



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

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



DEUXIEME FINANCEMENT ADDITIONNEL (2^{IÈME}) AU PROJET
APPUI AU PLAN NATIONAL DE RIPOSTE AU COVID 19 (PA
COVID 19)

PROCEDURES DE GESTION DE LA MAIN D'ŒUVRE (PGMO)

VERSION PROVISOIRE

Novembre 2021



SIGLES ET ABREVIATIONS

ANADER	Agence Nationale de Développement Rural
ANAGED	Agence Nationale de Gestion des Déchets
ASC	Agents de Santé Communautaire
CeDReS	Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida et les autres Maladies Infectieuses
CERC	Composante d'intervention d'urgence conditionnelle
CIDT	Centres d'isolement, de Dépistage et de Traitement
CDLE	Comités Départementaux de Lutte contre les Epidémies
CES	Cadre Environnemental et Social
CHR	Centre Hospitalier Régional
CSST	Comité Santé Sécurité au Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLE	Comité National de Lutte contre les Epidémies
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CMU	Couverture Maladie Universelle
COUSP	Centres des Opérations d'Urgence en Santé Publique
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 / Maladie à coronavirus de 2019
CPE	Contrôle aux Points d'Entrée
CRCI	Croix Rouge Côte d'Ivoire
DCRP	Direction de la Communication et des Relations Publiques
DDSHP	Direction départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DHPSE	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement
DMHP	Direction de la Médecine Hospitalière et Proximité
DRSHP	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
ENV 2015	Enquête sur le Niveau de Vie des Ménage 2015

EPI	Equipement de Protection Individuelle
EPN	Etablissement Public National
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts
ESS	Environnemental, Sanitaire et Sécuritaire
ESSS	Environnemental, Social, Sanitaire et Sécuritaire
FENOSCI	Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire
HG	Hôpitaux Généraux
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INSP	Institut National de Santé Publique
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
IPR	Institut Pierre Richet
INS	Instituts Nationaux Spécialisés (INSP, INHP, IRF, IPR et ICA)
IRF	Institut Raoul Follereau
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MBPE	Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat
MCM	Ministère de la Communication et des Médias
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEMD	Ministère d'Etat, Ministère de la Défense
MFFE	Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MINASS	Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité
MINEDD	Ministère de l'Environnement et du Développement Durable
MININTERPC	Ministère de l'Intérieur et de la Protection Civile
MSHPCMU	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
MSLP	Ministère de la Solidarité et de la Lutte contre la Pauvreté
MT	Ministère des Transports

MV	Ministère de la Ville
NES	Normes Environnementales et Sociales
N-PSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PAD	Project Appraisal Document (Document d'évaluation du Projet)
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PGMO	Procédures de Gestion de la Main d'Œuvre
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SARS-CoV-2	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère 2 du au Coronavirus 2
SCB	Secrétariat de la Convention de Bâle
SIGDM	Sécurité des Injections et Gestion des Déchets Médicaux
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
SSP	Soins de Santé Primaires
SST	Santé et sécurité au travail
UCP	Unité de Coordination du Projet
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfances
VBG	Violences Basées sur le Genre

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	2
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES	8
1. CONTEXTE ET OBJECTIF DU PROJET	9
1.1. CONTEXTE DU PROJET	9
1.2. Objectif de Développement du Projet (PDO).....	11
1.3. Composantes et principales activités du projet.....	14
1.3.1. Composante 1 : Riposte d’urgence à la COVID-19 (PP : 28,8 millions de dollars US ; 1 ^{er} FA : 93,6 millions de dollars US), 2 ^{ème} FA : 106,6 millions de dollars US.....	14
1.3.2. Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautaire (PP : 5 millions de dollars US ; 1 ^{er} FA : 1,9 million de dollars US, 2 ^{ème} FA proposé : 3,7 millions de dollars US).....	19
1.3.3. Composante 3 : Coordination et Suivi et Evaluation du Projet (Projet parent : 1,2 million de dollars EU ; 1 ^{er} FA-: 4,4 millions de dollars US, 2 ^{ième} FA proposé : 4,3 millions de dollars US).....	25
2. JUSTIFICATION DES PROCEDURES DE GESTION DE LA MAIN D’OEUVRE.....	27
3. OBJECTIF ET STRUTURATION DES PROCEDURES DE GESTION DE LA MAIN D’OEUVRE	28
3.1. OBJECTIF DES PGMO	28
3.2. STRUCTURATION DES PGMO	29
4. APERCU SUR L’UTILISATION DE LA MAIN D’ŒUVRE DANS LE CADRE DU PROJET	30
4.1. Caractéristiques et types de travailleurs du Projet.....	35
4.2. EFFECTIFS de travailleurs du Projet.....	35
4.2.1. Travailleurs dans la coordination et la gestion de l’épidémie	35
4.2.2. Travailleurs pour le dépistage, l’isolement et le traitement des cas de COVID-19 ..	42
4.2.3. Travailleurs pour la mobilisation, la sensibilisation, l’application du respect des mesures de prévention et le soutien aux ménages.....	45
4.2.4. Travailleurs en charge de la prévention et du contrôle de l’infection.....	45
4.2.5. Travailleurs en charge de la gestion environnementale, sociale, de la santé et de la sécurité.....	46

4.2.6.	Travailleurs migrants.....	46
4.3.	Caractéristiques des travailleurs du projet	46
4.4.	TRAVAILLEURS DES ENTREPRISES CONTRACTANTES ET SOUS-TRAITANTES	47
4.4.1.	Travailleurs migrants et discrimination.....	47
4.4.2.	travail des enfants	48
4.4.3.	Travail forcé.....	49
4.5.	TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES	49
4.6.	EMPLOYES DES FOURNISSEURS PRINCIPAUX	50
4.7.	DELAIS DE COUVERTURE DES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE	51
5.	EVALUATION DES PRINCIPAUX RISQUES POTENTIELS LIES AU TRAVAIL	51
5.1.	Principaux risques liés a la main-d'œuvre.....	51
6.	APERÇU DE LA LEGISLATION DU TRAVAIL : TERMES ET CONDITIONS	65
6.1.	CONDITIONS GENERALES	65
6.1.1.	Droit au travail décent	65
6.1.2.	Temps de travail, salaires et retenue à la source.....	65
6.1.3.	Travail des enfants, travail forcé et emploi dans le cadre du projet	66
6.1.4.	Liberté d'expression et d'association.....	67
6.1.5.	Personnes à mobilité réduite	68
6.1.6.	Contrat de travail	68
6.2.	Aspects législatifs et réglementaires en matière D'HYGIENE, de santé et sécurité au travail.....	69
6.2.1.	Dispositions nationales en matière de Santé et Sécurité au Travail (SST).....	69
6.2.2.	Normes de la Banque Mondiale en matière de SST	70
6.2.3.	Normes internationales en matière de SST	71
6.3.	PROTOCOLES NATIONAUX POUR LA PREVENTION DES MALADIES, LE DEPISTAGE ET LE TRAITEMENT	72
6.3.1.	Dispositions nationales de la surveillance et de la riposte contre les épidémies.....	72
6.3.2.	Gestion des déchets sanitaires.....	73
6.3.3.	Normes de rejets.....	74
6.4.	DISPOSITIONS POLITIQUES, INSTITUTIONNELLES, LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES INTERNATIONALES EN MATIERE DE COVID-19	74
6.4.1.	Règlement Sanitaire International (RSI 2005).....	74
7.	PERSONNEL RESPONSABLE	75

7.1.	RESPONSABLE DE LA MOBILISATION DE LA MAIN D'ŒUVRE	75
7.2.	SUIVI ET SUPERVISION.....	77
7.3.	SENSIBILISATION ET FORMATION DES TRAVAILLEURS À L'ATTENUATION DE LA PROPAGATION DE LA COVID-19.....	77
8.	POLITIQUES ET PROCEDURES	78
9.	MECANISME DE REGLEMENT DES PLAINTES	80
9.1.	POUR LES TRAVAILLEURS DIRECTS ET BENEFICIAIRES DE LA SANTE	81
9.2.	Le Projet veillera à ce que le MGP soit facilement accessible à tous.POUR LES TRAVAILLEURS DE L'UCP SANTE BANQUE MONDIALE.....	81
9.3.	PROCEDURES DE GESTION DES PLAINTES.....	82
9.4.	POUR LES TRAVAILLEURS DES FOURNISSEURS DE BIENS ET SERVICES.....	88
10.	GESTION DES FOURNISSEURS, PRESTATAIRES ET CONTRACATNTS.....	88
10.1.	GESTION DES CONTRACTANTS.....	88
10.2.	GESTION DES FOURNISSEURS ET PRESTATAIRES	91
	BIBLIOGRAPHIE.....	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Structuration du système de santé ivoirien	33
Tableau 2. Effectif des compétences disponibles à l'UCP Santé Banque Mondiale ou à recruter..	36
Tableau 3. Profil du personnel mobilisé dans le cadre des activités du COUSP pour la lutte contre la COVID-19	38
Tableau 4. Nombre d'agents pour la prise en charge des cas et suspicions de cas dans les CDIT de la COVID-19	43
Tableau 5. Principaux risques liés à la main d'œuvre	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organisation du Système sanitaire ivoirien	30
--	----

1. CONTEXTE ET OBJECTIF DU PROJET

1.1. CONTEXTE DU PROJET

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest avec une superficie de 322 462 km². Elle a une population de 25 069 230 habitants comprenant 12 414 061 de femmes, soit 49,51%, et 12 655 169 d'hommes, soit 50,48%. La population urbaine qui est la plus touchée par la maladie, surtout celle de l'agglomération d'Abidjan, représente 50,78% de la population totale. La densité de population est estimée à 77,74 habitants/km² avec un taux de croissance annuelle de 2,60%¹. L'espérance de vie était de 57,40 ans (2018) avec un taux de mortalité de 10,40% (2017)². Selon les résultats du RGPH 2014, la population demeure encore très jeune. Les enfants de 0-14 ans révolus au nombre de 9 481 351 individus représentent 41,8% de la population totale. Quant aux jeunes de 15-34 ans révolus, aux adultes de 35 à 64 ans et ceux de 65 ans et plus, ils représentent respectivement 35,5%, 20,1% et 2,45% de la population totale. Ainsi, 77,3 % de la population totale, soit un peu plus de 3 personnes sur 4 personnes ont moins de 35 ans.

La Côte d'Ivoire connaît une reprise de l'activité économique depuis 2012 après une longue période de crise socio-militaro-politique avec un taux de croissance moyen de 8,7 % sur la période 2012-2017. Toutefois, les bénéfices de la forte croissance économique restent concentrés dans la capitale Abidjan et sont mal partagés malgré tous les efforts déployés. L'économie est fortement dépendante de la production et de l'exportation de produits agricoles. Depuis la fin de la crise, le Gouvernement se consacre à la reconstruction du système de santé avec un budget total de construction et de réhabilitation des établissements de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de 739 milliards de FCFA (1,34 milliard de dollars US) pour la période 2018-2020³.

Depuis décembre 2019, une flambée de la maladie à coronavirus (COVID-19) causée par le nouveau coronavirus du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère 2 (SRAS-CoV-2) se propage rapidement à travers le monde. Les premiers cas ont été diagnostiqués à Wuhan, dans la province de Hubei, en Chine. Depuis le début du mois de mars 2020, le nombre de cas en dehors de la Chine a considérablement augmenté. Le 11 mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a qualifié le COVID-19 de pandémie mondiale en raison de sa vitesse de propagation. Au 31 octobre 2021, 188 pays et territoires sont touchés avec plus de 247 millions de cas confirmés et plus de 5 millions de décès⁴. En Afrique, le premier cas de COVID-19 a été découvert le 14 février 2020 en Égypte et à la date du 31 octobre 2021⁵, l'ensemble des 54 pays du continent sont touchés, avec plus de 8 572 000 cas confirmés et plus de 218 000 décès.

Aux premières heures de la pandémie, la Côte d'Ivoire a été identifiée par l'OMS parmi 13 pays africains hautement prioritaires devant bénéficier de soutien. L'arrivée tardive du virus dans le pays - le premier cas ayant été diagnostiqué le 11 mars 2020 - lui a laissé du temps pour renforcer

¹ Source : Banque Mondiale, données 2018

² <https://www.populationdata.net/pays/cote-divoire/>

³ Perspective économique en Côte d'Ivoire, rapport Banque Mondiale, 2019

⁴ <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-globale/covid-19-par-pays-nombre-de-cas/>

⁵ <https://www.bbc.com/afrique/resources/idt-9de64648-267c-4de9-8d78-05007b5c6d29>

ses capacités de dépistage et d'adopter une approche prévention visant à contenir la propagation du virus. Ainsi, un Plan de préparation et de riposte face à la COVID-19 se fondant sur le scénario de l'importation de cas de la maladie depuis la Chine a été élaboré, dans un premier temps, par les autorités sanitaires. Ceci pour faire face au risque élevé de contamination dû aux voyages et autres échanges commerciaux étroits qu'entretient la Côte d'Ivoire avec de nombreux pays européens touchés par la COVID-19, notamment la France et l'Italie.

De nombreuses dispositions ont été prises pour contrer la propagation du virus et lutter efficacement contre la maladie. Il s'agit de mesures restrictives, l'instauration des mesures barrières et la mise en œuvre d'un plan de prise en charge des populations avec la mise en place de centres de dépistage, de centres d'isolement et de centres de traitement.

Il y a cependant urgence à accentuer la riposte, le pays étant touché 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 %⁶.

En effet, au regard de l'évolution de la propagation du virus et depuis décembre 2020, la Côte d'Ivoire s'est inscrite dans l'initiative COVAX pour l'introduction dans le pays, du vaccin contre la COVID-19.

Le Gouvernement, soutenu par ses partenaires techniques et financiers 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^{ème} 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. 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.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement ivoirien, en collaboration avec la Banque mondiale, entreprend la révision du premier Financement Additionnel (1^{er} FA), dans le cadre du deuxième

⁶ <http://sante.gouv.ci/welcome/actualites/1149>

Financement Additionnel (2^{ième} FA) en vue de l'acquisition et du déploiement du vaccin dans le pays.

1.2. OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DU PROJET (PDO)

L'Objectif de Développement de Projet (ODP) du 2^{ième} FA proposé 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.

Nom de l'indicateur	PBC	Données de référence (2021)	Cible (Juin 2022)	Cible finale (Juin 2023)
Renforcer les capacités nationales de préparation de la santé publique pour prévenir, détecter 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	15 731	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				
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

Nom de l'indicateur	PBC	Données de référence (2021)	Cible (Juin 2022)	Cible finale (Juin 2023)
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 PP et du 1^{er} FA, le 2^{ème} 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 en achetant des vaccins supplémentaires contre la COVID-19, en intensifiant les activités existantes du 1^{er} FA à travers l'augmentation de la cible vaccinale de 57,3% à 70%. Le 2^{ème} FA renforcera le système national de vaccination et de prestation de services de santé connexes de manière à promouvoir une réponse efficace contre 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 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.

1.3. COMPOSANTES ET PRINCIPALES ACTIVITES DU PROJET

Le 2^{ème} FA s'appuie sur les composantes 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 :

1.3.1. COMPOSANTE 1 : RIPOSTE D'URGENCE A LA COVID-19 (PP : 28,8 MILLIONS DE DOLLARS US ; 1^{ER} FA : 93,6 MILLIONS DE DOLLARS US}, 2^{EME} FA : 106,6 MILLIONS DE DOLLARS US

La majorité des activités initiales relevant de la Composante 1 du 1^{er} FA 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 1^{er} FA 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 1^{er} FA. 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 1^{er} FA en raison des difficultés logistiques liées à leur réalisation : (i) les transferts en espèces aux ménages touchés par la COVID-19 ; (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 relevant 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^{ème} FA permettra de financer : (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 test 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 chaîne 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) L'organisation d'une opération de collecte, de transport, d'élimination des déchets des sites COVID-19 et des centres de vaccination de 11 régions sanitaires abritant les sites COVID-19 de l'intérieur du pays couvrant un total de 45 districts sanitaires. Le /les prestataire (s) concernés se chargeront également du fonctionnement et de la maintenance des incinérateurs qui seront utilisés pour l'élimination desdits déchets. Il s'agit des incinérateurs des Districts sanitaires d'Odienné, Man, Bondoukou, Gagnoa, Daloa, Abengourou, San-Pedro, Korhogo, Bouna, Aboisso, Daoukro, Anyama, Séguéla, Dabakala, Didiévi, M'Bahiakro, Bocanda et Bouaké ;
- (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 MSHP 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 supplémentaires ; iii) mettre en

œuvre la stratégie de ciblage et iv) organiser les activités de terrain telles que l'administration des doses de vaccins et l'encadrement de tous les acteurs.

Dans le cadre de cette sous-composante, les principales activités qui bénéficient du soutien du 1^{er} FA sont les suivantes :

- **Planification et gestion des programmes** : le 1^{er} FA finance : a) la mise en œuvre de mécanismes de coordination aux niveaux 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 COVID-19 avec le Programme Elargi de Vaccination (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 dans le déploiement des vaccins.
- **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 financement additionnel⁷ ; (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, d'EPI et de produits d'hygiène pour les vaccinateurs ; (c) l'adoption d'outils mondiaux et l'adaptation des systèmes de la chaîne d'approvisionnement aux meilleures pratiques, notamment les chaînes du froid.

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 des chambres froides régionales pour l'INHP et du 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

⁷ La Banque mondiale acceptera le seuil d'éligibilité aux ressources de la BIRD/l'IDA pour l'achat de vaccins : i) soit l'approbation par trois Autorités de Réglementation Strictes (SRA) dans trois régions ; ii) soit la qualification préalable et l'approbation de l'OMS par une (1) SRA. Toutefois, il convient de noter que, pour les activités en cours, le pays a signé un protocole d'accord avec l'UNICEF pour l'achat de vaccins de routine, d'équipements et de consommables pour la vaccination, par l'intermédiaire du bureau central d'achat de Copenhague.

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^{ème} FA soutiendra pour sa part 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 BM 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 équipements 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, prise en charge des effets indésirables après la vaccination : Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI)*

La prise en charge des MAPI 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 : (a) 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 ; (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 et (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 FA. Cette sous-composante aidera également le MSHP à maintenir le contact avec les personnes qui ont reçu la première dose du vaccin contre la COVID-19 et qui attendent la deuxième dose. Cela inclus les coûts liés à l'achat de crédits téléphoniques et internet pour les équipes de site et les équipes de coordination afin d'envoyer des rappels par téléphone, par SMS ou par courriel deux (02) jours avant le rendez-vous pour la deuxième dose. Le 2^{ème} FA soutiendra la poursuite des activités liées au suivi et à la gestion des cas de MAPI, comme indiqué dans le premier 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

1.3.2. COMPOSANTE 2 : COMMUNICATION SUR LA SANTE ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE (PP : 5 MILLIONS DE DOLLARS US ; 1^{ER} FA : 1,9 MILLION DE DOLLARS US, 2^{EME} FA PROPOSE : 3,7 MILLIONS DE DOLLARS US)

Les activités initiales dans le cadre du 1^{er} FA seront renforcées pour fournir aux populations les connaissances et la motivation nécessaires à l'adoption de comportements liés à la prévention et lutter contre la désinformation autour de la pandémie de COVID-19. Les trois sous-composantes initiales du 1^{er} FA 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 mettra en œuvre des activités de communication stratégique fondées sur des données probantes, afin de sensibiliser le public au bien-fondé de la vaccination de certaines populations cibles, à l'innocuité du vaccin et au processus de déploiement du vaccin par les gouvernements et de lutter contre la désinformation et l'hésitation à se faire vacciner et renforcer les mécanismes locaux d'appropriation.

Trois sous-composantes seront développées :

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

Cette sous-composante renforcera les activités dans le cadre du 1^{er} FA 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^{ème} 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 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 variants⁸. 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 veille 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 1^{er} 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 ; (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 ;

⁸ 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>

- (B) Les activités qui favorisent le changement de comportement pour 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 COVID-19 sur la base du profilage public (favorable/sceptique/ hostile). Les activités spécifiques à financer comprennent : (i) la réalisation d'études, d'enquêtes et de sondages d'opinion sur l'utilisation potentielle du vaccin COVID-19 parmi un échantillon de cibles vaccinales prioritaires, des professionnels de la santé et au niveau de la population pour évaluer le niveau de l'acceptabilité et l'intention du vaccin ; (ii) l'élaboration d'un plan de communication stratégique basé sur les données des études menées ; (iii) l'élaboration de messages clés et de matériels de sensibilisation destinés aux groupes cibles qui sont également les groupes les plus vulnérables au changement climatique, avec la participation d'acteurs clés ; et (iv) l'organisation de campagnes de sensibilisation ciblées afin de lever les barrières à l'adhésion au vaccin chez 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 ont été 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 signalée, le 1^{er} FA a financé 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 1^{er} FA a également financé 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 2^{ème} FA, cette sous composante permettra de renforcer :

- (A) Les activités visant à promouvoir un changement généralisé des comportements en faveur de la vaccination COVID-19. Il s'agit notamment de : (i) le 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) la mise en place de partenariats ciblés avec des chaînes de médias nationaux et privés en appui à la diffusion des produits d'information et de communication de la campagne ; (iii) le recours aux figures d'influence (religieux, politiques, influenceurs, bloggeurs, artistes, sportifs, etc.) afin d'amplifier les messages clés ; (iv) le 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.

1.3.3. COMPOSANTE 3 : COORDINATION ET SUIVI ET EVALUATION DU PROJET (PROJET PARENT : 1,2 MILLION DE DOLLARS EU ; 1^{ER} FA: 4,4 MILLIONS DE DOLLARS US, 2^{IE}ME FA PROPOSE : 4,3 MILLIONS DE DOLLARS US)

Le 2^{ème} FA 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

Cette sous-composante continuera de soutenir la coordination et la gestion des activités dans le cadre du PP, ainsi que les nouvelles activités introduites dans le cadre du 1^{er} FA, notamment l'achat de biens (par exemple les vaccins, etc.) et leur distribution. Le 1^{er} FA continue à solliciter l'UCP 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'UCP 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 a permis de soutenir le déploiement du vaccin contre la COVID-19 et d'autres vaccins. Le 1^{er} FA a permis de nouer 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, de fournisseur et de prestataire d'assistance technique spécialisée.

Dans le cadre du 2^{ème} 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

Cette sous-composante continuera d'appuyer le suivi et l'évaluation au niveau national des interventions de prévention et de préparation du PP et du 1^{er} FA, et d'appuyer le renforcement des capacités en S&E. Cela inclus : (i) l'adaptation des outils internationaux et/ou la révision des outils et systèmes existants (par exemple HMIS, GTS, DVDMT, etc.) ; (ii) l'acquisition de tablettes et la configuration pour la collecte et la transmission des données via DHIS2 ; et (iii) S&E de la distribution du vaccin COVID-19, y compris pour les MAPI ; (iv) le renforcement des capacités des acteurs locaux de la vaccination sur les 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 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^{ème} 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.

2. JUSTIFICATION DES PROCEDURES DE GESTION DE LA MAIN D'OEUVRE

Au vu des Composantes sus-indiquées, les activités qui seront financées dans le cadre du Projet pourraient avoir des risques et impacts négatifs sur le plan environnemental et social ainsi que sur l'hygiène, la santé et la sécurité.

La mise en œuvre du 2^{ème} FA-COVID-19 mobilisera une diversité de main d'œuvre dont (i) du personnel public de l'Etat en position de détachement ou de disponibilité, (ii) des agents contractuels ou non recrutés pour le Projet et assujettis au Code du Travail, (iii) des agents d'entreprises contractantes partenaires du Projet disposant ou non de leurs propres mécanismes de gestion des ressources humaines et (iv) des agents des entreprises contractantes en sous-traitance. La main d'œuvre locale issue directement des groupes ciblés par les activités ou des communautés riveraines aux sites des travaux est également envisagée.

Dans l'éventualité où les entreprises contractantes ou en sous-traitance disposent de travailleurs étrangers, il n'y aura pas de disposition particulière car la Loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail ne fait pas de référence spécifique aux travailleurs migrants. Ce vide juridique pourrait être à la base d'un afflux de travailleurs migrants et faire courir le risque de conflits avec les communautés hôtes des sous-projets ou activités.

Aussi, dans le cadre de 2^{ème} FA COVID-19, en raison de cette diversité de la main d'œuvre pouvant provenir de tous les horizons et dans le souci de disposer d'outil approprié pour le respect de l'application des dispositions nationales en vigueur en matière d'utilisation et de gestion de la main d'œuvre ainsi que du respect des Normes Environnementales et Sociales (NES) de la Banque mondiale, a-t-il été jugé opportun d'élaborer un document de Procédures de Gestion de la Main d'Œuvre (PGMO) qui tienne compte des spécificités propres à chacune des compétences concernées.

Le Gouvernement ivoirien a préparé des instruments de sauvegarde environnementale et sociale tel qu'exigé par le Cadre Environnemental et Social (CES)⁹ de la Banque Mondiale. Parmi ces instruments, figure les PGMO, élaborées conformément à la NES 2 : « Emploi et conditions de travail ».

Les PGMO du 2^{ème} FA COVID-19 tiennent compte des spécificités propres à chacune des catégories d'agents susmentionnées.

Toutefois, ces procédures restent dynamiques et pourraient être revues et mises à jour selon l'état de mise en œuvre du Projet.

⁹ <http://pubdocs.worldbank.org/en/936531525368193913/Environmental-Social-Framework-French2.pdf>

3. OBJECTIF ET STRUTURATION DES PROCEDURES DE GESTION DE LA MAIN D'OEUVRE

3.1. OBJECTIF DES PGMO

Les PGMO du 2^{ème} FA COVID-19 a pour but de :

- faciliter la planification et la mise en œuvre dudit Projet ;
- déterminer les besoins en main-d'œuvre et les risques associés à son utilisation afin d'évaluer les dispositions ;
- (iii) prendre les mesures nécessaires pour mitiger les risques qui y sont associés.

Son objectif est d'identifier et de clarifier, conformément aux dispositions de la Loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail en vigueur en Côte d'Ivoire et aux exigences de la NES 2 de la Banque Mondiale relative à l'emploi et aux conditions du travail, tous les potentiels problèmes spécifiques liés au travail pour tout travailleur direct ou indirect mobilisé dans le cadre de l'exécution des activités du Projet.

A cet effet, tout comme le PP et le 1^{er} FA, le 2^{ème} FA permettra de :

- Respecter et protéger les principes et les droits fondamentaux des travailleurs ;
- Promouvoir le travail décent conformément au Code du Travail ivoirien (Loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015) et relatif notamment (i) au travail forcé et son abolition (Art. 3), (ii) à la durée du travail (Art. 21 et Art. 22), (iii) au travail des enfants et des femmes (Art.23), (iv) à la liberté syndicale et la négociation collective (Art. 51.1, 51.2 et Art. 53.3), à l'égalité de rémunération (Art 31.1 et 32.1) et (v) à l'âge minimum de travail (Art. 23.2).

Cette promotion du travail décent se fera également conformément aux Conventions de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) notamment (i) les n°29 et 105 (travail forcé et abolition du travail forcé), le n°87 (liberté syndicale), le n°98 (droit d'organisation et de négociation collective), les n°100 et 111 (égalité de rémunération et discrimination), le n°138 (âge minimum) et le n°182 (pires formes de travail des enfants) ;

- Promouvoir le traitement équitable, la non-discrimination et l'égalité des chances pour l'ensemble des travailleurs ;
- Instaurer, maintenir et améliorer une relation saine entre l'équipe dirigeante du Projet et les travailleurs ;
- Protéger et promouvoir la sécurité et la santé des travailleurs, notamment en favorisant des conditions de travail sûres et saines ;

- Protéger les travailleurs, notamment ceux qui sont vulnérables, telles que les femmes, les personnes handicapées, etc.
- Soutenir les principes de liberté d'association et de conventions collectives des travailleurs en accord avec le droit ivoirien.

Dans les situations où la législation ivoirienne ne fait pas expressément obligation aux employeurs d'élaborer un document spécifique pour la gestion de la main d'œuvre, les PGMO préparées et mises à jour par le Projet conformément à la NES N°2 de la Banque mondiale sur l'Emploi et les conditions de travail s'appliquera.

3.2. STRUCTURATION DES PGMO

Si la législation ivoirienne ne fait pas expressément obligation aux employeurs d'élaborer un document spécifique pour la gestion de la main d'œuvre, les projets financés ou cofinancés par la Banque mondiale l'exigent pour ceux qui sont soumis aux normes environnementales et sociales. Ainsi, la mise en œuvre du 2^{ème} FA exige l'élaboration de PGMO.

Par ailleurs, la législation les oblige à avoir un exemplaire du code du travail qui doit être mis à la disposition des délégués du personnel. A cela, s'ajoutera dans le cadre du projet, un code de conduite avec des dispositions concernant notamment les Violences Basées sur le Genre / Exploitation Abus Sexuel / Harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS) et les sanctions prévues en cas de non-respect dudit code.

Les PGMO sont élaborées conformément aux prescriptions réglementaires nationales et aux exigences de la NES2 de la Banque mondiale et s'applique à tous les travailleurs directs et indirects mobilisés dans la mise en œuvre du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA pour l'acquisition et le déploiement du vaccin.

Tout comme pour le PP et le 1^{er} FA, les PGMO du 2^{ème} FA s'articulent autour des douze (12) points suivants :

- (1) Aperçu de l'utilisation du personnel dans le Projet ;
- (2) Evaluation des principaux risques liés à la main d'œuvre ;
- (3) Bref aperçu de la législation du travail : termes et conditions ;
- (4) Bref aperçu de la législation du travail : hygiène, santé et sécurité au travail ;
- (5) Personnel responsable ;
- (6) Politiques et procédures ;
- (7) Age pour l'emploi (conditions d'âge) ;
- (8) Travaux forcés ;
- (9) Mécanismes de gestion des plaintes ;

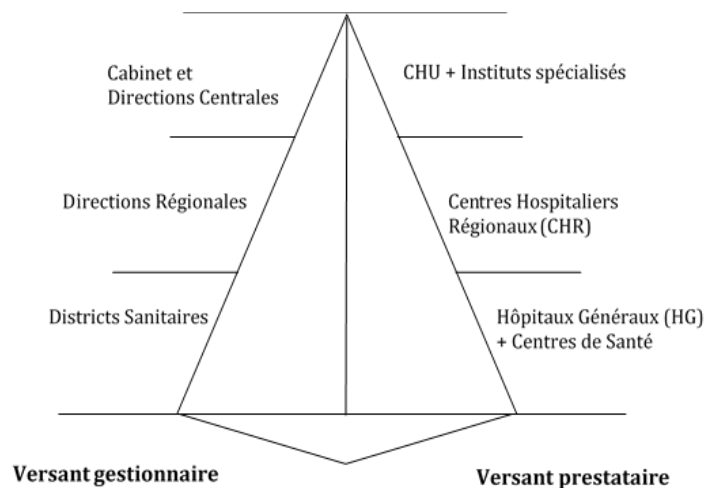
- (10) Gestion des fournisseurs et prestataires ;
- (11) Travailleurs communautaires ;
- (12) Travailleurs primaires (travail des enfants, travaux forcés ou exposés à de graves problèmes de sécurité).

4. APERCU SUR L'UTILISATION DE LA MAIN D'ŒUVRE DANS LE CADRE DU PROJET

Fort du succès et des leçons tirées de la lutte contre les urgences épidémiques tel que celle de la Maladie à Virus Ebola, le Gouvernement a décidé de s'appuyer sur le cadre institutionnel existant : le Comité National de Lutte contre les Épidémies (CNLE) créé en 2007 avec pour missions d'organiser la lutte contre les épidémies et de gérer les catastrophes sanitaires. Par le décret N°2019-292 du 03 avril 2019, le CNLE s'est mué en Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique (COUSP) qui est un organe multisectoriel avec des démembrements au niveau local. Le COUSP fait intervenir, outre les acteurs de la pyramide sanitaire (Figure 1), les autres départements ministériels dans le cadre de la lutte contre de la COVID-19.

De plus, dans le cadre de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, deux (02) structures clés ont été créées pour renforcer le système de santé : l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) et le Programme Elargi de Vaccination (PEV). L'INHP dont la principale mission est la « Prophylaxie et le contrôle des endémies transmissibles bactériennes, virales et parasitaires » effectuée à travers ses 30 antennes (régionales, départementales et communales) et ses 16 postes frontaliers, des vaccinations dites « Hors-PEV ». Quant au PEV, 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, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (DRSHPCMU) et au niveau opérationnel par les 113 Districts Sanitaires ou Directions Départementales de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (DDSHPCMU) qui comptent 2 403 centres de vaccination.

Figure 1. Organisation du Système sanitaire ivoirien (Source : MSHPCMU (décret N°96-876 du 25 octobre 1996))



Le système de santé est de type pyramidal avec trois (03) échelons et deux (02) versants dans lesquels interviennent les différents acteurs, qu'ils soient publics, privés, confessionnels ou de la société civile. En effet, en plus des agents du MSHPCMU, interviennent à tous les niveaux du système de santé ivoirien, d'autres acteurs tels que les autres départements ministériels, les ONG et la société civile, le secteur privé non sanitaires, etc.

Le versant gestionnaire ou administratif du système de santé comprend trois (03) niveaux dans sa structuration administrative : (i) le niveau central, chargé de la définition de la politique, de l'appui et de la coordination globale, est composé du Cabinet du Ministre, des Directions et Services centraux et des Programmes de santé, (ii) le niveau intermédiaire, chargé de l'appui aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire est composé de 33 Directions Régionales et (iii) le niveau périphérique est composé de 113 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 versant prestataire ou offre de soins quant à lui, est composé des secteurs public et privé :

- Le secteur public est organisé en trois niveaux :
 - le niveau primaire ou périphérique représenté par 2 709 ESPC comprenant des centres de santé ruraux, des centres de santé urbains dont certains à base communautaire et des centres de santé confessionnel ;
 - le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, avec 153 hôpitaux de référence dont 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 134 Hôpitaux Généraux (HG)¹⁰, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké) ;

¹⁰ RASS 2019

- le niveau tertiaire comprenant les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, avec essentiellement des Etablissements Publics Nationaux (EPN) : 05 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 05 Instituts Nationaux Spécialisés : Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). On note en outre 4 autres EPN d'appui que sont : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Par ailleurs, d'autres ministères tels que ceux en charge de la défense, de la sécurité, de l'économie et des finances, de la fonction publique, de la solidarité, de la famille, de la femme et de l'enfant, de l'éducation nationale et de l'intérieur participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de silence sanitaire.

- Le secteur privé : comprenant des établissements sanitaires de toutes classes et de toutes catégories avec 19 polycliniques et 136 cliniques, des 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.

Tableau 1. Structuration du système de santé ivoirien

Versants	Niveaux / Secteurs	Missions	Composition	Autres intervenants
Versant gestionnaire	Niveau central	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la politique ; - Appui et coordination globale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cabinet du Ministre ; - Directions et Services centraux dont l'INHP ; - Programmes de santé dont la DC-PEV. 	<ul style="list-style-type: none"> - PTF ; - ONG nationales et Internationales.
	Niveau intermédiaire	Appui aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire.	33 Directions Régionales avec les antennes de l'INHP.	<ul style="list-style-type: none"> - PTF ; - ONG nationales et Internationales ; - Secteur associatif.
	Niveau périphérique	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination ; - Fourniture de support opérationnel et logistique aux services de santé. 	113 Districts Sanitaires ou Directions Départementales avec les 2 403 centres de vaccination et les antennes de l'INHP.	<ul style="list-style-type: none"> - PTF ; - ONG nationales et Internationales ; - Secteur associatif ; - Secteur privé.
Versant prestataire	Secteur public	Offre de soins de qualité y compris la prise en charge de la COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau primaire : 2 709 ESPC dont des CSR, CSU, CSU-COM, centres confessionnels ; - Niveau secondaire : 134 HG, 17 CHR et 02 CHS ; - Niveau tertiaire : 04 CHU, 05 INS et 04 EPN d'appui (CNTS, LNSP, N-PSP et SAMU) ; - 13 centres de dépistage et 21 centres de d'isolement et de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> - ONG nationales et Internationales ; - Secteur associatif ; - Secteur privé ; - Population.
	Secteur privé		<ul style="list-style-type: none"> - 19 polycliniques et 136 cliniques, centres et cabinets médicaux, infirmeries privées, 463 structures de santé relevant d'entreprises commerciales et /ou industrielles. 	

Pour le 1^{er} FA, les CIDT créés dans le cadre de la prise en charge des malades de la COVID-19 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, Anyama, 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 à Odienné, Man, Bondoukou, Bouna, Daloa, Gagnoa, Aboisso, Abengourou, San-Pedro, Korhogo et Bouaké.

Au total, la Côte d'Ivoire dispose, de 13 centres de dépistage, 16 centres de traitement et 05 centres de d'isolement sur toute l'étendue du territoire national.

Pour le 2^{ème} FA, les sites de vaccination couvrent l'ensemble du territoire national.

Les ressources humaines mobilisées et mobilisables à cet effet, seront non seulement des effectifs actuels déployés dans le cadre des activités du COUSP mais également, toute personne physique ou morale répondant aux profils des besoins exprimés au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie et selon les deux hypothèses de planification énoncées dans le Plan national de riposte contre les infections respiratoires à coronavirus – COVID-19 :

- Hypothèse avec un risque faible et immédiat caractérisée par une propagation lente de la COVID-19 marquée par des cas importés avec arrêt de la transmission grâce au respect par la population des mesures barrières ;
- Hypothèse avec un risque élevé caractérisée par une propagation rapide des cas de COVID-19 par le non-respect des mesures gouvernementales avec apparition de cas autochtones et un débordement des services de prise en charge. Cette étape serait marquée par un nombre croissant de cas de la maladie COVID-19 et le risque de survenue d'une transmission communautaire généralisée de COVID-19. Ce risque pourrait être maintenu élevé sur une période plus ou moins longue.

La « personne physique » désigne toute personne de sexe masculin ou féminin, âgée d'au moins dix-huit (18) ans, ayant une bonne moralité et disposant des compétences requises pour participer à la mise en œuvre efficace des activités du Projet. Quant à la « personne morale », elle désigne toute entité (ONG, Organisations de la Société Civile, Cabinets/Bureaux d'Etudes, Entreprises prestataires etc.), régulièrement constituée selon la réglementation ivoirienne et en activité. Le recrutement des personnes physiques et des personnes morales dans le cadre de la mise en œuvre du 2^{ème} FA au PA COVID-19 sera fait sur la base des exigences des postes ouverts et conformément aux dispositions des présentes PGMO. Sera exclu, tout traitement de faveur ou discriminatoire lié au sexe, à l'âge, à l'appartenance politique, ethnique et régionale, à la religion et aux handicaps. Il reste entendu que le travail des enfants et le travail forcé sont formellement prohibés dans le cadre des activités du Projet.

On entend par « travailleurs du 2^{ème} FA au PA COVID-19 », toute personne physique ou morale, directement employée par l'Unité de Coordination du Projet et/ou les Agences d'Exécution, les

Entreprises prestataire, les Bureaux/Cabinets d'Etudes ou de Contrôle, etc., pour effectuer des tâches qui sont directement liées au Projet (travailleurs directs).

4.1. CARACTERISTIQUES ET TYPES DE TRAVAILLEURS DU PROJET

Dans le document d'évaluation du Projet (PAD), les acteurs de mise en œuvre du Projet sont : (i) l'UCP Santé Banque Mondiale chargée de la coordination du 2^{ème} FA au PA COVID-19 , (ii) le personnel de santé des CIDT des cas de COVID-19, (iii) le personnel de l'administration sanitaire centrale et décentralisée (Cabinet du Ministre, Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique, Directions Centrales, Districts Sanitaires, Régions Sanitaires), (iv) le personnel de l'INHP, (v) le personnel de la DC-PEV, (vi) le personnel chargé de la gestion des déchets produits par les CIDT, (vii) l'Agence Nationale de Gestion des Déchets (ANAGED), (viii) le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MINEDD) avec l'Agence Nationale De l'Environnement (ANDE), (ix) le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), (x) le Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale (MEPS), (xi) les Consultants et les Experts qui seront recrutés dans le cadre du projet.

4.2. EFFECTIFS DE TRAVAILLEURS DU PROJET

4.2.1. TRAVAILLEURS DANS LA COORDINATION ET LA GESTION DE L'EPIDEMIE

L'UCP Santé Banque Mondiale, chargée de la gestion du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA, est rattachée au Cabinet du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Elle comporte, 74 personnes composées de cadres, d'agent de maîtrise, d'agent de terrain et de personnel d'appui. Il s'agira d'agents de l'administration publique en position de détachement ou de disponibilité et d'agents contractuels directement recrutés pour le Projet.

Ont été recrutés pour le PA COVID-19 et le 1^{er} FA, cinq (05) personnes dont un (01) Chargé de projet, un (01) Comptable, un (01) Assistant Comptable, un (01) Spécialiste en Sauvegarde Sociale et un (01) Spécialiste en Passation de Marchés. Par ailleurs, deux (02) Chargés de projet, un (01) Analyste de données, un (01) Archiviste, un (01) informaticien et un (01) Assistant Qualité Hygiène Sécurité Environnement ont été recrutés. En outre, un Spécialiste en Vaccinologie a été recruté et mis à la disposition de la DC-PEV. Cette équipe avec l'appui de l'ensemble du personnel de l'UCP Santé Banque Mondiale sera chargée de la mise en œuvre des activités du 2^{ème} FA (voir tableau 2).

Tableau 2. Effectif des compétences disponibles à l'UCP Santé Banque Mondiale ou à recruter

Types d'emplois	Nombre	Lieu d'affectation	Observations
Coordonnateur	01	Abidjan et intervenant sur les sites du projet	Coordonnateur de l'UCPS-BM et faisant office de Coordonnateur du PA COVID-19 et du 2 ^{ème} FA.
Chargée de Programme et Suivi-Evaluation	01		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le cadre du PA COVID-19 et du 2 ^{ème} FA
Chargée de Projets	05		Dont 01 pour le PA COVID-19. Les autres venant en appui dans la mise en œuvre du PA COVID-19. Tous seront mobilisés pour le 2 ^{ème} FA
Chargée de Communication et des Relations Publiques	01		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le cadre du PA COVID-19 et du 2 ^{ème} FA
Assistante Suivi-Evaluation	02		
Assistant (e)s Projet	04		Dont 01 pour le PA COVID-19. Les autres venant en appui dans la mise en œuvre du PA COVID-19. Tous interviendront sur le FA
Assistante Programme	01		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le cadre du PA-COVID-19 et le 2 ^{ème} FA
Analyste de données	01		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le PA-COVID-19 et le 2 ^{ème} FA
Spécialiste en Sauvegarde environnementale et génie sanitaire	01		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le PA-COVID-19 et le 2 ^{ème} FA
Spécialiste en Sauvegarde Sociale	01		Recruté pour le PA COVID-19, il interviendra aussi dans le cadre du 2 ^{ème} FA.
Assistant en Sauvegarde Environnementale et Sociale	01		De l'UCPS-BM, il intervient sur le PA COVID-19 et sera également mobilisé pour le 2 ^{ème} FA
Spécialiste en Passation des Marchés Sénior	01		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le PA-COVID-19 et le 2 ^{ème} FA.
Spécialiste en Passation des Marchés	02		Dont 01 pour le PA COVID-19. L'autre venant en appui dans la mise en œuvre du PA COVID-19. Tous deux interviendront dans le cadre du 2 ^{ème} FA
Spécialiste en Infrastructures	01		

Consultant Ingénieur Génie Civil	01	De l'UCPS-BM et intervenant également dans le PA-COVID. Ils seront également mobilisés pour le 2 ^{ème} FA.	
Assistant en Passation des Marchés	04		
Assistant Biomédical	01		
Technicien Assistant au Spécialiste Infrastructure	01		
Agent d'Appui aux Infrastructures	01		
Spécialiste en Gestion Financière et Comptable	01		
Spécialiste Financier			
Comptable Senior	01		
Comptables Principales	02		
Comptables	03		Dont 01 pour le PA COVID-19. Les autres venant en appui dans la mise en œuvre du PA COVID-19 et du 2 ^{ème} FA
Comptables Adjoints	01		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le PA-COVID.
Assistants Comptables	04		Dont 01 pour le PA COVID-19. Les autres venant en appui dans la mise en œuvre du PA COVID-19 et du 2 ^{ème} FA.
Assistante Administrative	02		De l'UCPS-BM et intervenant également dans le PA-COVID. Ils seront mobilisés en outre sur le 2 ^{ème} FA.
Assistante Ressources Humaines	01		
Assistant Logisticien	02		
Assistants aux Opérations Comptables	02		
Chauffeur	13		
Assistants Administratif et financier	02		
Informaticienne Gestionnaire de base de données	01		

Assistants Comptable auprès de l'Agent Comptable	05	
Archiviste	01	
Informaticien	01	
Assistant Qualité Hygiène Sécurité Environnement	01	
Consultant chargé de la conception, la réalisation, l'hébergement et la maintenance du site internet de l'UCP Santé	01	

La coordination de la préparation, de la prévention et de la riposte est assurée par le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) qui comprend (i) la Coordination nationale, (ii) les COUSP régionaux et (iii) les Equipes d'Intervention Rapide (EIR). La Coordination nationale est l'organe de coordination des activités de préparation, de prévention et de riposte à toute forme de menaces sanitaires ou d'urgences de santé publique tel que la COVID-19.

La Coordination nationale dispose de cinq (05) Commissions qui sont : (i) Commission des Opérations, (ii) Commission Planification, (iii) Commission Logistique, (iv) Commission Administration Finance et (v) Commission Communication. Les COUSP régionaux sont structurés de la même façon que le COUSP national avec les mêmes attributions. Ils coordonnent les activités de terrain au niveau régional et départemental. Quant aux EIR, elles sont les unités d'intervention opérationnelles des COUSP.

Tableau 3. Profil du personnel mobilisé dans le cadre des activités du COUSP pour la lutte contre la COVID-19 y compris la vaccination

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL
COORDINATION	CABINET MSHPCMU	Planificateur / Coordonnateur stratégique.
	DGSHP	Coordonnateur opérationnel.
	INHP	Coordonnateur opérationnel, Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Hygiénistes, Génies Sanitaires.
	COUSP	Coordonnateur stratégique et opérationnel au niveau national, régional et départemental, Médecin de Santé Publique, Epidémiologistes, Biologistes,

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL
		Virologues, Vétérinaires, Planificateurs, Economistes de la santé, Economistes, Forces de défense et de sécurité.
	PTF	Banque Mondiale, OMS, UNICEF, etc.
DEPISTAGE & RECHERCHE ACTIVE	INHP	Epidémiologistes, Biologistes, Hygiénistes, Médecin de Santé Publique, Infirmiers & Sages-femmes Spécialistes, Génies Sanitaires.
	INSP	Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Spécialiste Santé Environnement, Sociologue de la santé.
	LNSP	Virologues, biologistes, aides laboratoires, généticiens, biochimistes, laborantins, aide-laborantins, personnel de soutien, agents de prélèvements, agents d'hygiène des locaux et des dispositifs médicaux de laboratoire.
	IPCI	Virologues, biologistes, laborantins, aides laborantins, personnel de soutien, agents de prélèvements, agents d'hygiène des locaux et des dispositifs médicaux de laboratoire.
	CEDRES	Virologues, biologistes, laborantins, aides laborantins, personnel de soutien, agents de prélèvements, agents d'hygiène des locaux et des dispositifs médicaux de laboratoire.
	PTF	Personnel technique de soutien, logisticien, etc.
	OSC	Tradipraticiens de santé, leaders communautaires.
	Secteur privé	Fournisseurs de produits de laboratoire, personnel des industries pharmaceutiques, Prestataires de services d'hygiène et de gestion des déchets.
ISOLEMENT & TRAITEMENT	SMIT	Médecins infectiologues, Urgentistes, Pneumologues, Biologistes, Pharmaciens, Toxicologues, Infirmiers, Sages-femmes, Aides-soignants, Garçons de salle, Filles de salle, brancardiers, Agents d'hygiène, Biomédicaux, Agents de sécurité, Secrétaires.
	DEPS	Planificateur, Médecins de Santé Publique, Logisticiens, Biomédicaux, Spécialistes Infrastructures.
	SAMU	Urgentistes, Réanimateurs, Infirmiers, Ambulanciers, Brancardiers, Chauffeurs.
	Secteur privé, hôtellerie, cliniques	Personnel des Cliniques et Cabinets médicaux, personnel des sites d'isolement (hôtels, cités universitaires, etc., prestataires du BTP, fournisseurs, sous-traitant, entreprises de traitement des déchets sanitaires dangereux et banals.
	Société civile	Associations de consommateurs, leaders d'opinions, communicateurs, etc.

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL
	DRSHP & DDSHP	Médecins, Infirmiers, Sages-femmes, Aides-soignants, Garçons et Filles de salles, agents d'hygiène, personnel administratif des CHR, HG et ESPC, ASC.
PREVENTION ET CONTROLE D'INFECTION	INHP	Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Hygiénistes, Génies Sanitaires, Qualiticiens, Communicateurs, Infirmiers et Sages-femmes Spécialistes, Personnel de désinfection.
	TASK FORCE PCI COVID-19	Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Hygiénistes, Génies Sanitaires, Qualiticiens, Infirmiers et Sages-femmes Spécialistes.
	ANAGED	Spécialistes de gestion des déchets, Sociétés de collecte et de transport des déchets, Personnel de désinfection, Communicateurs, Spécialiste en salubrité de l'environnement.
	DHPSE	Médecins de Santé Publique, Hygiénistes, Génies Sanitaires, Spécialistes Hygiène des mains, Spécialiste Santé Environnement, Logisticiens, Secrétaires, Chauffeurs.
	MININTERPC, MT, MEMD, MEF, MINEDD, MRAH, MCM, MINASS	Policiers, Gendarmes, Militaires du génie, Pompiers, Médecins, Pharmaciens, Vétérinaires, Economistes, Financiers, Communicateurs, Hommes & Femmes de Médias, Infirmiers, Personnel du Génie civil, Génies Sanitaires, Environnementalistes, Personnel navigant (navires et aéronefs), Chauffeurs, etc.
	Société Civile	Bénévoles, Groupements associatifs, ONG, Groupes religieux.
	Secteur privé	Médecins, Pharmaciens, fabricants de masques artisanaux, chirurgicaux, Importateurs de matériels et équipements médicaux, Hôteliers, Restaurateurs, etc.
	PTF	Banque Mondiale, OMS, UNICEF (Financiers, Logisticiens, Personnel Administratif et Technique).
SURVEILLANCE DE L'APPLICATION DES MESURES BARRIERES & DES POINTS D'ENTREE	INHP	Equipes de prévention aux frontières, Médecins, Hygiénistes, Epidémiologistes, Infirmiers.
	MRAH, MINEF, MBPE, MINITERPC, MEMD	Agents des eaux et forêts, Vétérinaires, Douaniers, Policiers, Gendarmes.
	LNSP, IPCI, CEDRES	Biologistes, Laborantins, Agents de prélèvements, Convoyeurs, Chauffeurs.

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL
	DRSHP & DDSHP	Médecins, Infirmiers, Agents des sites sentinelles, Infirmiers, Sages-femmes, Ingénieurs/Techniciens Supérieurs de Santé, Agent d'hygiène, ASC.
	Société Civile	Contrôleurs citoyens, Lanceurs d'alertes, Financiers.
	Secteur Privé	Médecins, Pharmaciens, fabricants de masques artisanaux, chirurgicaux, Importateurs de matériels et équipements médicaux, Hôteliers, Restaurateurs, etc.
	PTF	Banque Mondiale, OMS, UNICEF, etc. (Conseillers Techniques et appui financier, Logisticiens, Personnel Administratif et Technique).
EQUIPES D' INTERVENTION RAPIDE (EIR)	COUSP	Médecin de Santé Publique, Infectiologues, Epidémiologistes, Urgentistes, Réanimateurs, Biologistes, Virologues, Logisticiens, hygiénistes, Forces de défense et de sécurité.
	SAMU	Urgentistes, Réanimateurs, Infirmiers, Ambulanciers, Brancardiers, Chauffeurs
	CRCI	Médecins, Secouristes, Ambulanciers, Brancardiers, Chauffeurs, Bénévoles, etc.
	Secteur Privé	Equipes des Services d'urgence médicale des Cliniques et Centres Médicaux, Transporteurs.
	PTF	Bailleurs de Fonds, Conseillers Financiers, Conseillers Techniques.
COMMUNICATION DU RISQUE COVID-10 & ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	DCRP, Commission Communication du COUSP	Communicateurs, Expert en relations publiques, Spécialistes Communication de Crise, Personnel de soutien (preneurs de sons, cameramen, cablemen, etc.), Planificateurs, Spécialistes en plaidoyer.
	INHP	Médecins de Santé Publique, Spécialistes en Communication de Crise, Gestionnaires de risques sanitaires, Epidémiologistes.
	Société Civile	Bénévoles, Artistes, Communicateurs, Leaders Communautaires, Groupements associatifs, Groupes Religieux, Leaders d'opinion, Radios Confessionnelles, Blogueurs, etc.
	MCM, MFFE, MSLP, MINEDD, MV, MINASS	Communicateurs, Hommes & Femmes de Médias, Hygiénistes, Experts en Marketing Social et Changement de Comportement, Génies Sanitaires, Environnementalistes, Agents de d'hygiène et de Salubrité.
	Secteur Privé	Société Privées de Communications, Blogueurs privés.

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL
	Collectivités Territoriales	Journalistes de Radios de proximité, Service d'Hygiène des Collectivités, Brigades de Salubrité / Police Municipale, Jeunesse Municipale, Membres des Plateformes de Service des Collectivités.
MOBILISATION & GESTION DE LA MAIN DOEUVRE	DRH Santé	Personnel administratif et de soutien, Juristes, Sociologues, Economiste de la Santé, Médecin de Santé Publique, Planificateur.
	UCPS-BM	Coordonnateur, RAF, Spécialiste Sauvegarde Sociale, Spécialiste Communication, Spécialiste Sauvegarde Environnementale, Juristes.
DEPLOIEMENT DU VACCIN ET STRATEGIE DE SURVEILLANCE	DC-PEV	Directeur Coordonnateur, Directeur Coordonnateur Adjoint, Chefs de Services, Logisticiens, Médecins de santé publique, Spécialiste en Vaccinologie, Gestionnaires de MAPI, Agents vaccinateurs
	INHP	Directeur, Chefs de Services, Logisticiens, Médecins de Santé Publique, Spécialistes en Communication de Crise, Gestionnaires de risques sanitaires, Epidémiologistes.
	UCPS-BM	Coordonnateur, RAF, service programmatique et sui-évaluation, service passation de marché, Spécialiste Sauvegarde Sociale, Spécialiste Communication, Spécialiste Sauvegarde Environnementale, Spécialiste infrastructure

4.2.2. TRAVAILLEURS POUR LE DEPISTAGE, L'ISOLEMENT ET LE TRAITEMENT DES CAS DE COVID-19

Les acteurs intervenant dans la mise en œuvre des activités de prise en charge des cas de COVID-19 incluant le dépistage, l'isolement et le traitement sont principalement : (i) l'UCP Santé Banque Mondiale, (ii) le MSHPCMU, (iii) le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, (iv) le Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales, (v) les Services de Santé des Armées et de la Police Nationale, (vi) les laboratoires publics et privés, (vii) les structures recevant du public (structures d'hébergement et de sport).

Tableau 4. Nombre d'agents pour la prise en charge des cas et suspicions de cas dans les CIDT de la COVID-19

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	ABIDJAN	AUTRES LOCALITES	TOTAL
Médecins clinicien	87	210	297
Epidémiologistes	22	5	27
Biologistes	57	42	99
Pharmaciens	13	21	34
Hygiénistes	75	68	143
Infirmiers	195	376	571
Responsables Administratifs et Financiers	13	21	34
Sociologues	5	8	13
Sages-femmes	50	100	150
Biomédicaux	13	21	34
Génies Sanitaires	13	21	34
Techniciens de laboratoires	5	21	26
Aides-soignants	50	100	150
Garçons de salle	50	100	150
Agents de Santé Communautaire (ASC)	0	14 238	14238
Assistants sociaux	13	21	34
Travailleurs sociaux	26	42	68
Logisticiens	5	5	10
Agents d'hygiène	13	21	34
Agents d'entretien	130	210	340
Manutentionnaires de déchets	39	63	102
Techniciens de maintenance	3	8	11
Personnel administratif	13	21	34

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	ABIDJAN	AUTRES LOCALITES	TOTAL
Brancardiers	26	42	68
Agents de sécurité	52	84	136
Agents de restauration	39	63	102
Electriciens	13	21	34
Plombiers	13	21	34
Blanchisseurs	13	21	34
Chauffeurs	26	42	68
TOTAL	1 072	16 037	17 109

Source : Données INHP, SMIT, IPCI

Tableau 5. Besoins en ressources humaines pour la vaccination contre la COVID-19

N°	Désignation	Nombre		
1	Equipes fixes	11 788	Superviseur en communication	33
2	Equipes avancées	7858	Point focal MAPI district	113
4	Vaccinateurs	27 504	Point focal MAPI région	33
5	Volontaires	47 150	Cliniciens de référence	113
6	Mobilisateurs de proximité	19 646	Laborantins de référence	33
7	Superviseurs de proximité	6156	Comité des experts MAPI	24
8	Superviseurs niveau central	33	Comité central MAPI	05
9	Superviseur cabinet et DC PEV	20	Point focal communication	113
10	Superviseur logistique niveau central	33	Point focal gestion des déchets	113
11	Aides logistique	113		
TOTAL			120 881	

4.2.3. TRAVAILLEURS POUR LA MOBILISATION, LA SENSIBILISATION, L'APPLICATION DU RESPECT DES MESURES DE PREVENTION ET LE SOUTIEN AUX MENAGES

Les acteurs intervenant dans la mise en œuvre des activités de mobilisation, d'information, de sensibilisation, de surveillance et de contrôle de l'application des mesures de prévention ainsi que de l'appui aux ménages proviennent essentiellement (i) de l'UCP Santé Banque Mondiale, (ii) du MSHPCMU, (iii) du Ministère de la Communication et des Médias, (iv) du Ministère de la Solidarité et de Lutte contre la Pauvreté, (v) du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile, (vii) du Ministère d'Etat, Ministère de la Défense, (viii) du Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, (ix) du Ministère d'Etat, Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural, (x) des ONG et des Organisations de la Société Civile.

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

4.2.4. TRAVAILLEURS EN CHARGE DE LA PREVENTION ET DU CONTROLE DE L'INFECTION

Les activités de Prévention et de Contrôle de l'Infection (PCI), bien que transversales, sont assurées spécifiquement par la Task Force PCI COVID-19 mise en place par la Coordination Nationale du COUSP. Cette Task Force comprend notamment (i) la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP) qui assure la Présidence, (ii) la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE), (iii) l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), (iv) le Centre de Recherche Océanographique, (iv) le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MINEDD), l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des Ressources Minières. La Task Force est chargée entre autres, d'élaborer les procédures de PCI à l'endroit du personnel soignant, les procédures des zones de triage des fiches d'enregistrement des cas à l'entrée des centres de prise en charge, les outils de détection des cas au niveau du personnel de santé, etc.

Dans le cadre de ses activités, la Task Force COVID-19 bénéficie de l'appui de volontaires, majoritairement des étudiants en thèse ou ayant soutenu leur Doctorat.

4.2.5. TRAVAILLEURS EN CHARGE DE LA GESTION ENVIRONNEMENTALE, SOCIALE, DE LA SANTE ET DE LA SECURITE

La gestion environnementale et sanitaire, notamment la gestion des déchets produits par les CIDT ainsi que les opérations de désinfections, est assurée en grande partie par les agents de la Direction Générale de l'Assainissement et de la Salubrité et de l'ANAGED en collaboration avec ceux de l'INHP et de la DHPSE. Au nombre d'environ 90 sur toute l'étendue du territoire nationale, ces agents sont aidés dans leurs tâches par les entreprises privées (opérateurs du secteur déchet, sociétés d'hygiène et de désinfection) qui mobilisent une centaine de personnes.

Au plan social, les agents de la Direction Générale de la Solidarité et de la Cohésion Sociale et ses Directions Centrales ainsi que des structures déconcentrées, assurent l'assistance psychosociale et l'encadrement des populations vulnérables avec l'appui d'une équipe de Psychologues et de Psychiatres.

Par ailleurs, en matière de gestion environnementale, les agents de l'ANDE interviennent notamment dans le processus de sélection environnementale et sociale et veille à l'application de la réglementation nationale en matière de sauvegarde.

4.2.6. TRAVAILLEURS MIGRANTS

La situation de crise sanitaire avec les premières mesures barrières a participé à la limitation des déplacements interurbains et les échanges entre les pays. Ce qui a réduit drastiquement les flux migratoires tant en interne du pays qu'aux niveaux sous régional et international.

Avec l'allègement des mesures barrières et l'ouverture des frontières, les flux migratoires dans le cadre des activités socio-économiques notamment dans les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, du commerce et du tourisme, reprendront de plus belle entre la Côte d'Ivoire et certains pays comme le Ghana, le Mali et le Burkina qui comptent de nombreux cas de COVID-19.

Par ailleurs, dans le domaine de la prise en charge médicale, les migrants sont très peu sollicités sauf en cas d'épidémie comme celle de la COVID-19 qui a nécessité une assistance technique d'experts chinois, aguerris par de nombreux mois de lutte contre la pandémie.

4.3. CARACTERISTIQUES DES TRAVAILLEURS DU PROJET

Pour organiser la riposte contre les épidémies en général et spécifiquement contre la pandémie de la COVID-19, le profil des travailleurs devant correspondre au dispositif national de lutte contre les épidémies et répondre aux exigences de la Banque mondiale se présente comme suit :

- **Le personnel de santé** : il s'agit du personnel engagé dans le cadre du PA COVID-19 et pour le déploiement de la vaccination en tant que (i) agents non fonctionnaire directement sous contrat, (ii) travailleur sous contrat tels que les prestataires, les sous-traitants, (iii) fonctionnaires en position de détachement ou de disponibilité.

Le personnel de santé peut (i) mener une série d'activités, tels que l'évaluation, le dépistage, le tri et le traitement des patients et des travailleurs COVID-19, (ii) l'établissement des procédures de notification des cas suspects et confirmés, (iii) la mise en place ou le renforcement de la prévention et le contrôle précis des infections ainsi que l'information, y compris pour les travailleurs concernés. Le personnel de santé chargé de l'hygiène hospitalière participera à la gestion des déchets sanitaires in situ pendant que les prestataires de soins participeront à faire le tri à la production pour faciliter la collecte, le transport et le traitement des déchets ;

- **Les travailleurs du secteur de la gestion des déchets sanitaires** : ils seront également engagés dans le projet aux côtés des équipes des CIDT et de la vaccination, notamment en tant qu'entrepreneurs ou sous-traitants ;
- **Les travailleurs migrants** : ils pourront être d'un apport appréciable dans les situations de pandémies de maladies nouvelles comme celle de la COVID-19, en particulier dans les cas d'assistance technique. Dans le cadre du PA COVID-19, le recours à des travailleurs migrants n'est pas envisagé. Et ce d'autant plus que le MSHPCMU a pu se forger une expérience en la matière avec le Comité National de Lutte contre les Epidémies (CNLE) dans le cadre de la lutte contre la Maladie à Virus Ebola (MVE) et l'assistance technique de l'équipe d'Experts chinois venue en début de crise partager leur savoir-faire dans la lutte contre la COVID-19.

4.4. TRAVAILLEURS DES ENTREPRISES CONTRACTANTES ET SOUS-TRAITANTES

4.4.1. TRAVAILLEURS MIGRANTS ET DISCRIMINATION

Parmi les travailleurs employés par les entreprises contractantes et les éventuels sous-traitants dans le cadre du 2^{ème} FA, tout comme pour le projet parent (PA COVID-19) et le 1^{er} FA, on pourrait avoir des travailleurs originaires d'autres pays. La loi n°2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail en Côte d'Ivoire ne fait pas de référence spécifique aux travailleurs migrants. En son article 4, le Code du Travail de 2015 stipule que « *Sous réserve des dispositions expresses du présent Code ou de tout autre texte de nature législative ou réglementaire protégeant les femmes et les enfants, ainsi que des dispositions relatives à la condition des étrangers, aucun employeur ne peut prendre en considération le sexe, l'âge, l'ascendance nationale, la race, la religion, l'opinion politique et religieuse, l'origine sociale, l'appartenance ou la non-appartenance à un syndicat et l'activité syndicale, la séropositivité au VIH ou VIH avérés ou présumés, le handicap des travailleurs pour arrêter ses décisions en ce qui concerne, notamment, l'embauchage, la conduite et la répartition du travail, la formation professionnelle, l'avancement, la promotion, la rémunération, l'octroi d'avantages sociaux, la discipline ou la rupture du contrat de travail* ». Par cet article, il est établi que toute discrimination à l'endroit des migrants nationaux et internationaux, de tous travailleurs quel que soit sa situation, est interdite. Cette disposition

devra être respectée surtout que le Code du travail est muet sur le travail des migrants, de sorte à donner l'opportunité à tous les travailleurs sans discrimination et en toute équité. Ce vide juridique pourrait être à la base d'un afflux de travailleurs migrants avec le risque de conflits sociaux surtout avec les communautés hôtes. Toute chose qui est prévue être réglée dans le cadre du présent PGMO.

4.4.2. TRAVAIL DES ENFANTS

La Loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail en son article 23.2 précise que « les enfants ne peuvent être employés dans aucune entreprise avant l'âge de 16 ans et apprentis avant l'âge de 14 ans, sauf dérogation édictée par voie réglementaire ». L'âge minimal qui sera considéré dans le cadre du PA COVID-19, que ce soit en tant qu'employé ou d'apprentis, du fait de la spécificité du virus responsable et de l'impérieuse nécessité de comprendre les mesures barrières et de les respecter scrupuleusement et façon permanente, sera l'âge de 18 ans d'autant plus que la Loi N°2019-572 du 26 juin 2019 sur la minorité a fixé l'âge de la majorité civile à 18 ans. Même si le Code du Travail de 2015 dispose en son article 23.2 que les jeunes travailleurs n'ayant pas encore atteints la majorité civile (18 ans), ont les mêmes droits que les travailleurs de leur catégorie professionnelle, quel que soit l'âge de ceux-ci, le niveau de risque élevé lié au virus SARS-CoV-2 responsable de la COVID-19, associé au Code Pénal qui fixe l'âge de la majorité pénale à 18 ans et aux dispositions de la convention de l'OIT, commande que l'âge requis pour le travail dans le cadre du 2^{ème} FA, comme c'est le cas pour le PA COVID-19 soit celui de la majorité civile ou pénale en Côte d'Ivoire.

Par ailleurs, dans le cadre du FA au PA COVID-19, les jeunes travailleurs seront employés uniquement en tenant compte du respect des exigences de la protection de la main d'œuvre tel que prescrites par la Norme Environnementale et Sociale (NES) N°2 : Emploi et conditions de travail, en ses paragraphes 18 et 19. En effet, se basant sur le paragraphe 18 de la NES 2, le jeune travailleur peut être employé ou recruté dans le cadre d'un projet uniquement dans les conditions suivantes : (i) le travail offert est conforme aux indications du paragraphe 19, (ii) une évaluation appropriée des risques est effectuée avant le début des travaux et (iii) une surveillance régulière de la santé, des conditions de travail, des heures de travail et des autres exigences de la NES 2. Le Paragraphe 19 de la NES 2 indique que « il sera interdit d'employer ou de recruter un enfant âgé de moins de 18 ans en lien avec le projet, d'une manière qui soit susceptible de lui être dangereuse ou d'entraver son éducation ou être préjudiciable à sa santé ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social », Le recrutement des jeunes travailleurs dans le cadre du 2^{ème} FA devra répondre à ces dispositions.

4.4.3. TRAVAIL FORCE

Nul ne doit avoir recours au travail forcé. En effet, l'article 3 du Code du Travail de 2015 dispose que « Le travail forcé ou obligatoire est interdit de façon absolue. On entend par travail forcé ou obligatoire, tout travail ou service exigé d'un individu sous la menace d'une peine quelconque et pour lequel l'individu ne s'est pas offert de plein gré ». Dans le cadre du 2^{ème} FA à l'instar du 1^{er} FA (PA COVID-19), cette interdiction s'appliquera à toute sorte de travail forcé ou obligatoire, tel que la servitude pour dettes ou des types d'emploi analogues. Aucune victime de trafic humain ne sera employée.

La Convention N°029 de l'OIT sur le travail forcé (C029) stipule en son article 1 que « Tout Membre de l'Organisation internationale du Travail qui ratifie la présente convention s'engage à supprimer l'emploi du travail forcé ou obligatoire sous toutes ses formes dans le plus bref délai possible ». Et tout Membre de l'OIT qui ratifie la C029 s'engage à l'appliquer aux territoires soumis à sa souveraineté, juridiction, protection, suzeraineté, tutelle ou autorité, dans la mesure où il a le droit de souscrire des obligations touchant à des questions de juridiction intérieure (art. 26). La Convention C105 de l'OIT quant à elle vient abolir le travail forcé et enjoint l'ensemble des pays Membres l'ayant ratifié à tout mettre en œuvre pour le supprimer et à ne point y avoir recours.

4.5. TRAVAILLEURS COMMUNAUTAIRES

Le 2^{ème} FA au PA COVID-19 de la Côte d'Ivoire accorde une grande importance à « l'engagement communautaire » à travers la Composante 2 : Communication, sur la santé et engagement communautaire.

Le travailleur communautaire désigne essentiellement la main-d'œuvre issue des communautés locales fournie sur une base volontaire ou sur la base d'un « contrat/protocole de collaboration » ou d'un « contrat de prestation de services ». Il peut concerner les groupements de femmes, de jeunes et les autres associations de développement.

Dans le cadre du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA avec la situation d'urgence et vu la nécessité d'un engagement communautaire fort, des consultations ont eu lieu avec les différents acteurs dont la Banque mondiale et l'option a été prise de s'appuyer sur des structures (i) spécialisées, (ii) connues et fiables aux yeux des communautés, (iii) disposant d'un important réseau au sein de la communauté et (iv) une expérience en matière de travail communautaire.

Ainsi, ont été identifiés pour mobiliser les travailleurs communautaires pour renforcer la riposte contre la COVID-19 :

- L'UNICEF qui dispose en plus, de la plateforme U-Report ;
- Alliance Côte d'Ivoire ;
- La Fédération Nationale des Organisations de Santé de Cote d'Ivoire (FENOS-CI) ;

- L'Agence Nationale de Développement Rural (ANADER).

Après la sélection de ces structures et des séances de travail, des Conventions ont été signées pour une période déterminée, allant de six (06) à douze (12) mois renouvelables en fonction de l'évolution de la pandémie. Ces Conventions disposent de clauses notamment d'obligations, de force majeure et de résiliation.

La contribution de l'UNICEF, l'ANADER, la FENOSCI et Alliance Côte d'Ivoire a permis de contribuer à l'information et la sensibilisation des parties prenantes et obtenir leur adhésion au projet. Toute chose qui a permis d'avoir 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 %.

Pour l'engagement des travailleurs communautaires comme prestataires, l'UCP Santé Banque Mondiale organisera à travers les structures contractantes, une sensibilisation dans les différentes communautés afin qu'elles soient informées entre autres, des activités requérant de la main d'œuvre non-qualifiée.

Le projet spécifiera et privilégiera un processus inclusif envers les personnes et groupes les plus vulnérables et marginalisés tels que les femmes, les handicapés, les enfants en âge de travailler, etc. et s'assurer que ces mêmes personnes sont bien conscientes des activités à mettre en œuvre et de leur capacité à y participer.

Le projet insistera sur la nécessité de doter tous les travailleurs communautaires d'EPI et de les habiliter aux gestes barrières pour les protéger contre les risques et conséquences de la COVID-19, ainsi qu'à leur entourage. Cette protection individuelle sera adaptée aux réalités probables sur le terrain, pour se prémunir dans les situations où il y a des cas confirmés ou suspects de COVID-19 parmi les travailleurs.

4.6. EMPLOYES DES FOURNISSEURS PRINCIPAUX

Dans le cadre du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA, il n'est pas répertorié de risques considérables de travail des enfants ou de travail forcé ou de risques sérieux relatifs à des questions de sécurité se rapportant aux fournisseurs principaux.

Les procédures de suivi et de rapports concernant les employés des fournisseurs principaux ne seront pas entravées.

Cependant, pour protéger la vie et la santé des travailleurs, l'employeur est tenu par la loi de prendre toutes les mesures utiles qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise.

Il doit notamment aménager les installations et régler la marche du travail de manière à prémunir le mieux possible les salariés contre les accidents de travail et maladies professionnels, pour un bien-être physique, mental et social. En fonction de la nature des travaux et des risques particuliers auxquels sont exposés les travailleurs, il sera demandé aux entreprises prestataires

la création d'un Comité Santé Sécurité au Travail conformément aux dispositions des articles 42.1 et suivants de la loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail.

4.7. DELAIS DE COUVERTURE DES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE

Toutes les ressources humaines à mobiliser dans le cadre du 2^{ème} FA au PA COVID-19 devront l'être dans les douze mois suivant son entrée en vigueur, prenant en compte les besoins du Projet et le rythme des acquisitions.

Le personnel engagé dans la coordination et la gestion de la pandémie est déjà en place aux niveaux central et périphérique (Régions, Départements et Communes).

Concernant l'UCP Santé Banque Mondiale, certains des travailleurs qui interviendront dans le cadre du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA sont déjà en place. Concernant le Chargé de Projet, l'Assistant Comptable et le Spécialiste en Passation de Marchés, le processus de recrutement est en cours et devrait être achevé au cours.

Les travailleurs (personnel de santé et équipe de soutien) sous contrat ou non au niveau du MSHPCMU sont déjà en place.

Les Prestataires de services (Bureaux d'Etudes et Consultants individuels) seront recrutés par appels d'offres conformément aux exigences nationales et de la Banque Mondiale, avec l'établissement en bonne et due forme de contrats de prestation.

Des travailleurs communautaires sont déjà mobilisés et impliqués dans la mise en œuvre de certains sous-projets (sensibilisation, communication, assistance psychosociale, etc.), leur travail pouvant être financé par la Composante n° 2 « Communication sur la santé et engagement communautaire » du PA COVID-19.

On peut estimer qu'environ 35 854 travailleurs communautaires potentiels seront opérationnels au cours de toute la durée de mise en œuvre du PA COVID-19.

5. EVALUATION DES PRINCIPAUX RISQUES POTENTIELS LIES AU TRAVAIL

Il s'agit dans cette section de décrire les risques potentiels ainsi que les mesures pour y faire face au cours de l'exécution du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA.

5.1. PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN-D'ŒUVRE

Le risque professionnel est la probabilité pour un travailleurs ou un salarié exposé à une situation dangereuse lors de son activité professionnelle, de subir des effets nocifs pour son état de bien-être physique, mental et social. Dans le cadre de la COVID-19, on distingue essentiellement les risques physiques, chimiques, biologique et psychosociaux. Les risques professionnels peuvent être très nombreux et de toute sorte. Une évaluation insuffisante de ces risques professionnels et leur mauvaise gestion peuvent conduire à des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

La Loi n° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail stipule en son article 41.2 que « pour protéger la vie et la santé des salariés, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures utiles qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise. Il doit notamment aménager les installations et régler la marche du travail de manière à préserver le mieux possible les salariés des accidents et maladies ».

Conformément à l'article 2 du décret N°96-206 du 07 mars 1996 relatif au Comité Santé Sécurité au Travail (CSST), l'employeur dans tout établissement ou entreprise comptant plus de cinquante travailleurs ou salariés doit mettre en place un CSST. Ce Comité a pour mission de : (i) contribuer à la protection de la santé et de la sécurité de tous les travailleurs de l'entreprise ainsi que l'amélioration des conditions de travail, (ii) procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs, ainsi qu'à l'analyse des condition de travail, (iii) procéder ou participer à des inspections de l'entreprise dans l'exercice de sa mission en vue de s'assurer de l'application des prescriptions concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, notamment du respect des équipements de protection, (iv) susciter toute initiative relative à la promotion de la prévention des risques professionnels. Par ailleurs, le CSST participe au choix des équipement de protection individuelle, à la charge de l'employeur.

Selon l'article 66 de la loi n° 99-477 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance Sociale, « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à tout travailleur soumis aux dispositions du Code du Travail. Sont également considérés comme accident du travail, l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet de sa résidence au lieu du travail et vice versa, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de son emploi, et l'accident survenu pendant les voyages dont les frais sont mis à la charge de l'employeur en vertu de l'article 26.1 du Code du Travail ».

Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique et/ou psychosocial, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Le Code de Prévoyance Sociale prévoit en ses articles 80 et suivants, les conditions et modalités de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En dehors des accidents de travail et des maladies professionnelles, le risque de la main-d'œuvre peut être lié aux travaux forcés, à l'exploitation des enfants et à d'autres incidents notamment les violences basées sur le genre.

Dans le cadre de la mise en œuvre des composantes du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA, le risque le plus redouté est la contamination du personnel et de leur proche dans le cadre de l'exercice de leur fonction ou non.

Par ailleurs, les risques potentiels auxquels la main d'œuvre est exposée sont liés à la sécurité sur le lieu de travail et à la santé des travailleurs. Pour le PA COVID 19 et le 2^{ème} FA, les risques identifiés, présentés dans le tableau 5, sont résumés comme suit :

- les risques de maladies liées à la profession chez le personnel de bureaux de l'UCP Santé Banque Mondiale et des agences d'exécution (troubles musculo-squelettiques, accidents de trajet) ;
- les risques pour la santé et la sécurité chez le personnel des prestataires en charge des opérations de mise aux normes des différents CIDT et des chambres froides, notamment les risques de blessures et d'accidents pour les travailleurs, le risque de transmission de maladies à partir des liquides et matières biologiques (sang, urines, vomis, fèces, gouttelettes respiratoires expulsées par le nez ou par la bouche, etc.) ou à partir d'émanation de poussières, de gaz carbonique, augmentant notamment ainsi l'incidence des maladies respiratoires ;
- les risques typiques liés aux travaux de rénovation et de réhabilitation, comprenant l'exposition aux dangers physiques relativement à l'utilisation des équipements et matériels, les risques de trébuchement et de chute, l'exposition au bruit et à la poussière, la chute d'objets, l'exposition à des matières dangereuses et l'exposition aux dangers électriques ;
- les risques de contamination par la COVID-19, imputables aux activités professionnelles et l'exposition à des substances dangereuses tels que les médicaments, les différents réactifs et produits chimiques utilisés par le personnel de santé, les travailleurs communautaires et le personnel de soutien ;
- les risques liés aux déchets sanitaires hautement infectieux et chimiques avec les infections associés aux soins notamment les infections nosocomiales ;
- les risques de violences basées sur le genre (VBG), suite à l'afflux de la main d'œuvre, les nouveaux travailleurs (en dehors de leur sphère sociale) pourraient nouer des relations sociales étroites, généralement avec des femmes membres des communautés locales. Cela peut conduire à un spectre de comportements inacceptables e/ou illicites, allant des avancées agressives non désirées, au harcèlement sexuel, violence sexiste à l'égard des femmes et des enfants ;
- le travail des enfants surtout parmi la main d'œuvre des entreprises prestataires de services. Mais, les personnes de moins de 18 ans ne seront pas employées dans le projet, sauf éventuellement dans des bureaux. Une fois le projet achevé et au cours de l'exploitation, les risques principaux seraient les risques dits « courants ».

Une autre catégorie de risque est liée au départ de certains volontaires qui sont majoritairement des étudiants en thèse ou ayant soutenu leur Doctorat et apportant leur appui à la Task Force COVID-19 intervenant dans la PCI.

Les principaux risques sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6. Principaux risques liés à la main d'œuvre

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
COORDINATION	CABINET MSHPCMU	Planificateur / Coordonnateur stratégique.	<ul style="list-style-type: none"> - Risque lié au déplacement de l'équipe de coordination et de supervision pour l'information, la sensibilisation et la mobilisation (état du réseau routier national) ; - Accidents corporels ; - Surexploitation du matériel roulant ; - Pression psychologique forte et stress (marge de décision courte) et surmenage physique ; - Contamination et maladie suite aux contacts avec le personnel soignant, les cas confirmés et les rassemblements pour plaider et points de presse ; - Agression et blessures par des éventuels manifestants mécontents de l'insuffisance / manque d'information et de la gestion de la crise.
	DGSHP	Coordonnateur opérationnel.	
	INHP	Coordonnateur opérationnel, Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Hygiénistes, Génies Sanitaires.	
	COUSP	Coordonnateur stratégique et opérationnel au niveau national, régional et départemental, Médecin de Santé Publique, Epidémiologistes, Biologistes, Virologues, Vétérinaires, Planificateurs, Economistes de la santé, Economistes, Forces de défense et de sécurité.	
	PTF	Banque Mondiale, OMS, UNICEF, etc.	
DEPISTAGE & RECHERCHE ACTIVE	INHP	Epidémiologistes, Biologistes, Hygiénistes, Médecin de Santé Publique, Infirmiers & Sages-femmes Spécialistes, Génies Sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> - Risques de blessures et de contamination (agents des services d'épidémiologie, des centres de dépistage) liés à la production de déchets hautement infectieux ou déchets pharmaceutiques / chimiques (dépistage et traitement) ; - Risques de pollution de l'environnement par la prolifération des déchets dangereux ou non ; - Risque de discriminations basées sur le genre ; - Risque de désertion des volontaires (Doctorants en médecine), fragilisant ainsi la Task Force COVID-19 ;
	INSP	Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Spécialiste Santé Environnement, Sociologue de la santé.	
	LNSP	Virologues, biologistes, aides laboratoires, généticiens, biochimistes, laborantins, aide-laborantins, personnel de soutien, agents de	

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
		prélèvements, agents d'hygiène des locaux et des dispositifs médicaux de laboratoire.	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'atteintes à la santé / sécurité des employés qui peuvent devenir de nouveaux vecteurs pour transmettre l'infection au grand public (transmission du milieu de soins au milieu communautaire) ; - Risque de non-conformité des dispositions architecturales avec un mauvais établissement des circuits (circuit propre, circuit sale, circuit des cas, circuit du personnel de soins, etc.), un emplacement inadéquat des différentes unités et l'usage de matériaux ne favorisant pas l'hygiène hospitalière ; - Risque de re-contamination des locaux et des équipements.
	IPCI	Virologues, biologistes, laborantins, aides laborantins, personnel de soutien, agents de prélèvements, agents d'hygiène des locaux et des dispositifs médicaux de laboratoire.	
	CEDRES	Virologues, biologistes, laborantins, aides laborantins, personnel de soutien, agents de prélèvements, agents d'hygiène des locaux et des dispositifs médicaux de laboratoire.	
	PTF	Personnel technique de soutien, logisticien, etc.	
	OSC	Tradipraticiens de santé, leaders communautaires.	
	Secteur privé	Fournisseurs de produits de laboratoire, personnel des industries pharmaceutiques, Prestataires de services d'hygiène et de gestion des déchets.	
ISOLEMENT & TRAITEMENT	SMIT	Médecins infectiologues, Urgentistes, Pneumologues, Biologistes, Pharmaciens, Toxicologues, Infirmiers, Sages-femmes, Aides-soignants, Garçons de salle, Filles de salle, brancardiers, Agents d'hygiène, Biomédicaux, Agents de sécurité, Secrétaires.	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de stigmatisation et de marginalisation des cas déclarés positifs à la COVID-19 et d'exclusion des personnes vulnérables ; - Risques de blessures et de contamination (agents des d'isolement et de traitement) liés à la production de déchets

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
	DEPS	Planificateur, Médecins de Santé Publique, Logisticiens, Biomédicaux, Spécialistes Infrastructures.	<p>hautement infectieux ou déchets pharmaceutiques / chimiques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risques de pollution de l'environnement par la prolifération des déchets dangereux ou non ; - Production accrue des déchets sanitaires solides à risque infectieux et pharmaceutique/chimique par l'accroissement de l'offre de soins (augmentation du nombre de CIDT) ; - Risque d'atteintes à la santé / sécurité des employés qui peuvent devenir de nouveaux vecteurs pour transmettre l'infection au grand public (transmission du milieu de soins au milieu communautaire) ; - Risque de non-conformité des dispositions architecturales avec un mauvais établissement des circuits (circuit propre, circuit sale, circuit des cas, circuit du personnel de soins, etc.), un emplacement inadéquat des différentes unités et l'usage de matériaux ne favorisant pas l'hygiène hospitalière ; - Risque d'infections nosocomiales ; - Risque d'insuffisance/absence d'équité et de favoritisme ; - Risque de violences des populations défavorisées à l'encontre des agents de santé / Agents de Santé Communautaire (ASC) ; - Risque de stigmatisation et de marginalisation des cas déclarés positifs à la COVID-19 ; - Risque d'insuffisance/absence d'équité et de favoritisme ; - Risque de maladies liées à la sédentarité..
	SAMU	Urgentistes, Réanimateurs, Infirmiers, Ambulanciers, Brancardiers, Chauffeurs.	
	Secteur privé, hôtellerie, cliniques	Personnel des Cliniques et Cabinets médicaux, personnel des sites d'isolement (hôtels, cités universitaires, etc., prestataires du BTP, fournisseurs, sous-traitant, entreprises de traitement des déchets sanitaires dangereux et banals.	
	Société civile	Associations de consommateurs, leaders d'opinions, communicateurs, etc.	
	DRSHPCMU & DDSHPCMU	Médecins, Infirmiers, Sages-femmes, Aides-soignants, Garçons et Filles de salles, agents d'hygiène, personnel administratif des CHR, HG et ESPC, ASC.	

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
PREVENTION ET CONTROLE D' INFECTION	INHP	Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Hygiénistes, Génies Sanitaires, Qualiticiens, Communicateurs, Infirmiers et Sages-femmes Spécialistes, Personnel de désinfection.	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de désinformation/méconnaissance sur les procédures ; - Risques de blessures et de contamination (agents des services d'épidémiologie, des centres de dépistage) liés à la production de déchets hautement infectieux ou déchets pharmaceutiques / chimiques (dépistage et traitement) ; - Risque de désertion des volontaires (Doctorants en médecine), fragilisant ainsi la Task Force COVID-19.
	TASK FORCE PCI COVID-19	Médecins de Santé Publique, Epidémiologistes, Hygiénistes, Génies Sanitaires, Qualiticiens, Infirmiers et Sages-femmes Spécialistes.	
	ANAGED	Spécialistes de gestion des déchets, Sociétés de collecte et de transport des déchets, Personnel de désinfection, Communicateurs, Spécialiste en salubrité de l'environnement.	
	DHPSE	Médecins de Santé Publique, Hygiénistes, Génies Sanitaires, Spécialistes Hygiène des mains, Spécialiste Santé Environnement, Logisticiens, Secrétaires, Chauffeurs.	
	MININTERPC, MT, MEMD, MEF, MINEDD, MRAH, MCM, MINASS	Policiers, Gendarmes, Militaires du génie, Pompiers, Médecins, Pharmaciens, Vétérinaires, Economistes, Financiers, Communicateurs, Hommes & Femmes de Médias, Infirmiers, Personnel du Génie civil, Génies Sanitaires, Environnementalistes, Personnel navigant (navires et aéronefs), Chauffeurs, etc.	
	Société Civile	Bénévoles, Groupements associatifs, ONG, Groupes religieux.	

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
	Secteur privé	Médecins, Pharmaciens, fabricants de masques artisanaux, chirurgicaux, Importateurs de matériels et équipements médicaux, Hôteliers, Restaurateurs, etc.	
	PTF	Banque Mondiale, OMS, UNICEF (Financiers, Logisticiens, Personnel Administratif et Technique).	
SURVEILLANCE DEL'APPLICATIN DES MESURES BARRIERES & DES POINTS D' ENTREE	INHP	Equipes de prévention aux frontières, Médecins, Hygiénistes, Epidémiologistes, Infirmiers.	<ul style="list-style-type: none"> - Importante production d'eaux usées par la pratique accrue du lavage des mains ; - Risque de violences des populations défavorisées à l'encontre des agents de santé et de sécurité / Agents de Santé Communautaire (ASC) ; - Risque de violences des agents chargés de la surveillance envers les populations ; - Risque de stigmatisation et de marginalisation des cas déclarés positifs à la COVID-19 ; - Risque d'insuffisance/absence d'équité et de favoritisme.
	MRAH, MINEF, MBPE, MINITERPC MEM	Agents des eaux et forêts, Vétérinaires, Douaniers, Policiers, Gendarmes.	
	LNSP, IPCI, CEDRES	Biologistes, Laborantins, Agents de prélèvements, Convoyeurs, Chauffeurs.	

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
	DRSHP & DDSHP	Médecins, Infirmiers, Agents des sites sentinelles, Infirmiers, Sages-femmes, Ingénieurs/Techniciens Supérieurs de Santé, Agent d'hygiène, ASC.	
	Société Civile	Contrôleurs citoyens, Lanceurs d'alertes, Financiers.	
	Secteur Privé	Médecins, Pharmaciens, fabricants de masques artisanaux, chirurgicaux, Importateurs de matériels et équipements médicaux, Hôteliers, Restaurateurs, etc.	
	PTF	Banque Mondiale, OMS, UNICEF, etc. (Conseillers Techniques et appui financier, Logisticiens, Personnel Administratif et Technique).	
EQUIPES D' INTERVENTION RAPIDE (EIR)	COUSP	Médecin de Santé Publique, Infectiologues, Epidémiologistes, Urgentistes, Réanimateurs, Biologistes, Virologues, Logisticiens, hygiénistes, Forces de défense et de sécurité.	<ul style="list-style-type: none"> - Agression et blessures par des éventuels manifestants mécontents de l'insuffisance / l'inefficacité de la prise en charge ; - Risques de blessures et de contamination (agents des services d'épidémiologie, des centres de dépistage) liés à la production de déchets hautement infectieux ou déchets pharmaceutiques / chimiques (dépistage et traitement) ; - Risques de pollution de l'environnement par la prolifération des déchets dangereux ou non ; - Risque de discriminations basées sur le genre ;
	SAMU	Urgentistes, Réanimateurs, Infirmiers, Ambulanciers, Brancardiers, Chauffeurs	
	CRCI	Médecins, Secouristes, Ambulanciers, Brancardiers, Chauffeurs, Bénévoles, etc.	
	Secteur Privé	Equipes des Services d'urgence médicale des Cliniques et Centres Médicaux, Transporteurs.	

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
	PTF	Bailleurs de Fonds, Conseillers Financiers, Conseillers Techniques.	- Risque de discrimination dans la prise en charge en urgence.
COMMUNICATION DU RISQUE COVID-10 & ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE	DCRP, Commission Communication du COUSP	Communicateurs, Expert en relations publiques, Spécialistes Communication de Crise, Personnel de soutien (preneurs de sons, cameramen, cablemen, etc.), Planificateurs, Spécialistes en plaidoyer.	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de désinformation et de diffusion de fausses nouvelles ; - Risque de violences des populations défavorisées à l'encontre des ASC et des bénévoles ; - Risque de discrimination de certains groupes qui ne peuvent pas être atteints par les médias ; - Risque de stigmatisation et de marginalisation à l'endroit des ASC et des bénévoles impliqués dans la lutte et en contact direct ou indirect avec les cas suspects ou déclarés positifs ; - Risque de désinformation et de diffusion de fausses nouvelles.
	INHP	Médecins de Santé Publique, Spécialistes en Communication de Crise, Gestionnaires de risques sanitaires, Epidémiologistes.	
	Société Civile	Bénévoles, Artistes, Communicateurs, Leaders Communautaires, Groupements associatifs, Groupes Religieux, Leaders d'opinion, Radios Confessionnelles, Blogueurs, etc.	
	MCM, MFFE, MSLP, MINEDD, MV, MINASS	Communicateurs, Hommes & Femmes de Médias, Hygiénistes, Experts en Marketing Social et Changement de Comportement, Génies Sanitaires, Environnementalistes, Agents de d'hygiène et de Salubrité.	
	Secteur Privé	Société Privées de Communications, Blogueurs privés.	

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
	Collectivités Territoriales	Journalistes de Radios de proximité, Service d'Hygiène des Collectivités, Brigades de Salubrité / Police Municipale, Jeunesse Municipale, Membres des Plateformes de Service des Collectivités.	
MOBILISATION & GESTION DE LA MAIN D'ŒUVRE	DRH Santé	Personnel administratif et de soutien, Juristes, Sociologues, Economiste de la Santé, Médecin de Santé Publique, Planificateur.	<ul style="list-style-type: none"> - Risque lié au déplacement de l'équipe de coordination et de supervision pour l'information, la sensibilisation et la mobilisation (état du réseau routier national) ; - Accidents corporels ; - Surexploitation du matériel roulant ; - Pression psychologique forte et stress (marge de décision courte) et surmenage physique ; - Contamination et maladie suite aux contacts avec les prestataires de services (fournisseurs) et les rencontres/rassemblements pour plaider et points de presse ; - Agression et blessures par des éventuels manifestants mécontents de l'insuffisance / manque d'information et de la gestion de la crise ; - Démotivation du personnel de santé et des ASC ; - Risques de conflits sociaux entre travailleurs et communautés hôtes des sous-projets. - Risque de discrimination dans la sélection de la main d'œuvre.
	UCPS-BM	Coordonnateur, RAF, Spécialiste Sauvegarde Sociale, Spécialiste Communication, Spécialiste Sauvegarde Environnementale, Juristes.	

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
DEPLOIEMENT DU VACCIN ET STRATEGIE DU SURVEILLANCE	DC-PEV	Directeur, Directeur-Coordonnateur, Sous-directeurs, Chefs d'antenne, Chefs de Services, Logisticiens, Superviseurs, Agents vaccinateurs, Chargés de Communication, Mobilisateurs, Chauffeurs, Points focaux MAPI, Techniciens de Laboratoires	<ul style="list-style-type: none"> - Risque lié au déplacement de l'équipe de coordination et de supervision pour l'information, la sensibilisation et la mobilisation (état du réseau routier national) ; - Accidents corporels ; - Démotivation du personnel et surtout des agents vaccinateurs ; - Risques de conflits sociaux entre les vaccinateurs, les superviseurs et les mobilisateurs avec communautés ; - Risques d'agressions des agents vaccinateurs par les cibles ; - Risques de blessures par insécurité des injection ; - Risque de stigmatisation des agents vaccinateurs ; - Risque de discrimination dans la sélection de la main d'œuvre et la rémunération.
	INHP		

STADE	ACTEURS	PROFIL DU PERSONNEL	PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MAIN DOEUVRE
	UCPS-BM	Coordonnateur, RAF, Spécialiste Sauvegarde Sociale, Spécialiste Communication, Spécialiste Sauvegarde Environnementale, Juristes.	<ul style="list-style-type: none"> - Risque lié au déplacement de l'équipe de coordination et de supervision pour l'information, la sensibilisation et la mobilisation (état du réseau routier national) ; - Accidents corporels ; - Surexploitation du matériel roulant ; - Pression psychologique forte et stress (marge de décision courte) et surmenage physique ; - Contamination et maladie suite aux contacts avec les prestataires de services (fournisseurs) et les rencontres/rassemblements pour plaidoyer et points de presse ; - Agression et blessures par des éventuels manifestants mécontents de l'insuffisance / manque d'information et de la gestion de la crise ; - Risque de discrimination dans la sélection de la main d'œuvre et dans la rémunération.

Pour ce qui concerne particulièrement les FA, l'insuffisance d'EPI, l'absence de produits d'hygiène et de points d'eau pour le lavage des mains, le non-respect, par les usagers des CIDT, des mesures barrières, les dispositions architecturales inadaptées en matière d'hygiène hospitalière, l'exposition aux déchets dangereux (infectieux ou chimiques/pharmaceutiques), la mauvaise qualité des repas et de l'eau, le stress, l'insuffisance d'information et de mobilisation des communautés autour de la vaccination, l'insuffisance de formation des agents vaccinateurs, le manque de contenant pour la collecte des déchets de vaccination, etc., pourraient exposer les travailleurs à des risques évidents de contamination, d'agressions, de blessures et d'altération à court, moyen et long terme de leur état de santé. Toute chose qui affectera leur productivité et leur pleine participation à la lutte contre la pandémie.

L'ensemble de ces risques seront évalués et des mesures de prévention et de mitigation appropriées seront préconisées.

6. APERÇU DE LA LEGISLATION DU TRAVAIL : TERMES ET CONDITIONS

6.1. CONDITIONS GENERALES

6.1.1. DROIT AU TRAVAIL DECENT

Le droit aux conditions de travail décentes et à une rémunération équitable est reconnu à chaque citoyen par la Constitution de 2016 en son article 15.

L'Etat met donc tout en œuvre pour aider le citoyen à trouver un emploi et à le conserver lorsqu'il l'a obtenu. L'Etat assure l'égalité de chance et de traitement des citoyens en ce qui concerne l'accès à la formation professionnelle et à l'emploi, sans distinction d'origine, de race, de sexe et de religion.

La Convention N°205 sur l'emploi et le travail décent pour la paix et la résilience fournit aux pays Membres dont la Côte d'Ivoire, les orientations sur les mesures à prendre en faveur de l'emploi et du travail décent pour la prévention, le redressement, la paix et la résilience face aux situations de crise résultant de conflits et de catastrophes.

6.1.2. TEMPS DE TRAVAIL, SALAIRES ET RETENUE A LA SOURCE

La durée du travail est fixée par l'employeur dans le respect des règles édictées par le présent Code et des textes pris pour son application. La durée et l'horaire de travail sont affichés sur les lieux de travail et communiqués à l'Inspecteur du Travail et des Lois Sociales (Art. 21.1 du Code du Travail de 2015).

Dans tous les établissements soumis au présent Code, à l'exception des établissements agricoles, la durée normale du travail des personnels, quels que soient leur sexe et leur mode de

rémunération, est fixé à 40 heures par semaine. Cette durée peut être dépassée par application des règles relatives aux équivalences, aux heures supplémentaires, à la récupération des heures de travail perdues et à la modulation (Article 21.2 alinéa 1 du Code du Travail de 2015).

Une durée de travail inférieure à la durée normale peut être stipulée dans le cadre du travail à temps partiel. Dans ce cas, le contrat doit être constaté par écrit, ou une lettre d'embauche mentionnant la durée du travail. Des heures complémentaires peuvent être accomplies dans des conditions et limites prévues par le décret (Article 21.2 alinéa 3 du Code du Travail de 2015).

La Constitution de 2016 en son article 15 dispose que « Nul ne peut être privé de ses revenus, du fait de la fiscalité, au-delà d'une quotité dont le niveau est déterminé par la loi ».

Le salaire « ne peut être inférieur au salaire minimum catégoriel fixé par convention ou accord ou à défaut par voie réglementaire. Aucun salaire n'est dû en cas d'absence, en dehors des cas prévus par la réglementation et sauf accord entre les parties intéressées » (article 31.1 alinéas 2 et 3 du Code du Travail de 2015).

« La rémunération d'un travail à la tâche ou aux pièces doit être calculées de telle sorte qu'elle procure au travailleur de capacité moyenne et travaillant normalement, un salaire au moins égal à celui du travailleur rémunéré au temps, effectuant un travail analogue » (article 31.5 du Code du Travail de 2015). Le taux minimum de salaires ainsi que les conditions de rémunération du travail à la tâche ou aux pièces sont affichés au bureau des employeurs et sur les lieux de paie du personnel » (article 31.6 du Code du Travail de 2015). « Un décret fixe les montants du Salaire Minimum Interprofessionnel garanti, en abrégé SMIG, (...) après avis de la Commission Consultative du Travail » (article 31.8 alinéa 1 du Code du Travail de 2015). « Le paiement doit être fait en monnaie ayant cours légal, nonobstant toute stipulation contraire. (...) Aucun employeur ne peut restreindre de quelque manière que ce soit la liberté du travailleur de disposer de son salaire à son gré ». (article 32.1 du Code du Travail de 2015).

De même, au niveau international, l'OIT prévoit dans la Convention C131 relative à la fixation des salaires minima en son article 1, que « Tout Membre de l'Organisation internationale du Travail qui ratifie la présente convention s'engage à établir un système de salaires minima protégeant tous les groupes de salariés dont les conditions d'emploi sont telles qu'il serait approprié d'assurer leur protection ». En son article 2, la C131 dispose que « Les salaires minima auront force de loi et ne pourront pas être abaissés. Leur non-application entraînera l'application de sanctions appropriées, pénales ou autres, à l'encontre de la personne ou des personnes responsable ».

6.1.3. TRAVAIL DES ENFANTS, TRAVAIL FORCE ET EMPLOI DANS LE CADRE DU PROJET

Les enfants ne peuvent être employés dans aucune entreprise avant l'âge de 16 ans et apprentis avant l'âge de 14 ans, sauf dérogation édictée par voie réglementaire (article 23.2 alinéa 1 du Code du Travail de 2015)

Selon l'article 5 de la Constitution de 2016, « L'esclavage, la traite des êtres humains, le travail forcé, la torture physique ou morale, les traitements inhumains, cruels, dégradants et humiliants, les violences physiques, les mutilations génitales féminines ainsi que toutes les autres formes d'avilissement de l'être humain sont interdites ».

Nul ne doit avoir recours au travail forcé. En effet, l'article 3 du Code du Travail de 2015 dispose que « *Le travail forcé ou obligatoire est interdit de façon absolue. On entend par travail forcé ou obligatoire, tout travail ou service exigé d'un individu sous la menace d'une peine quelconque et pour lequel l'individu ne s'est pas offert de plein gré* ». Dans le cadre du PA COVID-19, cette interdiction s'appliquera à toute sorte de travail forcé ou obligatoire, tel que la servitude pour dettes ou des types d'emploi analogues. Aucune victime de trafic humain ne sera employée.

La Convention N°029 de l'OIT sur le travail forcé (C029) stipule en son article 1 que « Tout Membre de l'Organisation internationale du Travail qui ratifie la présente convention s'engage à supprimer l'emploi du travail forcé ou obligatoire sous toutes ses formes dans le plus bref délai possible ». Et tout Membre de l'OIT qui ratifie la C029 s'engage à l'appliquer aux territoires soumis à sa souveraineté, juridiction, protection, suzeraineté, tutelle ou autorité, dans la mesure où il a le droit de souscrire des obligations touchant à des questions de juridiction intérieure (art. 26). La Convention C105 de l'OIT quant à elle vient abolir le travail forcé et enjoint l'ensemble des pays Membres l'ayant ratifié à tout mettre en œuvre pour le supprimer et à ne point y avoir recours.

Les heures de travail applicables au projet sont régies par le décret no 96-203 du 7 mars 1996, relatif à la durée du travail. Selon les dispositions de ce décret, la durée de travail hebdomadaire est de 40 heures, soit 08 heures par jour.

Pour les Consultants du projet, ils sont régis par les textes de la Banque Mondiale en matière de travail qui s'appliquent aux travailleurs recrutés par les projets ou intervenant au compte du projet. Il s'agit des directives et des règlements comme la Directive pour la sélection et emploi de Consultant par les emprunteurs de la Banque Mondiale (janvier 2011 version révisée juillet 2014), les règlements de passation de marché pour les emprunteurs sollicitant le financement de projets d'investissement (FPI) juillet 2016.

6.1.4. LIBERTE D'EXPRESSION ET D'ASSOCIATION

La liberté syndicale s'exerce dans toute entreprise, dans le respect des droits et libertés garantis par la Constitution en particulier la liberté individuelle du travail (Art. 51.1 du Code du Travail de 2015). Le libre exercice du droit syndical et à la liberté d'opinion des travailleurs est consacré par le Code du Travail de 2015 en son article 73.2.

6.1.5. PERSONNES A MOBILITE REDUITE

Le Code du travail ivoirien de 2015 accorde une place de choix aux travailleurs à mobilité réduite de sorte que selon l'article 12.2 « l'employeur doit réserver un quota d'emplois aux personnes en situation de handicap possédant la qualification professionnelle requise. En outre, la législation nationale reconnaît les droits formels des personnes handicapées ou celles ayant simplement des difficultés de mobilité d'avoir accès aux bâtiments publics et aux sites ouverts au public.

La liberté syndicale et la protection du droit syndical est assurée par la Convention C087 relative à de l'OIT.

6.1.6. CONTRAT DE TRAVAIL

Les fonctionnaires de l'Etat sont régis par la Loi n°92-570 du 11 septembre 1992 portant Statut Général de la Fonction Publique, qui précise les conditions de recrutement, de types de position (disponibilité, détachement, sous les drapeaux), les mécanismes de gestion de contentieux et les conditions de résiliation de contrats ou de cessation de travail.

Concernant les non-fonctionnaires, ils sont régis par le Code du Travail de 2015 en ses article 14, 15 et 16.

Le Contrat à Durée Déterminée (CDD) qui est un contrat qui prend fin à l'arrivée d'un terme fixé par les parties au moment de sa conclusion est celui qui conviendrait le plus dans le cadre du PA COPVID-19 (Art. 15 du Code du travail de 2015).

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre des projets financés par la Banque Mondiale, les textes de cette dernière en matière de travail s'appliquent aux travailleurs recrutés par les projets ou intervenant au compte du projet. Il s'agit des directives et des règlements comme la Directive pour la sélection et l'emploi de Consultant par les Emprunteurs de la Banque Mondiale (janvier 2011 version révisée juillet 2014), les règlements de passation de marché pour les Emprunteurs sollicitant le financement de projets d'investissement (FPI) de juillet 2016.

Les termes et conditions institués par les lois et règlements en vigueur inclut les principes d'équité et d'égalité dans l'accès au travail.

6.2. ASPECTS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES EN MATIERE D’HYGIENE, DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

6.2.1. DISPOSITIONS NATIONALES EN MATIERE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL (SST)

La référence en la matière est la Constitution de novembre 2016 qui guide les relations individuelles et collectives dans le domaine du travail. Elle est très pertinente pour guider les relations entre employeurs et employés pendant la mise en œuvre du projet.

En effet, le Code du travail de 2015 précise en son article 21.2 que « dans tous les établissements soumis au présent Code à l’exception des établissements agricoles, la durée normale du travail des personnels, quel que soit leur sexe ou leur mode de rémunération, est fixée à 40 heures par semaine. Cette durée peut être dépassée par application des règles relatives aux équivalences, aux heures supplémentaires et à la récupération des heures de travail perdues et à la modulation ».

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

Dans le cadre du PA COVID-19, la législation du travail en matière d’emploi en Côte d’Ivoire est régie par les lois et les règlements ci-après :

- la Constitution de novembre 2016 ;
- la loi n° 92-570 du 11 septembre 1992 portant statut général de la Fonction Publique ;
- la loi 2015-532 du 20 juillet 2015 portant code du travail en Côte d’Ivoire ;
- la loi n° 73- 176 du 27 avril 1973 portant création d’une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et agents de de l’Etat ;
- la loi n° 62-405 du 7 novembre 1962 portant organisation du régime des pensions civiles ;
- la loi n° 99-477 du 2 août 1999 portant code de prévoyance sociale ;
- le décret n° 93-607 du 2 juillet 1993 portant modalités communes d'application du Statut général de la Fonction publique ;

- le décret n° 93-607 du 2 Juillet 1993, portant modalités communes d'application du statut général de la Fonction Publique ;
- le décret no 96-203 du 7 mars 1996, relatif à la durée du travail ;
- le décret 68-82 du 9 février 1968 portant réparation pécuniaire accordée aux agents de l'Etat en cas de maladie contractée en service ou d'accident survenu dans l'exercice de leurs fonctions ;
- l'arrêté n°2017-017 MEPS/CAB du 02 juin 2017 déterminant la liste des travaux dangereux interdits aux enfants.

La fonction publique ivoirienne est régie par la loi n° 92-570 du 11 septembre 1992 portant statut général de la Fonction Publique qui précise les conditions de recrutement, les mécanismes de gestion de contentieux survenus dans le cadre du travail et les conditions de résiliation de contrats ou de cessation de travail.

Quant aux travailleurs du secteur privé et les contractuels des projets, ils sont régis par la loi 2015-532 du 20 juillet 2015 portant code du travail en Côte d'Ivoire.

Cette loi précise également les droits et les obligations des travailleurs et des employeurs, ainsi que les modes de recrutement, les mécanismes de gestion de contentieux survenus dans le cadre du travail, les conditions de résiliation de contrats ou de cessation de travail et les mécanismes des traitements des conflits de travail tant individuels que collectifs.

6.2.2. NORMES DE LA BANQUE MONDIALE EN MATIERE DE SST

Dans le cadre de la mise en œuvre des projets financés par la Banque Mondiale, les textes de cette dernière en matière de travail s'appliquent aux travailleurs recrutés par les projets ou intervenant au compte du projet.

Il s'agit :

- de la Directive Environnementale, Sanitaires et Sécuritaire (DESS) Hygiène et Sécurité au Travail selon laquelle les employeurs et les agents de maîtrise sont tenus de prendre toutes les précautions raisonnables pour assurer la protection de la santé et la sécurité des travailleurs ;
- de la Directive pour la sélection et emploi de consultant par les emprunteurs de la Banque mondiale, janvier 2011 version révisée juillet 2014 ;
- des règlements de passation de marché pour les emprunteurs sollicitant le Financement de Projets d'Investissement (FPI) juillet 2016.

Les termes et conditions institués par les lois et règlements en vigueur incluent les principes d'équité et d'égalité dans l'accès au travail.

6.2.3. NORMES INTERNATIONALES EN MATIERE DE SST

Les principales normes internationales en matière de Santé et Sécurité au Travail sont :

a) C155 - Convention (n°155) de l'OIT sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981)

Cette Convention, se fondant sur la définition de la santé de l'OMS dans sa Constitution adoptée en juillet 1946 et entrée en vigueur le 07 avril 1948, précise que « le terme santé, en relation avec le travail, ne vise pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais inclut aussi les éléments physiques et mentaux affectant la santé directement liés à la sécurité et à l'hygiène du travail ». La Convention dispose que l'autorité étatique doit consulter les organisations professionnelles représentatives des employeurs et des travailleurs, pour (i) assurer l'application des dispositions législatives, (ii) coordonner les activités en matière de sécurité et de santé des travailleurs et (iii) promouvoir des échanges entre les différents acteurs du milieu du travail. Aussi, devront être indiquées clairement, les dispositions qui fixent les fonctions et responsabilités des pouvoirs publics, employeurs et travailleurs et veiller à la mise en place des organismes chargés de donner effet à ces différentes dispositions. Ces organismes doivent mettre en application et réexaminer de façon périodique, la politique ivoirienne en matière de santé et sécurité au travail dans un cadre tripartite avec les pouvoirs publics, les employeurs et les travailleurs.

b) C161 - Convention (n° 161) de l'OIT sur les services de santé au travail (1985)

Selon la C161, « l'expression services de santé au travail désigne un service investi de fonctions essentiellement préventives et chargé de conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'entreprise en ce qui concerne (i) les exigences requises pour établir et maintenir un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail, (ii) l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale ». L'article 9 de la C161 dispose que « les services de santé au travail devraient être multidisciplinaires ». Ces services sont organisés par les entreprises ou groupes d'entreprises, les pouvoirs publics ou services officiels, les institutions de sécurité sociale et tout autre organisme agréée par l'autorité compétente.

c) R171 - Recommandation (n° 171) sur les services de santé au travail (1985)

La Recommandation 171 de l'OIT précise les fonctions des services de santé qui devrait jouer un essentiellement préventif. Les services de santé au travail devraient également établir un programme d'activités adapté à l'entreprise ou aux entreprises qu'ils desservent en tenant compte notamment des risques professionnels qui se présentent sur les lieux de travail ainsi que des problèmes spécifiques des branches d'activité économiques intéressées.

d) C187 - Convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006)

Se référant à l'avis conjoint OMS-OIT, la C187 précise que « l'expression culture de prévention nationale en matière de sécurité et de santé désigne une culture où le droit à un milieu de travail sûr et salubre est respecté à tous les niveaux, où le Gouvernement, les employeurs et les travailleurs s'emploient activement à assurer un milieu de travail sûr et salubre au moyen d'un système de droits, de responsabilités et d'obligations définis et où le principe de prévention se voit accorder la plus haute priorité ».

e) Principes directeur concernant les systèmes de gestion SST – ILO-OSH 2002

Ce référentiel international de l'OIT (ILO-OHS 2001) répertorie les principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail. Il s'agit d'un document validé suivant la règle du tripartisme par les Etats et les partenaires sociaux (employeurs et travailleurs).

f) Normes ISO 45001 et ISO 14001

En plus des normes de l'OIT ayant un caractère obligatoire dès leur ratification par les pays, l'Organisation Internationale de Normalisation (ISO) a mis au point la norme ISO 45001 relative à la santé sécurité au travail, et la norme ISO 14001 relative à l'environnement.

6.3. PROTOCOLES NATIONAUX POUR LA PREVENTION DES MALADIES, LE DEPISTAGE ET LE TRAITEMENT

6.3.1. DISPOSITIONS NATIONALES DE LA SURVEILLANCE ET DE LA RIPOSTE CONTRE LES EPIDEMIES.

Pour assurer la promotion de la sécurité et de la santé au travail conformément aux exigences de la NES2, la surveillance et la riposte consisteront en une approche qui vise à recueillir des données sanitaires de plusieurs maladies à l'aide d'outils normalisés sur le lieu du travail. Pour assurer une alerte efficace et une riposte rapide en cas de phénomènes morbides au niveau des travailleurs, le système de recueil et d'analyse des données de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) s'appuie sur deux principaux canaux d'information ou de détection de signaux : la Surveillance Basée sur les Indicateurs (SBI) et la Surveillance Basée sur les Evénements (SBE).

La SBI est l'identification, le recueil, le suivi, l'analyse et l'interprétation systématiques réguliers de données structurées, tels que les indicateurs de santé issus des sources formelles identifiées.

La SBE est la saisie organisée et rapide d'informations sur des événements qui présentent un risque potentiel pour la santé publique de façon générale et spécifiquement, pour la propagation

de la COVID-19. Il peut s'agir de signaux ou de rapports transmis par des canaux formels notamment :

- les signes cliniques évocateurs d'un syndromes grippal tels que la fièvre, la toux, l'éternuement, l'écoulement nasal, les courbatures avec une complication sous forme d'anosmie, d'aphonie ;
- la survenue dans l'entourage du travailleur d'un cas suspect ou confirmé de la COVID-19 ;
- les évènements liés à la survenue de maladies chez l'homme ayant une symptomatologie proche de celle de la COVID-19, tels que des cas groupés inexplicables d'une maladie ou de syndromes, des types de maladies inhabituels ou des décès inattendus reconnus par des agents de la santé et d'autres informateurs clés de la communauté ;
- les évènements liés à l'exposition humaine éventuelle :
 - aux cas suspect ou confirmé de COVID-19 ;
 - aux déchets sanitaires issus des CIDT ;
 - des animaux malades et/ou morts incriminés dans la transmission ou la propagation de la maladie.

Pour ce qui concerne le confinement/isolement, le suivi, la supervision et la présentation des rapport ainsi que la préparation et réponse aux situations d'urgence, la Côte d'Ivoire se réfère aux normes et directives de l'OMS.

Quant à la vaccination, les MAPI peuvent s'observer pendant et après la vaccination.

6.3.2. GESTION DES DECHETS SANITAIRES

L'arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire classifie les déchets sanitaires en trois (03) catégories : (i) Catégorie 1, déchets ménagers et assimilés, (ii) catégorie 2, déchets médicaux infectieux et (iii) catégorie 3, déchets médicaux non infectieux tels que les produits chimiques et pharmaceutiques. Il établit les codes couleur, les conditions de collecte, de transport, de stockage et d'élimination des déchets sanitaires ainsi que les conditions de sécurité et d'une gestion écologiquement rationnelle. Cet arrêté qui institue le tri des déchets sanitaires à la production, rend obligatoire le conditionnement par catégorie de déchets et établit les normes d'élimination sans risque, participe à l'identification claire des déchets dangereux et contribue à la santé et à la sécurité du personnel chargé de la gestion des déchets sanitaire, des prestataires de soins, des malades et de la population.

6.3.3. NORMES DE REJETS

L'arrêté n° 01164 du 04 Novembre 2008 portant réglementation des rejets et émissions des installations classées pour la protection de l'environnement fixe les prescriptions applicables en la matière.

Les Valeurs limites d'émission sont fixées dans l'arrêté d'autorisation sur la base de l'emploi des meilleures technologies disponible à un coût économique acceptable, et des caractères particuliers de l'environnement. Ces valeurs limites sont fixées pour le débit des effluents, pour les flux et pour les concentrations des principaux polluants conformément aux dispositions du présent arrêté.

- Pour les effluents aqueux, les valeurs limites s'imposent à des prélèvements mesures ou analyses moyens réalisés sur 24 heures ;
- Pour les effluents gazeux et sauf dispositions contraires, les valeurs limites s'imposent à des prélèvements, mesures ou analyses moyens réalisées sur une durée qui est fonction de caractéristiques de l'appareil et du polluant ;
- Lorsque la valeur limite est exprimée en flux spécifique, ce flux est calculé, sauf dispositions contraires, à partir d'une production journalière ;
- Sauf autorisation explicite, la dilution des effluents est interdite : en aucun cas, elle ne doit constituer un moyen de respecter les valeurs limites fixées par le présent arrêté ;
- Les valeurs limites de rejets d'eau sont compatibles avec les objectifs de qualité et la vocation piscicole du milieu récepteur, les orientations du schéma Directeur d'aménagement et de gestion des eaux ;
- Dans ce but, l'arrêt d'autorisation fixe plusieurs niveaux de valeurs limites, selon le débit du cours d'eau, le taux d'oxygène dissout ou tout autre paramètre significatif ou la raison pendant laquelle s'effectue le rejet ;
- L'arrêt d'autorisation précise le milieu dans lequel le rejet est autorisé ainsi que les conditions de rejet. Lorsque le rejet s'effectue dans un cour d'eau, le nom du cours d'eau et le point kilométrique de rejet sont précisés.

6.4. DISPOSITIONS POLITIQUES, INSTITUTIONNELLES, LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES INTERNATIONALES EN MATIERE DE COVID-19

6.4.1. REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI 2005)

Le Règlement Sanitaire International (RSI, 2005) est un texte juridique contraignant invitant tous les Etats Parties à renforcer les capacités de santé publique minimales de base.

L'objet du RSI (2005) « consiste à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».

La portée du RSI, initialement limitée à trois maladies, le choléra, la peste et la fièvre jaune a été élargie à toutes les situations d'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). Cela inclut les maladies infectieuses et les problèmes sanitaires liés aux agents chimiques, aux produits radioactifs et à la contamination des aliments. Etant donné que le but de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) est de renforcer l'ensemble des systèmes nationaux de surveillance des maladies, tout particulièrement au niveau des districts et d'assurer la transmission et l'exploitation régulière et en temps utile des informations nécessaires aux décisions de santé publique, la SIMR offre pour l'application du RSI (2005) :

- Une infrastructure et des ressources dédiées à la surveillance, l'investigation, la confirmation, la notification et la riposte ;
- Des ressources humaines compétentes ;
- Une procédure précise pour son application (sensibilisation, évaluation, plan d'action, mise en œuvre, contrôle et supervision) ;
- Des guides génériques pour l'évaluation, des plans d'action, un guide technique, du matériel didactique, des outils et des Procédures Opérationnelles Normalisées (PON) qui incorporent les composantes du RSI.

Les Etats Membres de la Région africaine ont recommandé que le RSI (2005) soit appliqué dans le contexte de la SIMR. Le RSI, règlement juridique contraignant, n'est pas un système de surveillance à part, mais plutôt un instrument qui exige que les pays mettent en place un « système de surveillance sensible, fiable et flexible répondant à des normes internationales ». La SIMR constitue, ainsi, un système permettant d'assurer des informations fiables au niveau national et de répondre aux exigences du RSI.

7. PERSONNEL RESPONSABLE

Ce chapitre identifie les personnes qui, au sein du 2^{ème} FA au PA COVID-19, sont responsables de certaines activités dont le recrutement et la gestion des agents, la santé et la sécurité au travail, la formation du personnel et le traitement des plaintes.

7.1. RESPONSABLE DE LA MOBILISATION DE LA MAIN D'ŒUVRE

Le Directeur des Ressources Humaines (DRH) du MSHPCMU, le Responsable Administratif et Financier (RAF) et le Chef de Service Gestion des Marchés ainsi que les Spécialistes de l'UCP Santé

Banque Mondiale sont chargés du recrutement et de la gestion des travailleurs du 2^{ème} FA au PA COVID-19.

Ainsi, l'UCP Santé Banque Mondiale qui conduit le FA va conduire le processus de recrutement et d'installation du personnel du projet en lien avec le MSHPCMU à travers sa Direction des Ressources Humaines. Elle sera chargée du recrutement et de la gestion des sociétés prestataires et des sous-traitants. Elle a la responsabilité de tous les autres aspects avec les institutions nationales que sont la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE) et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Elle veillera à ce que les parties qui emploient ou engagent des travailleurs dans le cadre du PA COVID-19 et du 2^{ème} FA, élaborent et mettent en œuvre un Plan Particulier de Sécurité et de Protection de la Santé (PPSPS) pour créer et maintenir un cadre de travail sécurisé, notamment en veillant à ce que les EPI soient disponibles pour tous, les lieux de travail, les machines, les équipements biomédicaux ou non et les processus sous leur contrôle soient sécurisés et sans risque pour la santé des travailleurs. Ces parties collaboreront activement avec les travailleurs recrutés et les consulteront résolument pour leur permettre de comprendre les obligations en matière de sécurité et santé au travail, et promouvoir la mise en œuvre de ces dispositions. Cette collaboration et ces consultations auront pour objectif de fournir des informations aux travailleurs, les former à la sécurité et la santé au travail.

Des procédures seront établies sur le lieu de travail pour permettre aux travailleurs de signaler les conditions de travail qu'ils estiment dangereuses ou malsaines et de se retirer de telles situations lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de penser qu'elles présentent un danger grave et imminent pour leur vie, leur santé et leur bien-être. Ces travailleurs ne seront pas tenus de reprendre le travail tant que des mesures correctives nécessaires n'auront pas été prises pour y remédier. De même, ils ne devront pas subir de représailles ou ne devront pas faire l'objet d'actions intentées à leur encontre pour avoir signalé ou pour s'être retirés de telles situations. Des renforcements de capacités seront organisés au profit des travailleurs pour leur permettre d'assurer une gestion appropriée de ces situations.

Les mécanismes de traitement des litiges entre employeur et employé devront être réglés à l'amiable et en cas de non conciliation, un recours à la voie contentieuse qui sera traité par le tribunal du travail pour les cas de conflit dans le secteur privé et par le tribunal administratif pour les agents de l'administration publique.

L'UCP Santé Banque Mondiale devra également veiller à ce que les employeurs, les employés ou les sous-traitants aient une bonne conduite dans leur zone d'intervention. A cet effet, elle élaborera et inclura des codes de conduites dans les contrats des entreprises, les gestionnaires et les travailleurs.

7.2. SUIVI ET SUPERVISION

Le suivi, la supervision et l'établissement de rapports d'activités y compris les aspects relevant de la gestion des déchets sanitaires seront réalisés par le Chargé de Projet COVID-19 sous le contrôle du Chef de Service Programmation et Suivi Evaluation.

L'UCP Santé Banque Mondiale en charge de la mise en œuvre du 2^{ème} FA informera la Banque Mondiale de tout évènement significatif (questions sociales, santé et sécurité) dans les meilleurs délais, mais au plus tard cinq (05) jours ouvrables après la survenance de l'évènement. De tels évènements comprennent des grèves ou d'autres manifestations de travailleurs. L'UCP Santé Banque Mondiale préparera un rapport sur l'évènement et les mesures correctives et le soumettra à la Banque Mondiale dans les 30 jours ouvrables suivant l'évènement.

Pour les plaintes sensibles liées aux VBG, EAS et HS, l'UCPS-BM, après avoir reçu les informations de base concernant un incident de VBG/EAS/HS, doit saisir immédiatement (dans les mêmes 24 heures après réception) les points focaux du projet au niveau de la Banque Mondiale, toujours avec le consentement éclairé du / de la survivant (e).

Pour les autres catégories de plaintes, non sensibles l'UCPS-BM préparera un rapport sur l'évènement et les mesures correctives et le soumettra à la Banque mondiale dans les 30 jours ouvrables suivant l'évènement.

Le suivi permettra de vérifier et d'apprécier l'effectivité, l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre des mesures hygiène, santé et sécurité du 2^{ème} FA contenues dans les présentes PGMO.

La supervision au niveau national sera assurée par la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS), les Directions Régionales de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (DRSHPCMU), les Directions Départementales de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (DDSHPCMU) et les Spécialistes désignés des Agences d'Exécution concernées au sein du MSHPCMU.

Au cours des opérations afférentes à la réalisation des prestations (fournitures de biens et services), la surveillance de proximité sera faite par les Comités Hygiène Santé et Sécurité.

Le suivi externe national/local sera effectué par les Comités régionaux et départementaux du COUSP sur la base des dispositions santé et sécurité du projet. Cette supervision impliquera les Collectivités Territoriales (Mairies et Conseils Régionaux), les ASC et les ONG/ Associations.

7.3. SENSIBILISATION ET FORMATION DES TRAVAILLEURS À L'ATTENUATION DE LA PROPAGATION DE LA COVID-19

A l'intention des travailleurs du 2^{ème} FA, un plan de sensibilisation sur les épidémies et spécifiquement sur la COVID-19 sera intégré au Plan Hygiène Sécurité Environnement (PHSE) à produire par les entreprises de travaux. Des campagnes de sensibilisations à travers des réunions de chantiers, des affichages et des animations porteront sur :

- les agents infectieux ;
- les modes de transmission ;
- les symptômes ;
- les mesures barrières au COVID 19 ;
- les pratiques d'hygiène individuelle et collective ainsi que le lavage des mains au savons après les toilettes, périodiquement, après contact avec tierces personnes, manipulation des outils de travail, etc. ;
- la distribution et l'utilisation du gel hydro alcoolique ;
- les autres mesures actualisées tirées de leçons apprises des modes de contamination ;
- l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des mesures barrières face à la maladie ;
- les attitudes en cas de découvertes de suspects, de cas confirmés ou de malades asymptomatiques ;
- la procédure pour déclencher l'alerte « COVID-19 » dans les lieux de travail ;
- la vaccination.

Les mesures de prévention technique collectives vont fournir aux travailleurs les informations nécessaires sur la maladie (signes, mode de transmission), les mesures de protection et de prévention préconisées (la propreté, les affiches, les procédures), mais aussi assurer la désinfection régulière des lieux de travail.

Les mesures de prévention technique individuelle vont de la protection collective à la protection individuelle avec le port des EPI.

8. POLITIQUES ET PROCEDURES

Il s'agit de décrire brièvement les dispositions et procédures à suivre en cas d'accident de travail et de maladies professionnelles. Les dispositions concernant les autres conditions de travail ainsi que les mécanismes de règlement des litiges sont abordées dans les sections suivantes.

La loi du 7 novembre 1962 sur les pensions civiles et le décret 68-82 du 9 février 1968 pris pour son application, organisent un régime spécial de réparation pécuniaire accordée au fonctionnaire en cas d'invalidité résultant de maladie ou d'accident survenus dans l'exercice de ses fonctions. Le Statut Général de la Fonction Publique prévoit en ses articles 65 et suivants, un régime de congé maladie en faveur du fonctionnaire atteint d'une maladie non professionnelle ou professionnelle et du fonctionnaire victime d'un accident du travail.

En Côte d'Ivoire, l'organisation de la prise en charge des victimes de lésions professionnelles dans le secteur public repose sur deux textes essentiels : le décret n°68-82 du 9 février 1968 et le

décret n°71-301 du 25 juin 1971. La procédure de réparation comporte trois phases que sont (i) la demande, (ii) l’instruction et (iii) la décision d’indemnisation. La demande accompagnée des justificatifs est formulée par écrit, auprès de la direction des pensions et des risques professionnels des personnels civils de l’Etat. L’instruction du dossier est respectivement conduite par le conseil de santé (volet médical) et par la commission de réforme (volet administratif). Ce dernier volet est basé sur la recherche du lien de causalité entre la lésion et l’activité de la victime. Enfin, la décision qui précise le montant et les modalités de versement des allocations émane exclusivement du ministre de la fonction publique.

Les étapes préliminaires à la procédure de réparation d’un accident de travail et d’une maladie professionnelle (risques professionnels) se présente comme suit :

- faire constater l’accident par les services compétents (police, gendarmerie) ;
- faire constater la maladie par un Médecin spécialisé dans la pathologie en cause ;
- informer le supérieur hiérarchique immédiat dans les 24 heures qui suivent l’accident, l’exposition au coronavirus ou la première constatation médicale de la maladie ;
- faire la demande d’allocation pour infirmité : l’introduction de la demande d’allocation pour infirmité est la déclaration de l’accident ou de la maladie professionnelle. Elle doit se faire dans un délai de 5 ans, à partir de la date de l’accident, de début de la maladie ou du décès auprès de la direction des pensions et des risques professionnels des personnels civils de l’Etat du Ministère de la Fonction Publique. En cas d’invalidité ou de décès, les ayant droits de la victime peuvent faire la déclaration dans le même délai ;
- soumettre un dossier à la direction des pensions et des risques professionnels des personnels civils de l’Etat.

Pour les travailleurs du secteur privé et des projets, la procédure de réparation d’un accident de travail et d’une maladie professionnelle est contenue dans la loi n° 99-477 du 2 août 1999 portant code de prévoyance sociale à l’article 71 :

- l’employeur est tenu de déclarer simultanément à l’inspecteur du travail du ressort et à la Caisse de sécurité sociale, dans un délai de 48 heures dès qu’il en a été informé, tout accident du travail et toute maladie professionnelle dont sont victimes les salariés occupés dans l’entreprise ;
- la déclaration peut être faite par le travailleur ou ses représentants jusqu’à l’expiration de la deuxième année suivant la date de l’accident ou de la première constatation médicale de la maladie professionnelle.

Les prestations fournies aux victimes d’accidents de travail ou de maladies professionnelles sont de deux sortes : prestations en nature et en espèces.

Les prestations en nature comprennent les soins médicaux que requiert l'état de la victime à savoir :

- assistance médicale (chirurgicale et dentaire y compris les examens radiographiques et de laboratoire) ;
- fourniture de produits pharmaceutiques ou accessoires de premier secours ;
- entretien dans un hôpital ou dans toute autre formation sanitaire ;
- fourniture, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie nécessités par les lésions résultant de l'accident et reconnus par le médecin-conseil de la Caisse comme indispensables ou de nature à améliorer la réadaptation fonctionnelle ou la rééducation professionnelle ;
- réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime ;
- transport de la victime du lieu de l'accident à une formation sanitaire ou à sa résidence ;
- frais funéraires de la victime en cas d'accident mortel.

Quant aux prestations en espèce, elles comprennent :

- les indemnités journalières ;
- les allocations et rentes d'incapacité ;
- les rentes de survivants.

9. MECANISME DE REGLEMENT DES PLAINTES

Des plaintes peuvent naître dans le cadre du travail à cause des intérêts en jeu, souvent contradictoires avec la recherche de gains sans cesse croissant pour l'employeur et recherche permanente d'amélioration des conditions de travail et de vie pour les travailleurs.

Les mécanismes de gestion de ces plaintes sont pris en charge par le Code du Travail de 2015 qui contient des dispositions qui permettent aux travailleurs de résoudre les différends en cas de désaccord entre l'employeur et l'employé sur les conditions essentielles d'une Convention Collective ou d'autres aspects du travail. Conformément aux dispositions du Code du Travail de Côte d'Ivoire, ce désaccord sera résolu conformément aux deux modes de règlement des litiges suivants :

- le règlement à l'amiable : il consiste à se mettre d'accord sans intervention judiciaire avec des concessions qui s'imposent de part et d'autre. En cas de litige, les modes de règlement à l'amiable sont (i) la transaction, (ii) la conciliation, (iii) la médiation et (iv) l'arbitrage ;

- le recours juridictionnel : il intervient généralement en cas d'échec du règlement à l'amiable. Il consiste à régler le litige devant un Tribunal compétent. C'est le fait de saisir un juge pour dire le droit sur un contentieux intervenu dans le cadre du travail.

9.1. POUR LES TRAVAILLEURS DIRECTS ET BENEFICIAIRES DE LA SANTE

Un Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) sera mis à la disposition de tous les travailleurs directs et contractuels (et de leurs organisations, le cas échéant) pour exprimer leurs préoccupations d'ordre professionnel. Ces travailleurs seront informés de l'existence du MGP au moment de l'embauche et des mesures prises pour les protéger contre toutes représailles pour l'avoir utilisé. Ce MGP sera aussi publié sur les sites web des structures impliquées dans la mise en œuvre du 2^{ème} FA au PA COVID-19 (CIDT des cas de COVID-19, centres de vaccination, Entreprises Prestataires, Missions de Contrôle, etc.). Il devra permettre de résoudre tout problème ou risque auquel les travailleurs sont exposés dans le cadre de l'exécution de leurs tâches au quotidien.

9.2. LE PROJET VEILLERA A CE QUE LE MGP SOIT FACILEMENT ACCESSIBLE A TOUS.POUR LES TRAVAILLEURS DE L'UCP SANTE BANQUE MONDIALE

L'UCP Santé Banque Mondiale établira en son sein, un mécanisme pour traiter les plaintes la concernant. Le personnel de l'UCP Santé Banque Mondiale concerné par le PA COVID-19 et le 2^{ème} FA pourra y déposer ses plaintes qui seront transmises aux structures les mieux indiquées pour les traiter. Le MGP comprenant une procédure détaillée sera élaboré et mis à la disposition du personnel.

Les travailleurs de l'UCP Santé Banque Mondiale concernés par le PA COVID-19 et le 2^{ème} FA tout comme les employés bénéficiaires du Projet ont le droit de se plaindre (i) si les conditions de santé et de sécurité au travail ainsi que les normes en la matière ne sont pas respectées, (ii) si l'aide reçue n'est pas celle qui leur convient ou ne correspond pas à ce qui a été promis par les acteurs de mise en œuvre du Projet ou (iii) en cas de manquements graves aux codes de conduite. Une plainte officielle exige une réponse et la structure qui reçoit une plainte, a le devoir de répondre à la personne plaignante.

Il sera de la responsabilité de l'UCP Santé Banque Mondiale recevant les plaintes des travailleurs d'en déterminer la gravité et de décider si elles peuvent être traitées immédiatement de façon verbale et informelle, ou si elles doivent passer par les voies officielles à travers la Direction des Ressources Humaines du MSHPCMU, l'UCP Santé Banque Mondiale, l'Inspection du Travail, les Tribunaux administratifs, etc.

Dans le cadre du 2^{ème} FA tout comme c'est le cas pour du PA COVID-19, une plainte peut porter sur des cas de corruption, de fraude, d'exploitation ou d'abus sexuel, de discrimination liée au

genre, à la religion, à l'éthnie ou à la politique, des cas de violation du secret professionnel, de faute grave ou de négligence professionnelle, etc.

9.3. PROCEDURES DE GESTION DES PLAINTES

Les principales actions envisagées dans le MGP pour 1^{er} FA restent en vigueur pour le 2^{ème} FA. Elles sont multiformes et se présentent comme suit :

- à travers le point focal de chaque comité des gestion des plaintes, il sera mis à la disposition des populations bénéficiaires des registres et / ou des boîtes à plaintes où elles peuvent déposer des plaintes anonymes formulées par écrit qui seront transmises à l'UCP Santé Banque Mondiale ;
- les différentes plaignant peuvent également utiliser les voies ci-dessous :
 - courrier formel transmis à la Direction des Affaires Juridiques et du Contentieux (DAJC) du MSHP, à l'UCP Santé Banque Mondiale, à l'INHP, à la DRSHP/DDSHP, à la Mairie ou à la Préfecture de la localité du plaignant ;
 - dépôt de courrier dans une boîte de réclamations ;
 - réseaux sociaux en ligne (en particulier Facebook, WhatsApp, Tweeter, etc.) et presse en ligne ;
 - remplissage de la fiche de plainte disponible sur le site web de l'UCP Santé Banque Mondiale ;
 - appel téléphonique ;
 - message sur le téléphone portable des points focaux désignés pour cette tâche.
- dans le cadre du 1^{er} FA, 20 Comités de Gestion des Plaintes (CGP) ont été installés du 09 février au 02 mars 2021 dont huit (08) à Abidjan et un (01) dans chacun des 12 Districts sanitaires de Grand-Bassam, Aboisso, San-Pedro, Gagnoa, Daloa, Man, Odienné, Korhogo, Bouaké, Abengourou, Bondoukou et Bouna. Ces CGP seront chargés de recevoir les avis et préoccupations des parties prenantes du 2^{ème} FA, les analyser et les prendre en compte ;
- dans le cadre du 2^{ème} FA, les membres des CGP seront formés et d'autres CGP seront installés et formés dans chaque localité concernée ;
- les plaintes de nature sensible tels que les VBG/EAS/HS, les fraudes, les corruptions, etc. seront traitées de façon confidentielle et sans représailles de la part du CGP, afin de garantir aux personnes plaignantes, un certain degré de confidentialité et de protection.

La procédure de gestion des plaintes comporte six (06) grandes étapes essentielles qui se présentent comme suit :

Etape 1. Accès à l'information et soumission des plaintes

Il s'agit d'utiliser les canaux appropriés pour informer les parties prenantes du Projet en tenant compte du niveau de formation et d'éducation ainsi que la culture de chaque acteur.

A cette étape, tous les moyens mis ou à mettre en place pour permettre aux groupes d'acteurs de porter plaintes seront portés à leur connaissance.

Etape 2. Réception, accusé de réception, enregistrement des plaintes et réponse initiale

Elle peut être faite comme mentionné plus haut par une boîte à plaintes, le téléphone, des lettres, par l'intermédiaire d'une personne de confiance, dans le cadre d'assemblées communautaires, etc.

Etape 3. Traitement des plaintes

Le traitement des plaintes se fait selon le « type » de plainte, c'est-à-dire s'il s'agit de plainte de nature sensible ou non sensible, plainte grave ou moins grave. Auparavant, il s'agira de s'assurer de l'éligibilité de la plainte selon les critères définis et convenus par rapport aux activités ou aux engagements du projet.

Etape 4. Mise en œuvre des mesures

Le Comité de Gestion des Plaintes (CGP) s'assurera que les mesures convenues sont mises en œuvre dans un délai n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours. .

Il s'agit de corriger, modifier ou changer pour améliorer la situation et résoudre le problème.

Une plainte formelle exige une réponse rapide de la part du Comité. Il est fondamental de communiquer clairement à la personne plaignante les constats issus des processus d'examen et d'enquête et de la tenir dûment informée des mesures qui seront prises à la suite de ce qui a été décidé.

Etape 5. Révision des réponses en cas de non-résolution

Si la réponse n'est pas acceptée et que les parties concernées ne peuvent parvenir à une solution, la personne plaignante peut décider de faire appel de la réponse. La procédure d'appel permet de réexaminer l'enquête déjà effectuée et de déterminer s'il y a lieu de maintenir la première décision ou d'en prendre une nouvelle sur la base des constats issus de ce réexamen. Il convient

de souligner que la résolution par le comité doit se faire à l'aimable. Le plaignant peut en fonction de la nature de sa requête faire un recours judiciaire

Etape 6. Suivi et clôture de la plainte

Cette phase permettra d'assurer la surveillance et la gestion des plaintes reçues. Assurer le suivi des réponses aide à alimenter le processus d'évaluation et permettre de faire des apprentissages et d'apporter des ajustements au besoin, au MGP.

Le délai de traitement des griefs sera fonction de la nature des plaintes et de la complexité des enquêtes. Pour les plaintes non sensibles et relativement moins graves (violences verbales, injures, discrimination) qui ne demandent pas des enquêtes ou demandent des enquêtes sommaires, le comité pourrait donner une réponse dans un délai inférieur ou égal à une semaine.

Par contre, pour les plaintes sensibles et relativement graves (corruption, fraude, violence sexiste et sexuelle), le délai pourrait aller à un mois, voire plus en fonction de la complexité des enquêtes.

Le mécanisme de gestion des plaintes ne devra pas empêcher l'accès à d'autres moyens de recours judiciaire ou administratif qui pourraient être prévus par la loi ou par des procédures d'arbitrage existantes ni se substituer aux mécanismes de gestion des plaintes établis par la voie de conventions collectives.

Il sera nécessaire de documenter la leçon tirée, les opportunités existantes, les difficultés et contraintes rencontrées.

Tableau 7. Etape et procédures du MGP

ETAPES	MESURES D'APPLICATION	OBSERVATIONS
1. Accès à l'information et soumission des plaintes	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de rencontres d'information et de sensibilisation ; - Ouverture de lignes vertes ; - Mise en place d'équipe d'opérateurs (trices). 	<p>Des supports de communications seront produits pour diffuser l'information en tenant compte des niveaux de formation et d'éducation des parties prenantes ciblées pour faciliter la perception de l'information quel que soit le niveau de la cible.</p> <p>Pendant les consultations, les populations seront informées et sensibilisées sur les types de plaintes, les comités mis en place ainsi que les moyens disponibles pour déposer les plaintes.</p> <p>Les plaintes peuvent provenir des communautés et de tout autre acteur influencé négativement par le projet. Elles peuvent être anonymes ou non, déposées oralement ou par écrit au MSHPCMU ou au Comité de Gestion de Plaintes dans les directions des Districts sanitaires ou sur la plate-forme web dédiée.</p>
2. Réception, accusé de réception, enregistrement des plaintes et réponse initiale	<ul style="list-style-type: none"> - Examen de la validité de la plainte ; - Nature des plaintes ; - Enregistrement des plaintes ; - Accusée de réception de la plainte au plaignant dans les 48 heures maximum ; - Identification de canaux de transmission des informations et du récépissé. 	<p>Toute plainte doit se rapporter aux activités ou des questions qui relèvent du champ d'intervention du projet. Les plaintes relatives aux VBG/EAS/HS n'auront pas besoin de se rapporter au Projet pour bénéficier d'une prise en charge. Dès l'enregistrement d'un cas, immédiatement le survivant est orienté vers les services de prise en charge (médicale, psychosociale, juridique, etc.) La vérification du lien avec le Projet se fera plus tard après l'assistance apportée.</p> <p>Toutes les plaintes reçues seront enregistrées dès réception y compris les VBG/EAS/HS.</p>

ETAPES	MESURES D'APPLICATION	OBSERVATIONS
3. Traitement des plaintes non-sensibles	<ul style="list-style-type: none"> - Eligibilité de la plainte ; - Cas des plaintes non fondées ; - Proposition des réponses. 	<p>S'assurer de l'éligibilité de la plainte selon les critères définis et convenus par rapport aux activités ou aux engagements du projet.</p> <p>Rechercher le lien entre les faits incriminés et les activités et impacts du projet.</p> <p>Prise en charge immédiate des survivants.</p> <p>Trente (30) jours suivant l'enregistrement de la plainte avec la/les proposition(s) de mesure(s)</p>
Traitement des plaintes VBG/EAS/HS	<ul style="list-style-type: none"> - Enregistrement de la plainte ; - Référencement vers les services / structures de prise en charge. 	<p>S'assurer que les cas sont enregistrés dans les fiches réservées aux cas de VBG/EAS/HS et les informations sur le survivant dans un registre spécifique différent des autres plaintes</p> <p>Stocker les informations sur les cas dans un endroit verrouillable avec un accès limité et contrôlé.</p>
4. Mise en œuvre des mesures	Planification et mise en œuvre de la résolution.	<p>Clarifier le problème, les parties impliquées, les intérêts et préoccupations, etc.</p> <p>Le Comité de Gestion des Plaintes (CGP) s'assurera que les mesures convenues sont mises en œuvre dans un délai n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours.</p>
5. Révision des réponses en cas de non-résolution	Proposition des mesures alternatives aux préoccupations du/des plaignant (s).	<p>En cas de persistance de la non-conciliation, indiquer d'autres voies de recours, y compris les mécanismes administratifs, judiciaires dont les frais incombent à l'accusé.</p> <p>Aucune tentative de conciliation ne sera acceptable pour les cas de VBG/EAS/HS.</p>

ETAPES	MESURES D'APPLICATION	OBSERVATIONS
6. Clôture de la plainte	Poursuivre la documentation de la résolution satisfaisante ou non.	Il sera nécessaire de documenter la leçon tirée, les opportunités existantes, les difficultés et contraintes rencontrées.

9.4. POUR LES TRAVAILLEURS DES FOURNISSEURS DE BIENS ET SERVICES

Le règlement à l'amiable comprenant le recours hiérarchique dans le cas où l'agent subit un tort par son supérieur hiérarchique immédiat pour les travailleurs consiste à se mettre d'accord sans intervention judiciaire. Pour ce faire, des concessions de part et d'autre s'imposent.

En cas de litige, les modes de règlement à l'amiable sont : la transaction, la conciliation, la médiation et l'arbitrage.

Le premier niveau de règlement, après les tentatives de conciliation internes, est la saisine par écrit, de l'Inspecteur du Travail. Ce dernier, en cas d'accord, devra consigner un Procès-Verbal consacrant l'accord.

Le recours juridictionnel quant à lui intervient généralement en cas d'échec du règlement à l'amiable et consiste à régler le litige devant un tribunal compétent. C'est le fait de saisir un Juge pour dire le droit sur un contentieux dans le cadre du travail.

Parallèlement à ces procédures à l'amiable et contentieuse, la Côte d'Ivoire dispose d'un Médiateur de la République qui est une institution ayant pour mission notamment, de recevoir les réclamations et plaintes de tout citoyen relatives au fonctionnement de l'Etat, des Collectivités Territoriales, des établissements publics et de tout autre organisme investi d'une autorité publique.

10. GESTION DES FOURNISSEURS, PRESTATAIRES ET CONTRACTANTS

10.1. GESTION DES CONTRACTANTS

Une documentation (Code du Travail, règlement intérieur, consignes de sécurité, codes de bonnes conduites, etc.) et des informations claires et faciles à comprendre seront communiquées aux travailleurs du projet sur leurs conditions d'emploi. Ces informations et documents décriront les droits des travailleurs au regard de la législation nationale du travail notamment leurs droits en matière de temps de travail, de salaire, d'heures supplémentaires, de rémunération et d'avantages sociaux. Cette documentation et ces informations seront mises à disposition au début de la relation de travail et en cas de modification importante des conditions d'emploi. Le code de conduite est porté à la connaissance et est signé de chaque contractant en même temps que la signature de contrat de prestation.

Les conditions particulières de la Banque Mondiale comprennent un certain nombre d'exigences pertinentes pour le contractant, notamment :

- fournir une formation en matière de santé et de sécurité au personnel du Contractant comprenant les travailleurs du projet et tout le personnel que le

Contractant utilise sur les différents sites, y compris le personnel et les autres employés du contractant et des sous-traitants et tout autre personnel assistant le Contractant dans l'exécution activités de projet ;

- mettre en place des procédures sur le lieu de travail pour que les travailleurs du Contractant puisse signaler les situations et conditions de travail ne respectant pas les dispositions normatives en matière de santé et sécurité eu travail ;
- donner au personnel du Contractant, le droit de signaler les situations de travail qu'il juge dangereuses ou malsaines. Le droit doit également leur être donné de se retirer d'une situation de travail présentant un danger certain et grave pour leur vie ou leur santé, sans pour autant faire l'objet de représailles ;
- exiger que des mesures soient prise pour éviter ou minimiser la transmission de maladies infectieuses ou non pouvant être associées à l'afflux temporaire ou permanent de main-d'œuvre.

Les travailleurs du projet seront rémunérés sur une base régulière, conformément à la législation nationale en vigueur et aux dispositions des présentes procédures de gestion de la main-d'œuvre. Les retenues sur salaires seront effectuées uniquement en vertu du droit national ou des procédures de gestion de la main-d'œuvre, et les travailleurs seront informés des conditions dans lesquelles ces retenues sont faites. Ils auront droit à des périodes de repos hebdomadaire, de congé annuel et de congé maladie, de congé maternité et de congé pour raison familiale, en vertu du droit national et des procédures de gestion de la main-d'œuvre.

Lorsque le droit national ou les dispositions du présent document de procédures de gestion de la main-d'œuvre l'exigent, les travailleurs recevront par écrit un préavis de licenciement et des informations sur leurs indemnités de départ dans les délais prescrits. Tous les salaires gagnés, les prestations de sécurité sociale, les contributions à une caisse de retraite et tout autre avantage social seront versés avant la date de cessation définitive de la relation de travail, soit directement aux travailleurs du projet soit le cas échéant, pour le compte de ceux-ci. Lorsque les paiements sont versés pour le compte des travailleurs, les justificatifs de ces paiements leur seront fournis.

Les décisions en matière de recrutement ou de traitement des travailleurs ne seront pas prises sur la base de caractéristiques personnelles sans rapport avec les besoins inhérents au poste concerné. Les travailleurs seront employés selon le principe de l'égalité des chances, de non-discrimination, de prise de mesures appropriées de protection et d'assistance aux groupes vulnérables et du traitement équitable prescrit par les Conventions internationales de travail n° 100 et 111 de l'Organisation Internationale de Travail ratifiée par la Côte d'Ivoire et les paragraphes 13-15 de la NES 2 du Cadre Environnementale et Sociale de la Banque Mondiale relative à l'emploi et aux conditions du travail. Il n'y aura aucune discrimination dans le cadre d'un aspect quelconque de la relation de travail, que ce soit le recrutement et l'embauche, la rémunération (notamment les salaires et les avantages sociaux), les conditions de travail et

les modalités d'emploi, l'accès à la formation, les missions du poste, la promotion, le licenciement ou encore les mesures disciplinaires.

Les présentes procédures de gestion de la main-d'œuvre décriront les mesures visant à prévenir et combattre le harcèlement, l'intimidation et/ou l'exploitation en milieu professionnel, les violences basées sur le genre, les exploitations et abus/séviences sexuels principalement contre les enfants, etc.

Dans le cadre de l'exécution du projet, des mesures spéciales de protection et d'assistance destinées à remédier à des actes discriminatoires ou à pourvoir un poste donné sur la base des besoins spécifiques dudit poste ou des objectifs du projet ne seront pas considérées comme des actes de discrimination. Cette mesure concerne les entreprises prestataires et sont applicables à condition qu'elles soient conformes au droit national.

A l'instar du 1^{er} FA, le 2^{ème} FA prendra des mesures de protection et d'assistance appropriées à l'égard des personnes vulnérables travaillant dans le cadre du projet, notamment celles appartenant à des catégories particulières de travailleurs comme les femmes, les jeunes travailleurs, les personnes handicapées et les travailleurs migrants. Ces mesures peuvent se révéler nécessaires à des moments donnés, en fonction de la situation du travailleur et de la nature de sa vulnérabilité.

Le droit national reconnaissant le droit des travailleurs à se constituer en association, à adhérer à une organisation de leur choix et à négocier collectivement leurs droits sans ingérence aucune, le projet sera mis en œuvre conformément au droit national. Dans de telles circonstances, le rôle des organisations de travailleurs constituées légalement et des représentants légitimes des travailleurs sera respecté, et des informations nécessaires à des négociations constructives leur seront fournies en temps opportun. Lorsque le droit national restreint le champ d'action des organisations de travailleurs, le projet n'empêchera pas les travailleurs du projet de mettre au point des mécanismes parallèles pour exprimer leurs griefs et protéger leurs droits en matière de conditions de travail et d'emploi. Le projet ne doit pas chercher à influencer ou contrôler ces autres mécanismes.

Le projet n'exercera aucune discrimination et ne prendra aucune mesure en représailles contre les travailleurs du projet qui participent ou souhaitent participer à ces organisations et aux négociations collectives ou à d'autres mécanismes.

Comme expliqué ci-dessus, l'âge minimum pour les travailleurs / employés éligibles dans le projet est de 18 ans. Le projet aussi n'aura pas recours au travail forcé, que l'on peut définir comme tout travail ou service exigé d'un individu sous la menace d'une peine quelconque et pour lequel individu ne s'est pas offert de plein gré. Cette interdiction s'applique à toute sorte de travail forcé ou obligatoire, tel que le travail sous contrat, la servitude pour dettes ou des types d'emploi analogues. Aucune victime de trafic humain ne sera employée sur le projet.

10.2. GESTION DES FOURNISSEURS ET PRESTATAIRES

Pour les fournisseurs et prestataires de services, les procédures applicables aux travailleurs directs et aux travailleurs bénéficiaires du projet sont applicables. En outre, le 2^{ème} FA comme c'est le cas pour le 1^{er} FA, mettra tout en œuvre pour s'assurer que les fournisseurs et prestataires de services qui engagent des travailleurs contractuels sont des entités légalement constituées et fiables et disposent de procédures de gestion de la main-d'œuvre adaptées au projet.

L'UCP Santé Banque Mondiale utilisera les dispositions du Manuel des opérations de la Composante d'intervention d'urgence (CERC) du projet SPARK-Santé (P167959).

De plus, en cas de besoin, il pourra recourir aux modèles types de passation de marchés et aux procédures de la Banque Mondiale en la matière pour les appels d'offres et les contrats, notamment en ce qui concerne la main-d'œuvre, la qualification et les exigences en matière de santé et de sécurité au travail.

La qualité de service et le respect des délais seront assortis de pénalités applicables en cas de retard dans la livraison des équipements et fournitures ou dans la réception des travaux.

La gestion et le suivi de la performance des fournisseurs et prestataires de services seront assurés en relation avec les exigences de la NES 2. En outre, les responsables des acquisitions devront intégrer lesdites exigences dans les dispositions contractuelles avec ces tiers, ainsi que des mécanismes de recours appropriés en cas de non-conformité.

Le FA mettra en place des procédures pour la gestion et le suivi de la performance de ces tiers. En outre, le projet devra intégrer lesdites exigences dans les dispositions contractuelles avec ces tiers, ainsi que des mécanismes de recours appropriés en cas de non-conformité.

S'agissant de la sous-traitance, le projet exigera de ces tiers qu'ils incluent des dispositions équivalentes et des mécanismes de recours en cas de non-conformité dans leurs accords contractuels avec les sous-traitants.

Les travailleurs contractuels auront accès au MGP. Au cas où le tiers qui les emploie ou les engage n'est pas en mesure de mettre à leur disposition un MGP, le Projet donnera à ces travailleurs contractuels, l'accès au MGP.

BIBLIOGRAPHIE

- Arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire
- Bilan économique de la Côte d'Ivoire, Banque Mondiale, données 2018
- Cadre Environnementale et Social de la Banque mondiale de 2016
- Convention N°029 de l'OIT sur le travail forcé (C029)
- Convention C131 relative à la fixation des salaires minima
- Convention n°155 de l'OIT sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981)
- Convention n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006)
- Convention n° 161 de l'OIT sur les services de santé au travail (1985)
- Convention N°205 sur l'emploi et le travail décent
- Décret N°292 du 03 avril 2019 portant création, organisation et fonction des Centres des Opérations d'Urgence en Santé Publique (COUSP)
- Document d'Evaluation du Projet d'Appui au Plan National de Riposte à la COVID-19 (PA COVID 19)
- Loi N° 2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du Travail
- Loi N°2019-572 du 26 juin 2019 sur la minorité
- Normes Environnementales et Sociales de la Banque mondiale
- Plan National de Riposte à la COVID-19 (PA COVID 19)
- Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, RCI
- Point du personnel de l'UCP Santé Banque mondiale, Service Administratif et Financier, août 2020
- Rapport Annuelle sur la Situation Sanitaire 2018, RCI
- <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-globale/covid-19-par-pays-nombre-de-cas/>
- <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-continent/coronavirus-nombre-de-cas-afrique/>
- <http://www.sante.gouv.ci>
- <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-continent/coronavirus-nombre-de-cas-afrique/>
- <http://pubdocs.worldbank.org/en/936531525368193913/Environmental-Social-Framework-French2.pdf>