedro, Korhogo et Bouaké.

Au total, la Côte d'Ivoire disposera à terme, 13 centres de dépistage et 21 centres de d'isolement et de traitement sur toute l'étendue du territoire national pour un total de 763 lits d'hospitalisation et 76 lits de réanimation.

1.2.3.2 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 audessus 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%).

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.

1.2.3.3 Profil épidémiologique et facteurs aggravants de la COVID-19

Concernant l'épidémie de la COVID-19, à la date du 03 août 2020, la Côte d'Ivoire compte 16 220 cas confirmés dont 11 887 personnes guéries, 102 décès et 4 231 cas actifs avec un nombre total d'échantillons de 103 112, soit une moyenne de 15,73% de positifs.

A l'instar des pays à faible revenu, la Côte d'Ivoire 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 touchées²⁸.

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 morbidité²⁹.

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

_

²⁸ PNDS 2016-2020

²⁹ Dossier d'investissement Côte d'Ivoire 2020-2023

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 générale³⁰. La prévalence du VIH en Côte d'Ivoire, estimée à 2,8%³¹, 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/VIH³².

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.

En dehors de ces facteurs qui fragilisent le système immunitaire et feraient le lit de la maladie à coronavirus, il existe certains phénomènes morbides tels que le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle et l'insuffisance respiratoire qui aggravent la situation sanitaire de la personne atteinte par la COVID-19.

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 population³³.

³⁰ Source: RASS 2018

³¹ Global Health observatory data repository, 2017. Les résultats préliminaires du CIPHIA 2017 indiquent une prévalence de 2,5% pour les 15-49 ans

³³ Source : Programme National de Lutte contre les Maladies Métabolique (PNLMM)

1.2.3.4 Activités de 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).

1.2.3.4.1 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.

1.2.3.4.2 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 infantile³⁴. 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 notifiés35.

59

³⁴ Programme Elargi de Vaccination – Ministère de la santé de la Côte d'Ivoire, plan pluriannuel complet (2016-2020)?

³⁵ Programme Elargi de Vaccination – Ministère de la santé de la Côte d'Ivoire, plan pluriannuel complet (2016-2020)?

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.

1.2.3.5 Surveillance de la sécurité vaccinale et gestion des Manifestations Adverses Post-Injection (MAPI) et sécurité des injections

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

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 MAPI des campagnes de vaccination via l'AIRP.

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

1.2.3.5.2 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.

1.2.3.5.3 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'une MAPI survient, l'équipe de vaccination doit informer l'autorité compétente pour une réponse appropriée dans la gestion du cas de MAPI (une bonne communication de crise).

1.2.3.6 Gestion des déchets sanitaires

1.2.3.6.1 Au niveau national

a) Production et caractérisation³⁶

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% de déchets solides ménagers et assimilés (DSMA) et 2% de 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 plans successifs de gestion des déchets avec l'appui des partenaires dont la

³⁶ 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

Banque mondiale a permis d'inculquer aux acteurs, la notion du tri à la production des déchets. Ainsi, la proportion de déchets infectieux est passée de 70% en 2009 à 62% en 2016 soit une réduction de 11,43%. Malgré les efforts pour la réduction de la proportion de déchets infectieux par rapport à celle de 2009, celle-ci reste toujours importante comparativement aux standards internationaux et expose le personnel de santé, les malades, les accompagnants et l'environnement à des risques de contamination et de pollution. En effet, selon l'OMS, « 85% environ des déchets liés aux soins de santé sont comparables aux ordures ménagères et ne sont pas dangereux. Les 15% restants sont considérés comme dangereux et peuvent être infectieux, toxiques ou radioactifs »³⁷. La forte contagiosité du coronavirus associée à l'insuffisance de tri des déchets sanitaires à la production par le personnel soignant, pourrait contribuer à une hausse de la proportion de déchets à risque infectieux. Et ce, en l'absence d'une campagne de sensibilisation soutenue et de la mise à disposition de matériel de collecte.

b) Système de collecte et d'élimination

Dans leur quasi-totalité, les Districts et établissements sanitaires ne disposent pas de plan de gestion des déchets sanitaires et de procédures internes.

Le personnel soignant n'est pas formé et le tri des déchets ne s'effectue pas de façon systématique, augmentant la proportion de déchets à risque. Les agents chargés de la manutention des déchets, bien souvent non formés, ne sont pas spécifiquement affectés à cette tâche. Ils ne disposent pas d'Equipements de Protection Individuelle (EPI), s'exposant régulièrement à des risques de contamination.

Il existe rarement dans les établissements de santé, un point focal ou un référent chargé de faire le suivi de la gestion des déchets sanitaires, avec une description claire des tâches.

Le matériel de collecte et de transport des déchets solides sanitaires, des zones de production aux sites de stockage provisoire ou d'élimination, est inapproprié voire inexistant. Quant aux déchets liquides, aucun dispositif particulier n'est utilisé pour leur collecte. Leur transport est en majorité assurée par le réseau d'assainissement collectif quand il existe, sinon c'est l'assainissement généralement autonome qui s'en charge, notamment des fosses et autres regards de fortunes.

Malgré les efforts fournis par certains établissements sanitaires pour séparer les déchets à risques des ceux assimilables aux déchets ménagers, ceux-ci ne sont toujours pas enlevés séparément par les services municipaux ou par les rares opérateurs qui interviennent dans le secteur. Parfois, les déchets sanitaires à risques se retrouvent dans les décharges publiques, accessibles aux animaux et aux récupérateurs.

Concernant l'élimination, depuis 2010, avec l'appui de ses partenaires, la Côte d'Ivoire a procédé à la modernisation de son système à travers l'installation d'incinérateurs à combustion pyrolytique et de banaliseurs dont certains, sur ou à proximité des CDIT de la COVID-19. Par

-

³⁷ OMS : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire N°253, Novembre 2015

ailleurs, les systèmes traditionnels d'élimination des déchets sanitaires tels que les fosses à brulage, les fosses à placenta, les fosses à déchets et les incinérateurs de type De Montfort sont toujours utilisés, exposant les malades, le personnel de santé, la communauté et l'environnement à des risques de contamination et de pollution.

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

Par ailleurs, pour optimiser le système de gestion, un arrêté portant polarisation des déchets sanitaires a été pris³⁸.

A la suite de l'état des lieux réalisée par la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement, ce sont 57 incinérateurs et 11 banaliseurs qui ont été acquis et installés ou sont en cours d'installation par le Gouvernement avec l'appui des PTF. Ces équipements qui ne couvrent pas l'ensemble des établissements sanitaires sont inégalement répartis dans 35 Districts Sanitaires sur les 113.

Sur les 57 incinérateurs recensés, 45 sont fonctionnels soit 78,94%.

Les tableaux 2 et 3 présentent respectivement, le récapitulatif des incinérateurs installés dans le secteur sanitaire public et par les initiatives privées pour l'élimination des déchets dangereux industriels et sanitaires.

Les tableaux suivants présentent le récapitulatif des incinérateurs installés dans le secteur sanitaire public et par le secteur privé à travers le pays.

Tableau 2. Répertoire des incinérateurs de déchets sanitaires, modernes, fonctionnels, installés dans le secteur public³⁹

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	COMBUSTIBLE	ETAT DE FONCTIONNALITE
1.	Abengourou	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
2.		Pyrolytique à 2 chambres avec laveur de fumée / Antenne INHP	250 kg/h	Gaz	Fonctionnel
3.	Abobo-Est	Pyrolytique à 2 chambres / CAT Abobo	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
4.		Pyrolytique à 2 chambres CHR Abobo HB Nord	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel

³⁸ 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

³⁹ Source: DHPSE, MSHP: Etat des lieux du fonctionnement des incinérateurs de déchets sanitaires (2018, mis à jour en juillet 2020)

63

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	COMBUSTIBLE	ETAT DE FONCTIONNALITE
5.	Aboisso	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
6.		Pyrolytique à 2 chambres / Nouveau CHR	50 kg/h	Gaz	Fonctionnel
7.	Adjamé- Plateau- Attécoubé	Pyrolytique à 2 chambres / HG Adjamé	30 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
8.	Adzopé	Pyrolytique à 2 chambres / HG	20 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
9.	Anyama	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
10.	Bocanda	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
11.	Bondoukou	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
12.	вопаоикои	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
13.	Bouaké	Pyrolytique à 2 chambres /CSU Ahougnanssou	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
14.	воиаке	Pyrolytique à 2 chambres /CSU Nimbo	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
15.	Bouna	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
16.		Pyrolytique à 2 chambres / CHU Cocody	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
17.		Pyrolytique à 2 chambres / CHU Cocody	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
18.	Cocody- Bingerville	Pyrolytique à 2 chambres / CHU d'ANGRE	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
19.		Pyrolytique à 2 chambres /HG Bingerville	20- 30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
20.		Pyrolytique à 1 chambre /CSU Com Blockhauss	5 kg/h	Purement électrique	Non fonctionnel
21.	Dabakala	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	COMBUSTIBLE	ETAT DE FONCTIONNALITE
22.	Daloa	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
23.	Daoukro	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
24.	Didiévi	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
25.	Divo	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
26.	Common	Pyrolytique à 2 chambres / HG	20 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
27.	Gagnoa	Pyrolytique à 2 chambres / CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
28.	Grand-Lahou	Pyrolytique à 2 chambres / HG	5 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
29.	Vorbogo	Pyrolytique à 2 chambres / CAT	20- 3 0kg/h	Gasoil	Fonctionnel
30.	Korhogo	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
31.	M'Bahiakro	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
32.	Man	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	Gaz	Fonctionnel
33.	- Man	Pyrolytique à 2 chambres / CAT Man	15 – 30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
34.	Nassian	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30kg/h	Gaz	Fonctionnel
35.	Niakaramado ugou	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
36.	Odienné	Pyrolytique à 2 chambres / CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
37.	Port-Bouët- Vridi	Pyrolytique à 2 chambres / HG	15 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
38.	Prikro	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	COMBUSTIBLE	ETAT DE FONCTIONNALITE
39.	Can Dadua	Pyrolytique à 2 chambres / CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
40.	San-Pedro	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	30 Kg/h	Gaz	Fonctionnel
41.	Sassandra	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
42.	Séguéla	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
43.	Segueia	Pyrolytique à 2 chambres / CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
44.	Tengréla	Pyrolytique à 2 chambres / HG	5 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
45.	Tiébissou	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
46.	Toumodi	Pyrolytique à 2 chambres / HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
47.		Pyrolytique à 2 chambres / ICA	120 kg/jour	Gasoil	Fonctionnel
48.		Pyrolytique à 2 chambres / RETROCI	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
49.	Treichville- Marcory	Pyrolytique à 2 chambres / CNTS	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
50.		Pyrolytique à 2 chambres /CAT Treichville	20- 30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
51.		Pyrolytique à 2 chambres / CHU Treichville	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
52.		Pyrolytique à 2 chambres / District Sanitaire	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
53.	Yamoussoukr o	Pyrolytique à 2 chambres / HG MOSCATI	15 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
54.		Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
55.	Yopougon Ouest	Pyrolytique à 2 chambres / IPCI Adiopodoumé	100 kg/h	Gaz	Fonctionnel

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	COMBUSTIBLE	ETAT DE FONCTIONNALITE
56.		Pyrolytique à 2 chambres avec laveur de fumée / CHU Yopougon	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
57.		Pyrolytique à 2 chambres / MACA	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel

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.

Tableau 3. Répertoire des incinérateurs de déchets sanitaires, modernes, fonctionnels, installés dans le secteur privé⁴⁰

N°	LOCALITES	STRUCTURES	CAPACITE DE DESTRUCTION	OBSERVATIONS	ETAT DE FONCTIONNALITE	
	INCINERATEURS					
1.	Attiékoi, Pk25 sur la route d'Alépé	PISA IMPEX	200 kg/h	Spécialement destiné aux déchets sanitaires	Fonctionnel	
2.	Cocody Corniche	PISAM	20-30 kg/h	- Spécialement destiné aux déchets de la structure	Fonctionnel	
3.	Vridi zone	RMG	250 kg/h	- Destinés initialement aux déchets de produits phytosanitaires ;	Fonctionnel	
4.	industrielle	NWO .	350 kg/h	- Capable de détruire convenablement les déchets sanitaires.	Fonctionnel	
5.	PK40 sur l'autoroute du Nord	ENVIPUR	100 kg/h	- Destinés initialement aux déchets chimiques solides et liquides ;	Fonctionnel	

_

⁴⁰ Source : DHPSE, MSHP : Etat des lieux du fonctionnement des incinérateurs de déchets sanitaires (2018, mis à jour en juillet 2020)

				- Capable de détruire les déchets sanitaires.	
6.	PK24 sur l'autoroute du Nord	EADI	100 kg/h	- Spécialement destiné aux déchets sanitaires	Fonctionnel
BANALISEURS					
7.	Cocody Corniche	PISAM	50 kg/h	- Spécialement destiné aux déchets de la structure	Non fonctionnel

Concernant les banaliseurs, sur les 10 installés, seulement trois (03) sont fonctionnels au CHU de Treichville, au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Yamoussoukro et au Centre Antituberculeux (CAT) d'Abengourou, soit 30%. 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 7 présente le récapitulatif des banaliseurs installés dans le secteur sanitaire public en Côte d'Ivoire.

Tableau 4. 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	Fonctionnel
10.	Banaliseur 440 L	CHU Bouaké transféré à la FSU Dar Es Salam	Non installé

1.2.3.6.2 Au niveau des CIDT du COVID-19 et des centres de vaccination

Pour la prise en charge médicale des cas de COVID-19, le Gouvernement ivoirien a ouvert dans le District Autonome d'Abidjan et à Grand-Bassam, treize (13) centres de dépistage, sept (07) sites de traitement ou de prise en charge, trois (03) sites d'isolement et un (01) site de mise en quarantaine. Les autorités ont procédé de telle de manière que l'offre de service de dépistage soit le plus proche possible des populations en dotant chaque commune d'un centre de dépistage. Tous ces centres et sites COVID 19 emplois des agents de santé et du personnel d'entretien.

Dans la mise en œuvre de leurs activités de dépistage, de confinement et de traitement, les centres COVID 19 du District Autonome d'Abidjan produisent mensuellement, environ 8 600 Kg de déchets sanitaires potentiellement infectieux du fait de la forte contagiosité du coronavirus.

Le personnel d'entretien qui provient de diverses origines n'a pas de formation adéquate sur la prévention et le contrôle des infections de façon générale et particulièrement sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19. La collecte de ces déchets sur la plupart des sites se fait dans des poubelles à ciel ouvert, souvent de fortune, en utilisant des sachets poubelles de couleur noire au lieu de la couleur jaune portant le pictogramme de déchets infectieux. Cela révèle l'insuffisance ou du manque de matériel approprié pour la collecte sélective des déchets issus des activités COVID-19.

Pour ce qui est de l'élimination des déchets infectieux produits par les CIDT et les centres de vaccination du District Autonome d'Abidjan et de Grand-Bassam, un prestataire a été recruté dans le cadre du 1^{er} FA pour la collecte, le transport et d'élimination des déchets des CIDT et des centres de vaccination vers les incinérateurs de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) à Abobo, de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) situé à Adiopodoumé, du CHU de Cocody et Treichville. Par cette opération, ce sont 42 011,35 kg qui ont été collectés, transportés et détruits pendant la période allant du 22 juin au 25 septembre 2021, soit environ 14 tonnes de déchets COVID-19 par mois. 100% de ces déchets sont à risque (infectieux, pharmaceutiques ou chimiques).

Dans le cadre du 2^{ième} FA, le renforcement des activités de gestion des déchets COVID-19 permettra leur extension dans les autres localités du pays. A l'intérieur du pays, les incinérateurs fonctionnels (voir tableau 2 seront mis à contribution après une remise à niveau.

1.2.3.6.3 Risques et impacts environnementaux, sociaux et sanitaires

a) Impacts environnementaux

La mauvaise gestion des déchets produits par les CDIT de la COVID-19 peut entraîner des risques pour l'environnement par le rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques. L'élimination de ces déchets à haut risque infectieux et toxiques dans les dépôts sauvages ou dans les fosses non

septiques ainsi que l'enfouissement mal réalisé, peuvent contaminer le sol et l'eau de boisson, et représenter un risque certain pour l'homme, la faune et la flore.

Par ailleurs, au vu de l'état des lieux des incinérateurs existants, certains Districts sanitaires disposent d'incinérateurs fonctionnels mais bien souvent mal utilisés. D'autres en revanche, n'en disposent pas ou ont des incinérateurs non fonctionnels. Dans tous les cas, une incinération incomplète ou le brulage à l'air libre de déchets des sites COVID-19 dont la majorité est à base de polyéthylène, polypropylène, polychlorure de vinyle (PVC) et polystyrène, ont pour conséquences la formation de dioxines, de furanes et de polychlorobiphényles (PCB), responsables de perturbation de la procréation, du système immunitaire et hormonal et de cancers⁴¹.

Une absence d'élimination des déchets des sites COVID-19 entrainerait leur présence dans les décharges sauvages, accessibles aux récupérateurs et aux animaux, contribuant ainsi à la propagation de la maladie.

b) Impacts socio-sanitaires

Les déchets sanitaires des sites COVID-19, du fait de leur spécificité, exposent à des risques évidents de santé publique en l'absence d'une bonne gestion et y compris le rejet dans l'environnement, d'agents pathogènes et de polluants toxiques.

En effet, ces déchets qui peuvent être des déchets anatomiques, sont susceptibles de poser d'importants problèmes éthiques dans leur gestion, surtout lorsqu'ils se retrouvent dans la nature, accessibles à tous.

La réutilisation directe de matériel d'injection contaminé entraîne un risque professionnel pour le personnel soignant, pour le personnel chargé de la gestion des déchets et pour les récupérateurs. Lorsque l'accès aux décharges n'est pas restreint, les enfants peuvent entrer en contact avec des déchets contaminés provenant notamment des CDIT de la COVID-19 et jouer avec des aiguilles et des seringues qui ont déjà servi. La mauvaise gestion des déchets sanitaires est responsable dans le monde d'environ 21 millions de cas d'infections par le virus de l'hépatite B, 2 millions de cas d'infection par celui de l'hépatite C et 260 000 cas d'infection par le VIH⁴².

La pollution atmosphérique liée à la mauvaise incinération des déchets contenant du PVC peut avoir des effets dommageables pour la santé, notamment l'atteinte du système immunitaire, des anomalies de développement du système nerveux, du système endocrinien et des fonctions reproductrices, des lésions cutanées et hépatiques, des cancers⁴³.

⁴¹ OMS: Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire N°253 Novembre 2015

⁴² OMS: Aide-mémoire n°254; Genève 2004

⁴³ OMS : Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire N°253 Novembre 2015

CHAPITRE 2. PLAN D'URGENCE DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES DES CIDT DE LA COVID-19 ET DE LA VACCINATION

2.1 PROBLEMES MAJEURS

Le système de gestion mis en place dans le cadre du Plan national de riposte au COVID-19, bien que permettant de prendre en charge de façon écologique une partie des déchets sanitaires solides des CIDT et des campagnes de vaccination, reste toutefois lacunaire et constitue une préoccupation majeure pour le Gouvernement et ses partenaires, dont la Banque mondiale. D'autant plus qu'à côté des déchets issus des activités des sites COVID et des centres de vaccination, il y a les autres déchets sanitaires, non moins à risque, qui continuent d'être produits en grande quantité du fait des différents projets de renforcement du système de santé.

Quelques insuffisances et contraintes subsistent malgré les efforts déjà déployés, empêchant la mise en place d'une chaine opérationnelle moderne et structurée pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires en général et ceux de l'ensemble des CIDT en particulier.

2.1.1. DEFICIENCE DE L'ORGANISATION DE LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES

Les plans d'actions des Districts sanitaires ne font pas référence à la gestion des déchets sanitaires et les différents CIDT ne disposent pas encore de plan de gestion des déchets sanitaires et de procédures internes.

Le personnel soignant et le personnel d'entretien des CIDT ainsi que les agents vaccinateurs ne sont pas dans la grande majorité formés à la gestion des déchets sanitaires. En plus, le tri des déchets ne s'effectue pas de façon systématique, augmentant ainsi la proportion de déchets à risque et exposant les manutentionnaires aux risques d'accidents et de contamination. Les agents dédiés à la manutention des déchets, bien souvent non formés, ne sont pas spécifiquement affectés à cette tâche. La culture de la mise en place de comité d'hygiène ou de la désignation d'un point focal ou d'un référent chargé de faire le suivi de la gestion des déchets sanitaires, avec une description claire des tâches, n'est pas une pratique courante.

Il n'existe pas de polarisation des déchets autour d'un site d'élimination pour optimiser le système de gestion pour la majorité des sites COVID-19 surtout pour ceux de l'intérieur du pays. De plus, aucune disposition réglementaire n'est prise pour que le secteur privé spécialisé, s'intéresse au secteur de la gestion des déchets sanitaires. A ce jour, les opérateurs privés qui interviennent dans les établissements sanitaires ont des activités qui se limitent à l'entretien des locaux.

Dans le cadre du 1^{er} FA, un prestataire privé a été recruté pour la collecte, le transport et d'élimination des déchets des CIDT et des centres de vaccination vers les incinérateurs de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) à Abobo, de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) situé à Adiopodoumé, du CHU de Cocody et Treichville.

2.1.2. INADEQUATION DU MATERIEL ET DES EQUIPEMENTS DE COLLECTE SELECTIVE, DE TRANSPORT ET DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Les matériels de collecte sélective et de transport des déchets solides, des zones de production aux sites de stockage, sont inappropriés et insuffisants.

Pour le transport ex-situ des déchets sanitaires, le matériel roulant utilisé est bien souvent inadapté, faisant courir des risques de déversements. C'est le cas des déchets des campagnes de vaccination qui sont tous collectés dans des véhicules bien souvent inappropriés et transporté jusque dans des chaudières non adaptées ou au mieux, jusqu'à Abidjan pour être éliminés dans l'incinérateur de l'INHP. Et ce malgré l'existence d'incinérateurs à combustion pyrolytique dans certains Districts sanitaires.

Les manutentionnaires ne disposent pas d'EPI, s'exposant régulièrement à des risques de contamination.

Malgré les efforts fournis par certains établissements sanitaires pour séparer les déchets à risques de ceux assimilables aux déchets ménagers, ceux-ci ne sont toujours pas enlevés séparément par les services municipaux ou par les opérateurs qui interviennent dans le secteur. Parfois, les déchets sanitaires à risques se retrouvent dans les décharges publiques, accessibles aux animaux et aux récupérateurs.

2.1.3. Insuffisance de formation et sensibilisation des acteurs

Il n'existe pas de programme de formation spécifique du personnel des CIDT bien que les documents de formation (guide du formateur et manuel de l'apprenant) existent. Quant aux supports de communication pour la sensibilisation et le changement social et comportemental, ils existent et méritent d'être améliorés et renforcés, notamment à l'endroit du personnel des CIDT (prestataires de soins, personnel chargé de la gestion des déchets) et des patients.

Les risques liés à la mauvaise gestion des déchets sanitaires issus des activités COVID sont peu ou pas connus des différents acteurs. Les procédures de gestion ne sont pas connues, notamment (i) le type de réceptacles à utiliser et leur disposition dans les unités de soins, (ii) le tri à la production, (iii) le rythme et la méthode de collecte, (iv) les moyens de transport in situ, (v) les conditions de stockage provisoire, (vi) les moyens de transport ex-situ, (vii) les techniques d'une élimination écologiquement rationnelle, (viii) les moyens et procédures de sécurité. Aussi, un renforcement de la formation et de sensibilisation s'avère indispensable.

2.1.4. INSUFFISANCE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DU SECTEUR

Le secteur des déchets sanitaires souffre d'une insuffisance criarde de financement même celui issus des sites COVID-19. Les appuis budgétaires apportés par l'Etat à travers le Trésor Public aux

établissements sanitaires ne sont pas spécifiques à la gestion des déchets et restent donc insuffisants pour prendre en charge convenablement les déchets produits par les sites COVID-19.

2.2 CADRE STRATEGIQUE DU PGDS-COVID-19

2.2.1. CADRE DE PARTENARIAT

Le secteur de la gestion des déchets sanitaires de façon générale et spécifiquement des déchets issus des activités des CIDT des cas de COVID-19 et des centres de vaccination fait intervenir plusieurs acteurs à des niveaux d'intervention divers, allant du niveau central décisionnel au niveau périphérique opérationnel, en passant par le niveau intermédiaire de relai, sans oublier le niveau communautaire avec la population, surtout pour les déchets produits par les cas suspects ou confirmés, en confinement à domicile.

La réussite de la mise en œuvre du PUGDS-COVID-19 du 2^{ième} FA repose sur l'implication (i) de toutes les entités publiques avec le Cabinet du MSHP ainsi que les Ministères techniques concernés, les Directions Centrales, les Programmes et Projets notamment le PEV, intervenant plus globalement dans les régions sanitaires d'intervention du PA COVID-19, les entités déconcentrées, les établissements sanitaires publics, (ii) des entités privées avec les établissements sanitaires privés, les opérateurs privés du secteur des déchets, (iii) des collectivités territoriales, (iv) des PTF et (v) de la société civile. Cela permettra de garantir la cohérence des actions entreprises ainsi que leur complémentarité pour l'atteinte des objectifs. Aussi, un cadre de partenariat formel doit-il être créé avec la détermination pour chaque catégorie d'acteurs, des rôles et responsabilités potentiels ainsi que les contributions attendues. Et ce, à travers notamment la mise en œuvre du Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP) du 2^{ième} PA-COVID-19 mis à jour dans le cadre du FA.

2.2.2. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PGDS-COVID-19

2.2.2.1 Cadre institutionnel

L'organe de coordination de la mise en œuvre du PUGDS 2FA COVID-19 mis en place pour le PP et le 1^{er} FA au niveau central servira au 2^{ième} FA. Il en assurera au niveau opérationnel et avec l'appui d'un Comité Technique, le contrôle, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions.

Au niveau local, des Comités d'hygiène seront créés dans chaque CIDT de la COVID-19 et rendus opérationnels pour une organisation et une mise en œuvre au quotidien des activités.

Le Gouvernement est responsable, à travers le MSHPCMU, de la mobilisation des ressources nécessaires au financement du PUGDS 2FA COVID-19. Il adopte à travers le MSHPCMU, le présent plan. Le MSHPCMU est responsable de sa mise en œuvre et de la réalisation de ses objectifs.

Pour mieux coordonner les interventions afin d'obtenir une complémentarité d'action et optimiser les résultats sur le terrain, le présent plan servira d'unique cadre et boussole pour toutes les

interventions de gestion des déchets sanitaires des CIDT des cas de COVID-19 ainsi que des déchets des centres de vaccination, quel que soit l'acteur concerné et la source de financement.

2.2.2.2 Planification de la gestion des déchets sanitaires des CIDT et de la vaccination contre la COVID-19

Pour une mise en œuvre coordonnée du PUGDS 2FA COVID-19, la planification mise en œuvre dans le cadre du PP et le 1^{er} FA fait afin d'amener tous les acteurs concernés à ajuster leurs activités sur ledit plan sera poursuivie. Le but visé est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification. Pour ce faire, un guide de planification pour tous les CIDT de la COVID-19 sera élaboré et mis à disposition. Avec ce guide, la planification opérationnelle verra la participation de l'ensemble des acteurs.

2.2.2.3 Mécanisme de Coordination

2.2.2.3.1 Organe de coordination de la mise en œuvre des activités

Il sera composé de la DHPSE et de la DIEM en collaboration avec l'UCP Santé Banque Mondiale. Cet organe qui pourra voir la participation d'autres acteurs, sera chargé d'orienter et de suivre la mise en œuvre des interventions. A ce titre, il doit : (i) valider les objectifs périodiques, (ii) assurer la mise en œuvre ou la coordination des activités de gestion des déchets, (iii) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés, (iv) organiser le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités dans tous les CIDT de la COVID-19 ainsi que de la campagne de vaccination et (v) apprécier le degré d'atteinte des résultats du PUGDS 2FA COVID-19.

2.2.2.3.2 Comité Technique de suivi de mise en œuvre

Un Comité Technique de suivi de la mise en œuvre du plan sera mis en place. Ce Comité Technique verra la participation de l'ensemble des acteurs du secteur et des PTF. Il sera chargé (i) de veiller à la mise en œuvre du PUGDS 2FA COVID-19, (ii) d'aider à la coordination de la mise en œuvre des interventions, (iii) de donner des avis techniques, (iv) d'organiser les revues semestrielles et l'évaluation finale du PUGDS 2FA COVID-19 et (v) de coordonner l'élaboration des rapports d'exécution du PGDS-COVID-19.

2.2.2.3.3 Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi

La mise en œuvre du PUGDS 2FA COVID-19 fera l'objet d'une coordination, d'un suivi et d'une évaluation au niveau départemental, à travers les Comités départementaux du COUSP. Ces Comités seront également chargés (i) de coordonner au niveau local, les actions des Comités d'hygiène des CIDT du COVID-19 et des centres de vaccination, (ii) d'aider à l'identification des besoins en matière

de gestion des déchets sanitaires, (iii) d'organiser la planification de la formation des acteurs au niveau local, (iv) de conduire le plaidoyer et contribuer à la sensibilisation et (v) d'organiser le suivi des activités.

2.2.2.3.4 Comités d'hygiène des CIDT de la COVID-19 et Centres de vaccination

Les Comités d'hygiène des CIDT de la COVID-19 et Centres de vaccination constituent respectivement le relai des actions de gestion des déchets sanitaires au niveau des CIDT de la COVID-19 et des points de production de déchets de vaccination fortement à risque infectieux. Ils seront chargés entre autres, avec l'appui du District sanitaire et du COUSP départemental :

- Pour les CIDT: (i) d'identifier les besoins pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires, (ii) de proposer des actions prioritaires, (iii) de conduire la sensibilisation du personnel de centres COVID-19 et des usagers, (iv) d'organiser la formation du personnel, (v) de veiller à la dotation des CIDT de la COVID-19 en matériels et équipements de tri et de collecte des déchets, (vi) d'organiser le suivi et l'entretien des infrastructures d'élimination des déchets et (vii) d'organiser le suivi des activités ;
- Pour les Centres de vaccination : (i) d'identifier les besoins pour une collecte des déchets de vaccination, (ii) de veiller à la dotation en matériels et équipements de tri et de collecte des déchets, (iii) de sensibiliser les vaccinateurs au tri des déchets et (iv) de veiller à la collecte des déchets après les campagnes de vaccination.

2.2.3. ARTICULATION DU PUGDS-COVID-19 A LA STRATEGIE GOUVERNEMENTALE

2.2.3.1 Ancrage institutionnel

Le PUGDS 2FA COVID-19 s'inspire du PNGDS 2021-2025 du SPARK Santé et répond au souci de garantir l'exécution du projet dans le respect des normes environnementales, tout en s'assurant que les déchets produits par les CIDT de la COVID-19 sont gérés de façon écologiquement rationnelle.

Sur le plan institutionnel, le PUGDS FA COVID-19, contribue activement à la réalisation de l'effet intermédiaire 6.2 de l'effet 6 de l'axe stratégique 6 du PNDS 2016-2020⁴⁴.

L'effet 6 de l'axe stratégique 6 comporte deux (02) effets intermédiaires que sont (i) effet intermédiaire 6.1 : l'hygiène publique est renforcée et appliquée à tous les niveaux et (ii) effet intermédiaire 6.2 : l'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements sanitaires.

-

⁴⁴ Axe 6 : Prévention et promotion de la santé de l'hygiène publique / Effet 6 : la prévention et la promotion de la santé sont renforcées / Effet intermédiaire 6.2 : l'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements sanitaires.

Le PUGDS-COVID-19 est donc arrimé aux orientations stratégiques du PNDS 2016-2020 dans lequel il s'intègre parfaitement.

2.2.3.2 Responsabilités et domaines de compétence

La réussite de la mise en œuvre du PUGDS 2FA COVID-19 et l'atteinte des objectifs commandent une identification précise des acteurs principaux et une définition claire des rôles et responsabilités de chacun.

2.2.4. STRATEGIE DE COLLECTE ET D'ELIMINATION DES DECHETS DE VACCINATION

Les déchets de vaccination seront collectés dans les boîtes de sécurité par les agents vaccinateurs lors de la campagne.

Les boîtes de sécurité seront convoyées par l'agent vaccinateur au centre de santé de sa zone de couverture.

L'ensemble des boîtes de sécurité seront collectées et transportées au District sanitaire où elles seront stockées provisoirement avant d'être transportées vers le site d'incinération.

Comme il s'est fait dans le cadre du 1^{er} FA, des prestataires privés seront recrutés pour opérationnaliser la polarisation des déchets COVID-19 vers les sites d'incinération fonctionnel (voir tableau 2).

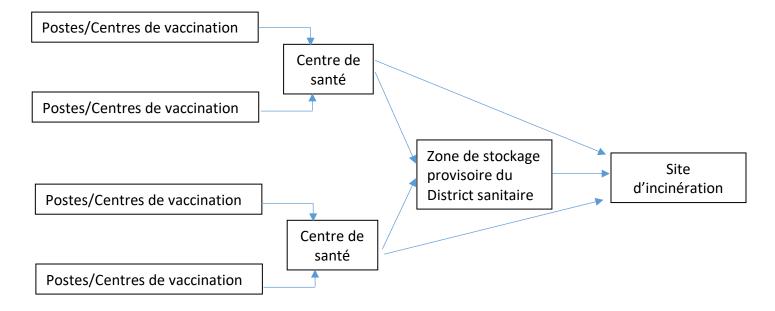


Figure 2. Circuit de collecte et transport des déchets de vaccination

2.3 MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES

Face aux impacts négatifs et risques environnementaux et sociaux liés à la mauvaise gestion des déchets sanitaires produits par les CIDT des cas de COVID-19 et les centres de vaccination, des mesures doivent être prises. Il s'agit, notamment de :

- La sensibilisation du personnel soignant, des agents vaccinateurs et des manutentionnaires au tri à la production et au respect des mesures et procédures d'hygiène et de gestion des déchets ;
- La formation du personnel des CIDT de la COVID-19 et des agents vaccinateurs à la gestion des déchets sanitaires ;
- La dotation des manutentionnaires en EPI complet comprenant (i) une combinaison (pantalon et chemise à manches longues, en matériau résistant à l'humidité et facile à laver, réutilisables), (ii) une paire de lunette de protection, (iii) un masque (demimasque) de protection avec une recharge de filtres interchangeables, (iv) une paire de gants anti-chaleur et (v) une paire de bottes de sécurité;
- La mise à disposition des CIDT de la COVID-19, centres et équipes de vaccination des poubelles, sacs poubelles et boîtes de sécurité, pour un tri efficace des déchets ;
- L'amélioration du rythme de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés;
- Le renforcement de la filière collecte, transport et élimination des déchets sanitaires par la maintenance et le fonctionnement optimal des incinérateurs à combustion pyrolytique ou des banaliseurs existants;
- L'opérationnalisation du système de polarisation avec des moyens de transport appropriés.

2.4 OBJECTIFS DU PUGDS 2FA COVID-19

2.4.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général visé par le PUGDS 2FA COVID-19 est d'améliorer la gestion des déchets sanitaires produits par les CIDT de la COVID-19 et les activités de vaccination jusqu'à la fin de la pandémie.

2.4.2. IMPACT DU PUGDS 2FA COVID-19

Le PUGDS 2FA COVID-19 s'inscrit dans le cadre du déploiement du PNGDS 2021-2025 et du Plan National de riposte contre la COVID-19. L'impact global de la mise en œuvre du PUGDS 2FA COVID-19 est d'assurer la sécurité et la santé des malades, du personnel des CIDT de la COVID-19, des centres et équipes de vaccination et de la communauté ainsi que la protection de l'environnement.

2.4.3. OBJECTIFS STRATEGIQUES

2.4.3.1 Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination

2.4.3.1.1 Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs

La stratégie de la formation en cascades déjà mise en place par la DHPSE et utilisée dans le cadre du 1^{er} FA sera poursuivie.

Dans le cadre des activités de la Task-Force PCI COVID-19, les documents de formation sur la gestion des déchets sanitaires ont été révisés et les formateurs du niveau national ont été formés à la gestion des déchets sanitaires. Le 1^{er} FA a permis de former 60 opérateurs d'incinérateurs et 30 personnels d'encadrement de l'utilisation optimale des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, des CHR d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et du CHU de Bouaké.

Dans le cadre du 2^{ième} FA, il s'agira de poursuivre le renforcement des capacités des acteurs des sites COVID-19, notamment le personnel soignant et les agents d'entretien en charge en autres de la manutention des déchets sanitaires avec les formateurs nationaux formés dans le cadre de la Task-Force PCI COVID-19.

2.4.3.1.2 Objectif spécifique 1.2. : Renforcer l'organisation de la gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination

Le 1^{er} FA a permis notamment de :

- (i) doter les CIDT des cas de COVID-19 en matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires notamment pour le tri à la production, la collecte et le transport in situ (165 poubelles à roulettes de 260 litres, 1 000 poubelles à pédale de 27 litres, 15 100 sacs poubelles noir de 300 litres, 23 680 sacs poubelles jaune de 300 litres, 192 720 sacs poubelles noir de 50 litres, 321 200 sacs poubelles jaune de 50 litres, 34 chariots et 12 000 boîtes de sécurité);
- (ii) doter les 30 opérateurs d'incinérateurs du CAT d'Odienné, du CHR de Man, du CHR de Bondoukou, du CAT de Daloa, du CAT de Gagnoa, du CHR d'Aboisso, du CAT d'Abengourou, du CHR de San-Pedro, du CAT de Korhogo, du CSU Ahougnanssou, du CSU de Nimbo, CHU de Cocody, de l'antenne INHP d'Abobo, de l'IPCI d'Adiopodoumé et du CHU de Treichville de 02 jeux d'EPI complets;
- (iii) fournir 06 balances électroniques pour la pesée des déchets sur les sites d'incinération des CAT d'Odienné et d'Abengourou et des CHR de Bondoukou, d'Aboisso, de San-Pedro et de Man;

(iv) recruter un prestataire qui a permis de réaliser la collecte, le transport, l'élimination des déchets des sites COVID-19 et des centres de vaccination d'Abidjan et de Grand-Bassam ainsi que le fonctionnement et la maintenance des incinérateurs de l'INHP d'Abobo Baoulé, de l'IPCI d'Adiopodoumé, des CHU de Cocody, Angré et Treichvilleet la pesée des déchets (poubelles à pédale, boîtes de sécurité, poubelles à couvercle et à roulettes, sacs poubelles, chariots à roulettes et balances).

Le 2^{ième} FA permettra de :

- (i) étendre la collecte, le transport et l'élimination des déchets sanitaires à risque des sites COVID-19 et des centres de vaccination aux Districts sanitaires de Yamoussoukro, Aboisso, Dabou, Agboville, Soubré, San-Pedro, Korhogo 1, Korhogo 2, Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud et Abengourou;
- (ii) poursuivre la collecte, le transport, l'élimination des déchets des sites COVID-19 et des centres de vaccination d'Abidjan et de Grand-Bassam ainsi que le fonctionnement et la maintenance des incinérateurs ;
- (iii) acquérir 150 000 boîtes de sécurité, 796 500 sacs poubelles jaunes de 50 litres, 265 500 sacs poubelles noires de 50 litres, 60 750 sacs poubelles jaunes de 300 litres, 20 250 sacs poubelles noires de 300 litres, 397 000 sacs poubelle et 54 kits de petit outillage (brouette, pelle, râteau, raclette, bac à sable, bac à cendres, etc.);
- (iv) créer et rendre fonctionnels les comités d'hygiène dans les sites COVID-19.

2.4.3.2 Objectif stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination

Le seul objectif spécifique est : Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires. Le 1^{er} FA a permis de réviser et concevoir les supports de communication sur la gestion des déchets sanitaires.

Le 2ième FA permettra de :

- Assurer la diffusion des supports de communication dans les CIDT, les centres de vaccination ainsi que dans tous les établissements sanitaires abritant les CIDT des cas de COVID-19;
- A l'organisation de séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des responsables et du personnel des sites COVID-19 et des centres de vaccination.

2.4.3.3 Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance

2.4.3.3.1 Objectif spécifique 3.1. : Organiser la coordination et le suiviévaluation

La coordination des activités sur le terrain sera assurée par DHPSE et la DIEM qui se chargeront d'organiser les revues du PDGS 2FA COVID-19, les réunions de coordination, les missions de suivi et de supervision.

2.4.3.3.2 Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités des partenaires d'exécution

Pour mieux assurer la coordination, les capacités de la DHPSE et la DIEM verront leurs capacités renforcées.

Le 1^{er} FA a permis le renforcement des capacités de la DHPSE en matériel informatique, fournitures bureautiques et en carburant et l'organisation de réunions de coordination et de missions de suivi.

Le 2^{ième} FA permettra de poursuivre : (i) le renforcement des capacités en fournitures bureautiques et informatiques ainsi qu'en carburant, (ii) l'organisation des réunions de coordination et (iii) les missions de suivi. Par ailleurs, le 2^{ième} FA permettra d'organiser des missions de supervision du personnel des CIDT et des centres de vaccination.

2.5 MATRICE D'ACTIONS

2.5.1. RECAPITULATIF DU BUDGET

Le budget total du PGDS-COVID-19 est estimé à un milliard sept cent trente-trois millions cent soixante-dix-huit mille (1 733 178 000) francs CFA. Il est réparti par objectif stratégique comme suit :

RECAPITULATIF	BUDGET	%
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion en urgence des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination	1 545 268 000	89,16%
Objectif Stratégique 2 : : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination	50 360 000	2,91%
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS-COVID-19	137 550 000	7,94%
TOTAL	1 733 178 000	100%

2.5.2. DETAILS DU BUDGET

							Cl	IRON	OGRA	MME						Sources de		BUDGET
OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	М1	M2	М3	M4	M5	М6	M7	M8	М9	M10	M11	M12	Indicateurs	vérification	Responsables	(Million FCFA)
Objectif stratégique 1 : Rent	forcer les cap	pacités de la filière de gestion en urgence des	déch	ets sa	nitai	res de	s site	es COV	/ID-19	et d	es cei	ntres d	e vacci	nation				
Objectif spécifique 1.1. :	1.1.1	Former/recycler 340 personnels soignants des CIDT au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires.													Nombre de personnel soignant des sites COVID-19 formés ; Nombre de sites COVID-19 concernés.	Rapport d'atelier de formation ; Liste de présence.	DHPSE/Comités d'hygiène des sites COVID-19	24,430
Organiser la formation des acteurs.	1.1.2	Former 86 personnels d'entretien des sites COVID-19 sur la prévention et contrôle de l'infection et la gestion des déchets sanitaires.													Nombre de personnels d'entretien des sites COVID 19 formés ; Nombre de sites COVID-19 concernés.	Rapport d'atelier de formation ; Liste de présence.	DHPSE/Comités d'hygiène des sites COVID-19.	18,010
S/total Budget OS 1.1																		42,440
Objectif spécifique 1.2. : Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires des	1.2.1	Recruter un prestataire pour la contractualisation annuelle des opérations de collecte, de transport et d'élimination des déchets sanitaires à risque des sites COVID-19 et des centres de vaccination des Régions sanitaires d'Abidjan 1 et 2 et des Districts sanitaires de Yamoussoukro, Aboisso, Grand-Bassam, Dabou, Agboville, Soubré, San-Pedro, Korhogo 1, Korhogo 2, Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud et Abengourou													Nombre de sites COVID-19 et de centres de vaccination couverts ; Quantité de déchets COVID-19 collectés et incinérés ; Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Rapports d'activités Bordereaux de suivi	DHPSE/DIEM	874,200
sites COVID-19.	1.2.2	Acquérir 150 000 boîtes de sécurité, 796 500 sacs poubelles jaunes de 50 litres, 265 500 sacs poubelles noires de 50 litres, 60 750 sacs poubelles jaunes de 300 litres, 20 250 sacs poubelles noires de 300 litres, 397 000 sacs poubelle et 54 kits de petit													Nombre de boîtes de sécurité acquis ; Nombre de sacs poubelles acquis Nombre de brouettes acquises.	Bordereaux de livraison	UCPS- BM/DHPSE	628,628

							CI	IRON	OGR/	MM	=					Sources de		BUDGET
OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	M1	M2	МЗ	M4	М5	М6	М7	M8	М9	M10	M11	M12	Indicateurs	vérification	Responsables	(Million FCFA)
Objectif stratégique 1 : Renf	forcer les cap	pacités de la filière de gestion en urgence de	s déch	nets s	anitai	res d	es site	es CO	VID-1	9 et d	es ce	ntres d	e vacci	nation				
		outillage (brouette, pelle, râteau, raclette, bac à sable, bac à cendres, etc.)																
	1.2.3	Créer et rendre fonctionnels 34 Comités d'hygiène dans les sites COVID-19.													Nombre de sites COVID-19 disposant de Comité d'hygiène ; Nombre de Comités d'hygiène fonctionnels.	Rapports d'activités	DHPSE/Districts sanitaires	PM
S/total Budget OS 1.2																		1 502,828

SOUS TOTAL	BUDGET OBJECTIF STRATEGIQUE 1	1 545 268 000
------------	-------------------------------	---------------

	N°						CHRO	ONO	RAMI	ИE						Sources de		BUDGET
OBJECTIFS SPECIFIQUES	Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	M1	M2	М3	M4	M5	М6	M7	M8	М9	M10	M11	M12	Indicateurs	vérification	Responsables	(Million FCFA)
Objectif Stratégique 2 : A	ssurer la c	communication pour le changeme	nt de d	compo	rteme	nt des	acteur	s en	matièr	e de :	gesti	on dur	able d	es déch	nets sanitaires des sites	COVID-19 et des ce	entres de vaccination	
Objectif spécifique 2.1.	2.1.1	Diffuser les supports de communication sur la gestion des déchets COVID 19 en milieu communautaire et dans les sites COVID-19, les centres de vaccination.													Nombre de spot radio-télé créé ; Nombre de diffusions radio-télé.	Bordereaux de livraison ; Rapport de diffusion	DHPSE/UCPS-BM	20,500
: Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires	2.1.2	Organiser 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires.													Nombre de séances d'information et de sensibilisation ; Nombre de CIDT concerné.	Rapport d'activités ; Liste de présence.	DHPSE/UCPS-BM	29,860

2ième FA COVID-19

	N°						CHR	ONO	GRAN	1ME						Sources de		BUDGET
OBJECTIFS SPECIFIQUES	Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	М1	M2	М3	M4	M5	М6	M7	M8	М9	M10	M11	M12	Indicateurs	vérification	Responsables	(Million FCFA)
Objectif Stratégique 2 : As	ssurer la c	ommunication pour le changeme	nt de	compo	rteme	nt des	acteu	rs en	matiè	ere de	gest	on du	rable (des décl	nets sanitaires des sites	COVID-19 et des ce	ntres de vaccination	,
S/total Budget OS 2.1.																		50,360

SOUS TOTAL BUDGET OBJECTIF STRATEGIQUE 2 50 360 000

OBJECTIFS	N°						CHR	ONOG	RAN	1ME							Sources de		BUDGET
SPECIFIQUES	Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	M1	M2	М3	M4	M5	M6	М7	M8	М9	M10	M1:	1 M1	12	Indicateurs	vérification	Responsables	(Million FCFA)
Objectif stratégique 3	: Assurer	la gouvernance du PGDS-COV	ID-19																
	3.1.1	Organiser 01 revue à mi- parcours et 01 revue finale du PGDS 2FA COVID-19														Nombre de revues organisées.	Rapport d'ateliers ; Liste de présence.	DHPSE/DIEM	17,000
Objectif spécifique 3.1. : Organiser la	3.1.2	Organiser 06 réunions bimensuelles de coordination													ré	Nombre de éunions organisées.	Rapport d'activités ; Liste de présence.	DHPSE/UCPS-BM	6,000
coordination et le suivi-évaluation	3.1.3	Organiser des missions de suivi de l'organisation de la collecte, du transport ainsi que du fonctionnement des incinérateurs et de la destruction des déchets des CIDT et de la campagne de vaccination contre la COVID-19.													m	Nombre de nissions de suivi organisées.	Rapport d'activités ; Nombre de sites visités.	DHPSE/DIEM/DC- PEV	40,500

OBJECTIFS	N°						CHR	ONOG	RAN	1ME						Sources de		BUDGET
SPECIFIQUES	Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	M1	M2	М3	M4	M5	М6	М7	M8	М9	M10	M11	M12	Indicateurs	vérification	Responsables	(Million FCFA)
Objectif stratégique 3	: Assurer	la gouvernance du PGDS-COV	ID-19															
	3.1.4	Organiser 04 missions de supervision du personnel des CIDT en matière de gestion des déchets sanitaires.													Nombre de missions de supervisions organisées.	Rapport d'activités ; Liste d'émargement des personnes supervisées.	DHPSE/DIEM	8,550
	3.1.5	Conduire une étude de caractérisation des déchets produits par les centres COVID-19 et les centres de vaccination													Nombre de sites visités	Rapport d'enquête	DHPSE/UCPS-BM	45,000
S/total Budget OS 2.1.												•						117,051

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	M1	M2	М3	M4		GRAN M7	М9	M10	M11	M12	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
Objectif stratégique 3 : A	Assurer la	gouvernance														
Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités des partenaires d'exécution	3.2.2	Doter la DHPSE et la DIEM en fournitures de bureau et informatique.											Nombre de fournitures de bureau et de matériel informatique acquis.	Bordereaux de livraison.	UCPS-BM/DHPSE	10,500

OBJECTIFS	N°						CHF	RONO	GRA	MME						Sources de		BUDGET
SPECIFIQUES	Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	М1	M2	М3	M4	M5	М6	М7	7 M8	М9	M10	M11	M12	Indicateurs	vérification	Responsables	(Million FCFA)
Objectif stratégique 3 : /	Assurer la	gouvernance																
	3.2.4	Apporter un appui en carburant à la DHPSE et la DIEM.													Quantité de carburant.	Bordereau de livraison ; Facture ; Tableau de bord.	DHPSE/DMHP	10,000
S/total Budget OS 3.2.																		20,500

SOUS TOTAL BUDGET OBJECTIF STRATEGIQUE 3	137 550 000

TOTAL BUDGET PGDS-COVID-19	1 733 178 000
----------------------------	---------------

2.6 PLAN DE SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PGDS-COVID-19

2.6.1. DEMARCHE

Le présent Plan de Suivi-évaluation constitue un instrument permettant de mesurer les progrès réalisés dans l'amélioration de la gestion des déchets sanitaires des sites COVID et des centres de vaccination contre la COVID-19 et d'évaluer la performance des réponses proposées en tenant compte des rapports d'activités et la matrice des indicateurs. Des outils de suivi des activités telles que le tableau de bord seront utilisés pour assurer un meilleur suivi des activités planifiées. Le suivi des activités se fera également à travers des réunions de coordination.

En effet, le Plan de Suivi-évaluation a pour but de rendre compte, de façon continue, de la mise en œuvre du PGDS-COVID-19, en termes (i) d'exécution des activités, (ii) d'atteinte des résultats et (iii) de mesures de l'impact global au niveau des populations cibles, notamment le personnel des CIDT de la COVID-19 et le grand public.

Il (i) décrit les différents objectifs stratégiques faisant l'objet de suivi, (ii) présente les indicateurs clés et (iii) met également en relief les rôles et les responsabilités des intervenants et partenaires dans la mise en œuvre du suivi-évaluation.

Le plan comprend tous les éléments utiles pour assurer l'efficacité d'un système de Suiviévaluation, à savoir (i) des objectifs clairement définis, (ii) des indicateurs précis et (iii) des méthodes de collecte et d'analyse des données.

Le plan de suivi-évaluation du PUGDS 2FA COVID-19 s'articulera essentiellement autour du suivi des activités, de la gestion de l'information et de l'évaluation et de la recherche.

Le suivi-évaluation des activités du PUGDS-COVID-19 se fera à travers une approche participative impliquant l'ensemble des acteurs concernés, notamment les Directions centrales du MSHP, l'INHP, la DC-PEV, l'ensemble des CIDT de la COVID-19, les Direction Régionales du MSHP, les Directions Départementales du MSHP, les collectivités territoriales, la société civile et les PTF.

La DHPSE, la DIEM et l'UCP Santé Banque Mondiale ou l'organe de coordination nationale assurera la coordination du suivi. La centralisation des informations et des données de suiviévaluation sera faite par la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS).

2.6.2. But et activites cles du PGDS-COVID-19 a suivre

2.6.2.1 But

Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ainsi que des opérations de vaccination et de la sécurité du personnel des sites COVID, des agents vaccinateurs et de la population par la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires produits dans les CIDT de la COVID-19 et par la campagne de vaccination contre la COVID-19 sur toute l'étendue du territoire nationale jusqu'à la fin de la pandémie.

2.6.2.2 Activités clés du PGDS 2FA COVID-19 à suivre

- (1) Former/recycler 340 personnels soignants des CIDT de la COVID-19 au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires ;
- (2) Former 86 personnels d'entretien des CIDT de la COVID-19 sur la prévention et contrôle de l'infection (PCI) et la gestion des déchets sanitaires ;
- (3) Recruter un prestataire pour la contractualisation annuelle des opérations de collecte, de transport et d'élimination des déchets sanitaires à risque des sites COVID-19 et des centres de vaccination des Régions sanitaires d'Abidjan 1 et 2 et des Districts sanitaires de Yamoussoukro, Aboisso, Grand-Bassam, Dabou, Agboville, Soubré, San-Pedro, Korhogo 1, Korhogo 2, Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud et Abengourou;
- (4) Acquérir 150 000 boîtes de sécurité, 796 500 sacs poubelles jaunes de 50 litres, 265 500 sacs poubelles noires de 50 litres, 60 750 sacs poubelles jaunes de 300 litres, 20 250 sacs poubelles noires de 300 litres, 397 000 sacs poubelle et 54 kits de petit outillage (brouette, pelle, râteau, raclette, bac à sable, bac à cendres, etc.);
- (5) Créer et rendre fonctionnels 34 Comités d'hygiène dans les sites COVID-19;
- (6) Diffuser les supports de communication sur la gestion des déchets COVID 19 en milieu communautaire et dans les sites COVID-19, les centres de vaccination ;
- (7) Organiser 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT, pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires ;
- (8) Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PGDS 2FA COVID-19;
- (9) Organiser 06 réunions bimensuelles de coordination ;
- (10) Organiser des missions de suivi de l'organisation de la collecte, du transport ainsi que du fonctionnement des incinérateurs et de la destruction des déchets des CIDT et de la campagne de vaccination contre la COVID-19;
- (11) Organiser 04 missions de supervision du personnel des CIDT de la COVID-19 en matière de gestion des déchets sanitaires ;
- (12) Conduire une étude de caractérisation des déchets produits par les centres COVID-19 et les centres de vaccination.

2.6.2.3 Objectifs du Plan de suivi-évaluation

2.6.2.3.1 Objectif général

L'objectif général visé par le Plan de suivi-évaluation est d'améliorer la mise en œuvre du PUGDS 2FA COVID-19.

2.6.2.3.2 Objectifs spécifiques

- 1. Dresser le cadre de suivi et évaluation ;
- 2. Identifier les indicateurs de mise en œuvre du plan d'action ;
- 3. Décrire le plan de suivi et les activités de suivi et d'évaluation ;
- 4. Décrire le plan de collecte des données et le circuit de l'information ;
- 5. Décrire le mécanisme d'actualisation du plan de suivi-évaluation ;
- 6. Ajuster les stratégies et la conduite des activités du PGDS 2FA COVID-19;
- 7. Rendre compte des progrès réalisés aux parties prenantes du PGDS 2FA COVID-19;
- 8. Partager les bonnes pratiques et les leçons apprises de la mise en œuvre du PGDS 2FA COVID-19 avec les acteurs.

2.6.2.4 Cadre de suivi-évaluation

Le cadre du suivi-évaluation est une représentation séquentielle des étapes devant conduire à l'appréciation des résultats obtenus dans la mise en œuvre des activités pour la période définie pour le PUGDS 2FA COVID-19, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la pandémie de la COVID-19. Il repose sur des indicateurs qui vont permettre de mesurer le degré de mise en œuvre. Ces indicateurs sont définis en prenant en compte toutes les composantes du PUGDS 2FA COVID-19.

Il sera présenté sous forme de cadre logique afin de faciliter la compréhension des interventions et les objectifs mesurables à court et moyen terme.

2.6.2.4.1 Cadre logique

INTRANTS	PROCESSUS		EXTRANTS	RESULTATS	
Ressources humaines	1.	 Former/recycler 340 personnels soignants des CIDT au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires 	 340 personnels soignants des CIDT sont formés/recyclés au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires. 	La gestion des déchets sanitaires produits par les CIDT	
Personnel de l'UCPS-BM Personnel MSHP	2.	- Former 86 personnels d'entretien des sites COVID 19 sur la prévention et contrôle de l'infection et la gestion des déchets sanitaires.	 86 personnels d'entretien des sites COVID 19 sont formés sur la prévention et contrôle de l'infection et la gestion des déchets sanitaires. 	du COVID-19 et les centres de vaccination est améliorée et	
DR et DD Santé Hygiène Publique 34 Comités d'Hygiène des CIDT du COVID-19 2 403 centres de vaccination Equipes Cadres de District Collectivités Territoriales Leaders communautaires	3.	 Recruter un prestataire pour la contractualisation annuelle des opérations de collecte, de transport et d'élimination des déchets sanitaires à risque des sites COVID-19 et des centres de vaccination des Régions sanitaires d'Abidjan 1 et 2 et des Districts sanitaires de Yamoussoukro, Aboisso, Grand- Bassam, Dabou, Agboville, Soubré, San-Pedro, Korhogo 1, Korhogo 2, Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud et Abengourou. 	 Un prestataire privé est recruté pour la collecte, le transport et l'élimination des déchets des sites COVID-19 et des centres de vaccination des Régions sanitaires d'Abidjan 1 et 2 et des Districts sanitaires de Yamoussoukro, Aboisso, Grand-Bassam, Dabou, Agboville, Soubré, San-Pedro, Korhogo 1, Korhogo 2, Bouaké Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Bouaké Sud et Abengourou. 	écologiquement rationnelle sur toute l'étendue du territoire	
Membres des ONG/Club santé/RC Consultants PTF	4.	 Doter les 34 sites COVID de 165 poubelles à roulettes de 260 litres dont 99 jaunes et 66 noirs, 1 000 poubelles à pédale de 27 litres dont 600 jaunes et 400 noirs, 15 100 sacs poubelles noir de 300 litres, 23 680 sacs poubelles jaune de 300 litres, 192 720 sacs poubelles noir de 50 litres, 321 200 sacs poubelles jaune de 50 litres, 34 chariots et 12 000 boîtes de sécurité nécessaires au tri, au 	- Les 34 sites COVID sont dotés de 165 poubelles à roulettes de 260 litres dont 99 jaunes et 66 noirs, 1 000 poubelles à pédale de 27 litres dont 600 jaunes et 400 noirs, 15 100 sacs poubelles noir de 300 litres, 23 680 sacs poubelles jaune de 300 litres, 192 720 sacs poubelles noir de 50 litres, 321 200 sacs poubelles jaune de 50 litres, 34 chariots et 12 000 boîtes de sécurité nécessaires au tri, au		

INTRANTS	PROCESSUS		EXTRANTS	RESULTATS
		conditionnement, à la collecte sélective et au transport in situ des déchets sanitaires.	conditionnement, à la collecte sélective et au transport in situ des déchets sanitaires.	
	5.	- Acquérir 150 000 boîtes de sécurité, 796 500 sacs poubelles jaunes de 50 litres, 265 500 sacs poubelles noires de 50 litres, 60 750 sacs poubelles jaunes de 300 litres, 20 250 sacs poubelles noires de 300 litres, 397 000 sacs poubelle et 54 kits de petit outillage (brouette, pelle, râteau, raclette, bac à sable, bac à cendres, etc.)	 150 000 boîtes de sécurité, 1 062 000 sacs poubelles de 50 litres, 81 000 sacs poubelles de 300 litres, et 54 kits de petit outillage sont acquis. 	
	6.	 Diffuser les supports de communication sur la gestion des déchets COVID 19 en milieu communautaire et dans les sites COVID-19, les centres de vaccination. 	 Supports de communication diffusées dans les CIDT, les centres e vaccination et en milieu communautaire. 	
	7.	 Organiser 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires. 	 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires sont organisées. 	
	8.	 Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PUGDS-COVID-19. 	 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PUGDS- COVID-19 sont organisées. 	
	9.	 Organiser 06 réunions bimensuelles de coordination. 	- 06 réunions bimensuelles de coordination sont organisées.	
	10.	 Organiser des missions de suivi de l'organisation de la collecte, du transport ainsi que du fonctionnement des incinérateurs et de la destruction des déchets des CIDT et de la campagne de vaccination contre la COVID-19. 	 Des missions de suivi de l'organisation de collecte, du transport ainsi que du fonctionnement des incinérateurs et de la destruction des déchets des CIDT et de la campagne de vaccination contre la COVID-19 sont organisées. 	

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
	- Organiser 04 missions de supervisions du personnel des CIDT.	 04 missions de supervisions du personnel des CIDT sont organisées. 	
	 Conduire une étude de caractérisation des déchets produits par les centres COVID-19 et les centres de vaccination. 	 Une étude de caractérisation des déchets produits par les centres COVID-19 et les centres de vaccination est réalisée. 	

2.6.2.4.2 Indicateurs

a) Définition

Les indicateurs sont des moyens de mesure des progrès accomplis, permettant de faire des comparaisons dans le temps. Le suivi des changements des indicateurs permet de juger de la performance du PGDS-COVID-19.

b) Sélection des indicateurs

La sélection des indicateurs se fonde sur le cadre conceptuel de la planification en suivi et évaluation qui montre les différents niveaux de suivi-évaluation (intrants, processus, extrants, résultats et impact) et également sur les principes adoptés dans la mise en œuvre du PGDS 2FA COVID-19, c'est-à-dire, la capitalisation des expériences acquises de la mise en œuvre des différents plans nationaux de gestion des déchets, passés et en cours.

c) Niveau des indicateurs

Ils sont classiquement présentés en indicateurs d'intrant, de processus, d'extrant, d'effet et d'impact. Cependant, seuls les indicateurs de processus et d'extrants ont été privilégiés. Les indicateurs d'effet et d'impact le sont dans une moindre mesure.

Les indicateurs de processus sont liés aux activités du 2^{ième} FA COVID-19 et mesurent leur niveau d'exécution. Quant aux indicateurs d'extrant, ils sont liés aux activités du projet et mesurent les résultats immédiats de leur mise en œuvre.

Aussi, la liste des indicateurs sortis du cadre logique est la suivante :

- 1. Nombre de revues à mi-parcours et de revue finale du PGDS 2FA COVID organisées ;
- 2. Nombre de réunions de coordination bimensuelles organisées ;
- 3. Nombre de missions de suivi de l'organisation de la collecte, du transport ainsi que du fonctionnement des incinérateurs et de la destruction des déchets des CIDT et de la campagne de vaccination contre la COVID-19 organisées ;
- 4. Nombre de missions de supervision du personnel des CIDT et des centres de vaccination organisées ;
- 5. Nombre de personnels soignants des CIDT formés;
- Nombre de personnels d'entretien des sites COVID 19 recyclés/formés ;
- 7. Nombre d'incinérateurs fonctionnels ;
- 8. Nombre de sites COVID-19 et de centres de vaccination couverts par l'opération de collecte, de transport et d'élimination des déchets sanitaires ;

- 9. Nombre de boîtes de sécurité, de sacs poubelles de 50 litres et 300 litres, de chariots, de boîtes de sécurité, de kits de petits outillages acquis ;
- 10. Nombre d'incinérateurs bénéficiant de programme de maintenance préventive et curative ;
- 11. Qualité de la fumée émise par la cheminée des incinérateurs en fonctionnement ;
- 12. Qualité de l'eau issue du système de traitement des fumées et de l'entretien de l'incinérateur ;
- 13. Nombre de comités d'hygiène créés dans les sites COVID-19;
- 14. Nombre de sites COVID-19 disposant d'un comité d'hygiène fonctionnel;
- 15. Quantité de déchets sanitaires produits par les sites COVID-19 et par les centres de vaccination ;
- 16. Quantité de déchets sanitaires des sites COVID-19 et des centres de vaccination collectés et éliminés de façon écologiquement rationnelle ;
- 17. Nombre de séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires organisées.

d) Matrice des indicateurs

N° Ordre	Indicateurs	Туре	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
1.	Nombre de revues à mi-parcours et de revue finale du PGDS 2FA COVID-19 organisées.	Processus	Rapports d'ateliers Listes de présence.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DPPS
2.	Nombre de réunions bimensuelle de coordination organisées.	Processus	Comptes rendus de réunion, Liste de présence.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE / UCPS-BM
3.	Nombre de missions de suivi de l'organisation de la collecte, du transport ainsi que du fonctionnement des incinérateurs et de la destruction des déchets des CIDT et de la campagne de vaccination contre la COVID-19 organisées.	Processus	Rapports de suivi, Liste des acteurs, Liste des sites visités.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE/ UCPS-BM
4.	Nombre de missions de supervision du personnel des CIDT et des centres de vaccination organisées.	Processus	Rapports de supervision, Liste des acteurs supervisés.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIIS
5.	Nombre de personnels soignants des CIDT formés.	Extrant	Rapports d'atelier de formation, Liste des agents formés.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DMHP/UC PS-BM
6.	Nombre de personnels d'entretien des sites COVID 19 recyclés/formés.	Extrant	Rapports d'atelier de formation, Liste des agents formés.	Comptage	Annuelle	DHPSE / DMHP/ UCPS-BM

N° Ordre	Indicateurs	Туре	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
7.	Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Extrant	Rapports d'activités.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEM/UCP S-BM
8.	Nombre de sites COVID-19 et de centres de vaccination couverts par l'opération de collecte, de transport et d'élimination des déchets sanitaires	Extrant	Rapports d'activités ; Bordereaux de suivi.	Comptage	Mensuelle	DHPSE
9.	Nombre de de sacs poubelles noir de 300 l, de sacs poubelles jaune de 300 l, de sacs poubelles noir de 50 l, de sacs poubelles jaune de 50 l, de boîtes de sécurité et de kt de petits outillages acquis.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DHPSE/UCPS-BM
10.	Nombre de comités d'hygiène créés dans les sites COVID-19. Nombre de sites COVID-19 disposant d'un comité d'hygiène fonctionnel.	Extrant	Rapports d'activités, Liste des Comités d'hygiène d'établissement sanitaire.	Comptage et entretien	Annuelle	DHPSE/District sanitaires
11.	Nombre d'incinérateurs bénéficiant de programme de maintenance préventive et curative.	Extrant	Rapports d'activités, Contrats de maintenance.	Comptage et entretien	Trimestrielle	DHPSE/DIEM
12.	Quantité de déchets sanitaires produits par les sites COVID-19 et les centres de vaccination.	Extrant	Rapports d'activités.	Pesée	Annuelle	DHPSE/Comité d'hygiène des sites COVID-19/ DC-PEV

N° Ordre	Indicateurs	Туре	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
13.	Quantité de déchets sanitaires des sites COVID-19 et de la campagne de vaccination collectés et éliminés.	Extrant	Rapports d'activités.	Pesée	Annuelle	DHPSE/Comité d'hygiène des sites COVID-19/ DC-PEV
14.	Proportion de déchets à risque infectieux produits les CIDT du COVID-19 et les centres de vaccination	Extrant	Rapport d'enquête	Quantité de déchets infectieux / Quantité totale de déchets	Annuelle	Comité d'hygiène des sites COVID- 19/ Centres de vaccination
15.	Qualité de la fumée émise par la cheminée des incinérateurs.	Extrant	Rapports d'activités	Mesure	Semestrielle	DHPSE/DIEM
16.	Qualité des eaux usées émises par le système de traitement de fumées et l'entretien de l'incinérateur.	Extrant	Rapports d'activités	Mesure	Semestrielle	DHPSE/DIEM