



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET DE LA SANTE-ENVIRONNEMENT



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

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

VERSION PROVISOIRE

Août 2020



THE WORLD BANK



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES FIGURES	6
SIGLES ET ACRONYMES	7
DEFINITION DES CONCEPTS	10
RESUME EXECUTIF.....	13
EXECUTIVE SUMMARY	17
1. GENERALITES.....	21
1.1. CONTEXTE.....	21
Tableau I :	1
1.1.1. Contexte général	21
Tableau II :	1
1.1.2. Description du Projet d'Appui au Plan National de riposte au COVID-19	23
1.1.2.1. Objectif de Développement du Projet (PDO).....	23
1.1.2.2. Composantes et activités du PA COVID-19	23
1.1.2.2.1. Composante 1 - Intervention d'urgence COVID-19 (Financement estimé : 28,8 millions US \$ de l'IDA)	23
1.1.2.2.2. Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautaire (Financement estimé : 5 millions US \$ de l'IDA)	26
1.1.2.2.3. Composante 3 : Gestion de projet (Financement estimé : 1.2 millions US \$ de l'IDA).....	28
1.1.2.3. Bénéficiaires du projet	28
1.2. PRESENTATION DU PAYS.....	29
Tableau III :	1
2.1. Données biophysiques	29
1.2.1.1. Relief.....	29
1.2.1.2. Sols	29
1.2.1.3. Climat	30
1.2.1.4. Eaux	30
1.2.1.5. Végétation	31
1.2.1.6. Faune	32

Tableau IV :	1
.2.2. Données socio- démographique, économique et administrative	33
1.2.2.1. Données sociodémographiques	33
1.2.2.2. Données économiques et administratives	35
Tableau V :	1
.2.3. Système de santé ivoirien	36
1.2.3.1. Organisation du système de santé	36
1.2.3.1.1. Secteur public	36
1.2.3.1.2. Secteur privé	37
1.2.3.1.3. Centres d'Isolément, de Dépistage et de Traitement (CIDT) COVID-19	38
1.2.3.2. Ressources humaines de santé (RASS 2018)	38
1.2.3.3. Profil épidémiologique et facteurs aggravant la COVID-19	39
1.2.3.4. Gestion des déchets sanitaires	40
1.2.3.4.1. Au niveau national	40
1.2.3.4.2. Au niveau des CIDT du COVID-19	44
1.2.3.4.3. Risques et impacts environnementaux, sociaux et sanitaires	45
2. PLAN DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES DES CIDT DU COVID-19	47
2.1. PROBLEMES MAJEURS	47
Tableau VI :	2
.1.1. Déficience de l'organisation de la gestion des déchets sanitaires	47
Tableau VII :	2
.1.2. Absence de matériel et équipement de collecte sélective, de transport et de protection individuelle	47
Tableau VIII :	2
.1.3. Insuffisance de formation et sensibilisation des acteurs	48
Tableau IX :	2
.1.4. Insuffisance du système de financement du secteur	48
2.2. CADRE STRATEGIQUE DU PGDS-COVID-19	48
Tableau X :	2
.2.1. Cadre de partenariat	48
Tableau XI :	2
.2.2. Cadre de mise en œuvre du PGDS-COVID-19	49
2.2.2.1. Cadre institutionnel	49
2.2.2.2. Planification de la gestion des déchets sanitaires des CIDT de la COVID-19	49
2.2.2.3. Mécanisme de Coordination	50
2.2.2.3.1. Organe de coordination de la mise en œuvre des activités	50
2.2.2.3.2. Comité Technique de suivi de mise en œuvre	50
2.2.2.3.3. Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi	50

2.2.2.3.4. Comités d'hygiène des CIDT de la COVID-19	50
Tableau XII :	2
.2.3. Articulation du PGDS-COVID-19 à la stratégie gouvernementale	51
2.2.3.1. Ancrage institutionnel	51
2.2.3.2. Responsabilités et domaines de compétence	51
2.3. Mesures environnementales et sociales.....	51
2.4. OBJECTIFS DU PGDS-COVID-19	52
Tableau XIII :	2
.4.1. Objectif général	52
Tableau XIV :	2
.4.2. Impact du PNDS-COVID-19.....	52
Tableau XV :	2
.4.3. Objectifs stratégiques	52
2.4.3.1. Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID	52
2.4.3.1.1. Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs	52
2.4.3.1.2. Objectif spécifique 1.2. : Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19 ..	53
2.4.3.2. Objectif stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19.....	53
2.4.3.3. Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance.....	54
2.4.3.3.1. Objectif spécifique 3.1. : Organiser la coordination et le suivi-évaluation	54
2.4.3.3.2. Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités des partenaires d'exécution	54
2.5. MATRICE D' ACTIONS	55
Tableau XVI :	2
.5.1. Récapitulatif du budget.....	55
Tableau XVII :	2
.5.2. Détails du budget	56
2.6.2.1. But	65
2.6.2.2. Activités clés du PGDS-COVID-19	66
2.6.2.3. Objectifs du Plan de suivi-évaluation	67
2.6.2.3.1. Objectif général.....	67
2.6.2.3.2. Objectifs spécifiques	68
2.6.2.4. Cadre de suivi-évaluation.....	68
2.6.2.4.1. Cadre logique	69
2.6.2.4.2. Indicateurs.....	74

LISTE DES FIGURES

Figure 1.....	Carte des bassins versants (Source : Atlas de Côte d'Ivoire, JA, 1983).....	31
Figure 2.....	Pyramide des âges de la Côte d'Ivoire en 2014 (Source INS).....	34
Figure 3.....	Répartition de la population par tranches d'âge (INS, RGPH 2014).....	34
Figure 4.....	Découpage administratif de la Côte d'Ivoire (BNETD, 2012).....	36

SIGLES ET ACRONYMES

CAT	:	Centre Anti Tuberculeux
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHS	:	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CIAPOL	:	Centre Ivoirien Antipollution
CIPHIA	:	Côte d’Ivoire Population-based HIV Impact Assessment
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine
CR	:	En Danger Critique
DHPSE	:	Direction de l’Hygiène Publique et de la Santé-Environnement
DIEM	:	Direction des Infrastructures, de l’Equipement et de la Maintenance
DRSHP	:	Direction Régionale de la Santé et de l’Hygiène Publique
EN	:	En Danger
ENV	:	Enquête sur le Niveau de Vie
EPI	:	Equipement de Protection Individuelle
EPN	:	Etablissement Public National
ESPC	:	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
HG	:	Hôpital Général
IAA	:	Infection Associée aux Actes de soins
IAS	:	Infection Associée aux Soins

IAE	:	Infection Associée à l'Environnement
ICA	:	Institut de Cardiologie d'Abidjan
INFAS	:	Institut National de Formation des Agents de Santé
INHP	:	Institut National d'Hygiène Publique
INS	:	Institut National de la Statistique
IPCI	:	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NT	:	Presque Menacé
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OPCT	:	Objets Piquants, Coupants, Tranchants
PA COVID	:	Projet d'Appui au Plan national de riposte contre le COVID-19
PGDS-COVID-19	:	Plan de Gestion des Déchets Sanitaires du PA COVID-19
PND	:	Plan National de Développement
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNGDM	:	Plan National de Gestion des Déchets Médicaux
PNGDS	:	Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires
PRONALIN	:	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiale, Sénégal
PR SSE	:	Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux urgences Épidémiques
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RIPAQS	:	Réseau International pour la Planification et l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins en Afrique
SARS-CoV-2	:	Coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2
UCP	:	Unité de Coordination de Projet
UICN	:	Union Internationale pour la Conservation de la Nature
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VU	:	Vulnérable

DEFINITION DES CONCEPTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Désinfection : l'opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés en fonction des objectifs fixés. Elle utilise un produit désinfectant contenant au moins un principe actif doué

de propriétés antimicrobiennes et présentant des caractéristiques bactéricides, fongicides, virucides et sporicides. Son utilisation doit suivre les prescriptions du fabricant.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUME EXECUTIF

Contexte

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

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

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

La pandémie de la COVID-19 avec en Côte d'Ivoire à la date du 15 août 2020, 16 935 cas confirmés dont 13 721 personnes guéries, 108 décès et 3 108 cas actifs⁴, complexifie la situation des déchets sanitaires.

En effet, dans le cadre de la réponse à cette pandémie, plusieurs stratégies ont été mises en place dont la création des équipes d'intervention rapide, la construction de Centres de Dépistage, d'Isolement et de Traitement dont les activités produisent des déchets hautement infectieux et toxiques qui nécessitent une gestion particulière. Même les sites d'isolement qui ne sont pas de facto considérés comme des établissements sanitaires, génèrent d'importantes quantités de déchets infectieux du fait du statut des clients qu'ils hébergent.

Face à l'urgence de la situation et afin de garantir une exécution efficace du PA COVID-19 dans le strict respect des normes environnementales, le présent Plan de Gestion des Déchets Sanitaires (PGDS) est élaboré pour assurer une gestion rationnelle des déchets sanitaires.

Système de santé ivoirien

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

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

³ CNTS : Rapport d'activités 2014, Abidjan.

⁴ <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-pays/coronavirus-nombre-de-cas-en-cote-divoire/>

Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (03) échelons et deux versants : l'un gestionnaire ou administratif et l'autre prestataire ou offre de soins. Pour mieux contrôler la riposte sanitaire et la rendre plus efficiente, 13 centres de dépistage et 21 centres de d'isolement et de traitement ont été construits ou aménagés à Abidjan, Anyama, Bingerville et Dabou, Odienné, Man, Bondoukou, Bouna, Daloa, Gagnoa, Aboisso, Abengourou, San-Pedro, Korhogo et Bouaké.

Situation de la gestion des déchets sanitaires

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

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

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

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

Risques et impacts environnementaux et socio-sanitaires

La mauvaise gestion des déchets produits par les CDIT de la COVID-19 avec rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques peut contaminer le sol et l'eau de boisson, et représenter un risque certain pour la faune et la flore. Le brûlage ou l'incinération à basse température

(inférieure à 800°C) de ces déchets peut être responsable de la formation dioxines, furanes et PCB co planaires et d'élimination de métaux lourds (plomb, mercure, cadmium) qui polluent l'environnement⁵.

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

Plan de Gestion des Déchets Sanitaires du PA COVID-19

Objectifs et activités clés du PGDS-COVID-19

L'objectif général du PGDS-COVID-19 est d'améliorer la gestion des déchets sanitaires produits par les CDIT de la COVID-19 jusqu'à la fin de la pandémie.

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

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

Il comprend deux (02) objectifs spécifiques que sont (i) Organiser la formation des acteurs et (ii) Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19. Il s'agit à travers cet objectif stratégique, de contribuer au renforcement des capacités des différents acteurs au niveau des CIDT de la COVID-19 afin de les habiliter dans le domaine du tri et du conditionnement, de la collecte et du transport des déchets. Pour ce faire, les manuels de formations seront revus et validés. Par ailleurs, à travers cet objectif stratégique, les CIDT de la COVID-19 seront dotés en matériels de collecte des déchets sanitaires, en EPI et en balance pour la pesée des déchets. Les sites d'incinérations seront remis aux normes, le fonctionnement des incinérateurs sera assuré ainsi que l'entretien et la maintenance et le système de polarisation sera mis en œuvre à travers l'acquisition de véhicules spécialisés de transport de déchets sanitaires.

- Objectif stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19

Il est constitué d'un (01) objectif spécifique : Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires. Il permettra de sensibiliser les parties prenantes à travers la révision et l'édition des procédures de gestion des déchets sanitaires, des affiches 40x40 et l'organisation de séances d'information à l'endroit des responsables des CIDT de la COVID-19.

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

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

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

Cet objectif stratégique vise dans un premier temps à renforcer la coordination et le suivi des activités et dans un second temps, à accompagner la DHPSE et la DIEM dans leurs activités de suivi et de coordination à travers l'acquisition d'un véhicule de liaison, la dotation en consommables et matériel.

Budget de mise en œuvre

Le budget total du PGDS-COVID-19 est estimé à **six cent quatre-vingt-cinq millions cent quarante et huit mille huit cent soixante (685 148 860) francs CFA**. Il est réparti par objectif stratégique comme suit :

RECAPITULATIF	BUDGET (FCFA)	%
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID	557 837 860	81,4%
Objectif Stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19	44 440 000	6,5%
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS-COVID-19	82 871 000	12,1%
TOTAL	685 148 860	100%

EXECUTIVE SUMMARY

Context

The health waste produced by the provision of care is a factor negatively influencing hospital hygiene. According to the World Health Organization (WHO), the reuse of used syringes and needles as well as accidents of exposure to blood or other body fluids due to poor management of health waste have been responsible for 21 million hepatitis B virus infections, accounting for 32% of all new infections, 2 million hepatitis C virus infections, or 40% of all new infections, and at least 260,000 HIV, or 5% of all new infections.

In Côte d'Ivoire, the CIPHIA study in 2018 estimated HIV prevalence at 2.5% in the general population. This prevalence was 2.5% in the population aged 15-49 and 2.9% in the age group 15-64. As for hepatitis, tests carried out by the CNTS reveal high prevalence of 11.42% for hepatitis B and 4.4% for hepatitis C.

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

The COVID-19 pandemic with in Côte d'Ivoire on August 15, 2020, 16,935 confirmed cases including 13,721 people cured, 108 deaths and 3,108 active cases, complicates the health waste situation.

In fact, as part of the response to this pandemic, several strategies have been put in place including the creation of rapid intervention teams, the construction of Screening, Isolation and Treatment centers whose activities produce highly waste. infectious and toxic which require special management. Even isolation sites, which are not de facto considered health facilities, generate large amounts of infectious waste due to the status of the clients they host.

Faced with the urgency of the situation and in order to guarantee effective execution of the COVID-19 PA in strict compliance with environmental standards, this Sanitary Waste Management Plan (PGDS) has been drawn up to ensure the rational management of sanitary waste.

Ivorian health system

Organization of the health system

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

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

Situation of sanitary waste management

The total national production of sanitary waste, all sectors combined (public and private), is estimated at 25.55 tons per day, or 9,325 tons per year. 62% of this sanitary waste is infectious (8% of stinging, sharp, sharp objects (OPCT) and 54% of infectious medical waste other than OPCT), 36% of solid household and similar waste (DSMA) and 2% of chemical and pharmaceutical waste.

Almost all the Districts and health establishments do not have a health waste management plan and internal procedures. Healthcare staff are not trained and waste sorting is not done systematically, increasing the proportion of waste at risk. The agents in charge of waste handling, often untrained, are not specifically assigned to this task and do not have PPE.

The equipment for collecting and transporting solid sanitary waste from production areas to interim storage or disposal sites is inadequate or even nonexistent. Regarding elimination, Côte d'Ivoire, with the support of its partners, has installed modern incinerators. In addition, traditional sanitary waste disposal systems such as fire pits, placenta pits, waste pits and De Montfort type incinerators are still in use.

Regarding the COVID-19 CDITs, those in operation in the District of Abidjan produce an average of 800 kg of health waste every day, all of which are potentially infectious due to the high contagiousness of the coronavirus. For their disposal, the INHP incinerators in the East Abobo District and the IPCI in Adiopodoumé are called upon.

Environmental and socio-health risks and impacts

Poor management of waste produced by COVID-19 CDITs with release of pathogens and toxic pollutants can contaminate soil and drinking water, and represent a certain risk for flora and fauna. Burning or incineration at low temperature (below 800 ° C) of this waste can be responsible for the formation of dioxins, furans and co-planar PCBs and the elimination of heavy metals (lead, mercury, cadmium) which pollute the environment. environment. Moreover, poorly managed or directly disposed of in public landfills, this waste can cause significant ethical problems, exposing populations, health personnel and patients with COVID-19 to significant risks of contamination.

COVID-19 PA Sanitary Waste Management Plan

Objectives and key activities of the PGDS-COVID-19

The general objective of the PGDS-COVID-19 is to improve the management of sanitary waste produced by the COVID-19 CDITs until the end of the pandemic. Three (03) strategic objectives and five (05) specific objectives emerge:

- Strategic objective 1: Strengthen the capacities of the health waste management sector of COVID sites

It includes two (02) specific objectives which are (i) Organize the training of actors and (ii) Strengthen the capacities in infrastructure, materials and equipment for the management of sanitary waste of COVID-19 sites. It is through this strategic objective, to contribute to the capacity building of the various actors at the level of COVID-CIDTs in order to empower them in the field of sorting and packaging, collection and transport of waste. To do this, the training manuals will be reviewed and validated. In addition, through this strategic objective, the COVID-19 CIDTs will be provided with sanitary waste collection equipment, PPE and scales for weighing waste. The incineration sites will be brought up to standard, the operation of the incinerators will be ensured as well as upkeep and maintenance and the polarization system will be implemented through the acquisition of specialized vehicles for transporting health waste.

- Strategic objective 2: Promote the sustainable management of health waste from COVID-19 sites

It consists of one (01) specific objective: Raise awareness among stakeholders in the sustainable management of sanitary waste. It will make it possible to raise awareness among stakeholders through the review and publication of sanitary waste management procedures, 40x40 posters and organization of information sessions for those responsible for COVID-19 CIDTs.

- Strategic objective 3: Ensure governance of the PGDS-COVID-10

This strategic objective includes two (02) specific objectives: (i) Organize coordination and monitoring-evaluation and (ii) Build the capacities of implementing partners.

This strategic objective aims firstly to strengthen the coordination and monitoring of activities and secondly, to support the DHPSE and the DIEM in their monitoring and coordination

activities through the acquisition of a liaison vehicle, the supply of consumables and equipment.

Implementation budget

The overall cost of implementing PGDS-COVID-19 is estimated at **six hundred and eighty-five million one hundred and forty-eight thousand eight hundred and sixty (XOF 685,148,860)**.

It is broken down by strategic objective as follows:

SUMMARY	BUDGET (XOF)	%
Strategic objective 1: Strengthen the capacities of the health waste management sector of COVID sites	557 837 860	81,4%
Objectif Stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des Strategic objective 2: Promote the sustainable management of health waste from COVID-19 sites	44 440 000	6,5%
Strategic objective 3: Ensure governance of the PGDS-COVID-10	82 871 000	12,1%
TOTAL	685 148 860	100%

1. GENERALITES

1.1. CONTEXTE

1.1.1. CONTEXTE GENERAL

A travers le monde, l'ensemble des déchets produits par les établissements de soins de santé influencent fortement aussi bien la salubrité environnementale en milieu communautaire que l'hygiène en milieu de soins.

Les déchets sanitaires produits par l'offre de soins sont un facteur influençant négativement l'hygiène hospitalière. Leur gestion écologiquement rationnelle est un déterminant majeur de la qualité des soins et de la sécurité du personnel soignant, des patients et de leurs accompagnants.

La problématique de la gestion des déchets sanitaires constitue donc une préoccupation mondiale majeure de santé publique et d'environnement. En effet, les activités de soins de santé qui permettent de protéger la santé, de guérir des patients et de sauver des vies, contribuant ainsi au développement socio-économique des pays, génèrent des déchets dont 20%⁶ sont considérés comme à risque, responsables de la survenue d'événements indésirables telles que les infections nosocomiales.

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

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

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

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

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

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

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

¹¹ CNTS : Rapport d'activités 2014, Abidjan.

Selon l'étude de caractérisation des déchets réalisée en 2016 par le PRSSE avec l'appui financier de la Banque mondiale, le secteur sanitaire ivoirien public et privé, produit 25,55 tonnes de déchets solides chaque jour soit environ 9 325,09 tonnes par an. Du fait d'une absence de tri à la production, 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux (8% de OPCT et 54% d'autres déchets infectieux), 36% sont assimilables aux déchets ménagers et 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques. Alors que les normes de l'OMS fixent à seulement 20% la proportion de déchets sanitaires dangereux avec 15% de déchets infectieux, 3% de déchets chimiques et/ou pharmaceutiques, 1% de OPCT et 1% de déchets composés de récipients pressurisés, de thermomètres cassés, d'ampoules de produits utilisés, etc.¹².

La situation des déchets sanitaires est devenue de plus en plus préoccupante dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Cette épidémie, causée par le SARS-CoV-2, s'est propagé rapidement dans le monde depuis décembre 2019 et touche à la date du 16 août 2020, 188 pays et territoires avec 21 554 374 cas confirmés, 772 798 décès et 13 537 082 personnes guéries¹³.

Malgré toutes les mesures de prévention, l'urgence d'accroître la riposte demeure, la Côte d'Ivoire étant touchée par la maladie, avec à la date du 15 août 2020, 16 935 cas confirmés dont 13 721 personnes guéries, 108 décès et 3 108 cas actifs¹⁴.

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

Face à l'urgence de la situation et afin de garantir une exécution efficace du PA COVID-19 dans le strict respect des normes environnementales et avec une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires, il est prévu l'élaboration du présent Plan de Gestion des Déchets Sanitaires (PGDS) en plus du Cadre de Gestion Environnementale et Sociale et des autres instruments de sauvegarde. Ce document servira de boussole pour la gestion et la prévention des impacts et risques environnementaux et sociaux potentiels du projet liés à la problématique des déchets, sur l'ensemble des sites d'intervention.

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

¹³ <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-pays/coronavirus-nombre-de-cas-en-cote-divoire/>

¹⁴ <https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-pays/coronavirus-nombre-de-cas-en-cote-divoire/>

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

Objectif de Développement du Projet (PDO)

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

Les objectifs du projet sont alignés sur la chaîne de résultats du Programme Stratégique de Préparation et de Riposte au (SPRP) COVID-19. La déclaration du PDO est : prévenir, détecter et assurer une riposte à la menace posée par le COVID-19 et renforcer les systèmes nationaux de préparation à la santé publique en Côte d'Ivoire. Le PDO sera surveillé au moyen d'indicateurs de résultats que sont :

- Nombre de cas suspects de COVID-19 signalés et ayant fait l'objet d'une enquête sur la base des lignes directrices nationales, ventilés selon le genre ;
- Nombre de cas suspects de COVID-19 testés positifs ;
- Nombre de lits de confinement de cas suspects, des contacts, d'isolement, de prise en charge de cas mineurs et graves ;
- Nombre de cas graves de COVID-19 traités ;
- Nombre des décès parmi les cas confirmés ;
- Nombre de cas traités et guéries.

Composantes et activités du PA COVID-19

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

Composante 1 - Intervention d'urgence COVID-19 (Financement estimé : 28,8 millions US \$ de l'IDA)

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

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

a) Sous-Composante 1.1 : Détection, confirmation, recherche des contacts, enregistrement et notification des cas

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

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

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

Cette Sous-composante soutient i) les activités visant à assurer une prise en charge adéquate des cas, y compris la planification d'urgence (capacité de montée en puissance) ; ii) les activités visant

à minimiser les risques pour les patients¹⁵ non-COVID-19 et pour le personnel de santé gérant les patients COVID-19, y compris le lavage des mains de base et des installations¹⁶ sanitaires ainsi que des systèmes adéquats de gestion des déchets sanitaires dans les établissements de soins.

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

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

Pour les mesures de prévention de la transmission de la maladie, plusieurs activités seront financées. Il s'agit notamment : i) des coûts liés à la mobilisation de personnel de santé supplémentaire ainsi qu'à la mise en place et l'équipement d'équipes d'intervention rapide (EIR) et au financement des salaires et indemnités de risque conformément aux politiques nationales applicables ; ii) de l'achat de matériel de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de kits d'EPI pour le personnel de santé de première ligne, en charge des patients ; iii) de la formation des agents de santé et du personnel de soutien tant, à la prise en charge des cas, qu'à la protection individuelle et à la lutte contre les infections ; iv) de l'approvisionnement en eau, assainissement et hygiène (WASH) pour les établissements de santé utilisant les normes JMP¹⁷ dans les zones critiques, y compris les installations de lavage des mains et d'assainissement de base, et des systèmes adéquats de gestion et d'élimination des déchets sanitaires dans les établissements de soins ; v) de la réhabilitation limitée ou l'achat d'unités préfabriquées pour étendre la capacité des lits de maladies infectieuses et les unités d'isolement pour les patients critiques.

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

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

¹⁵ Les établissements de soins de santé temporaires devront prendre en compte les installations d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène (respect des normes de qualité; séparation des patients infectés par rapport aux patients non infectés).

¹⁶ Le Programme conjoint OMS / UNICEF pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène (JMP) indique que les installations de lavage des mains comprennent un évier avec de l'eau du robinet, des seaux avec des robinets, des robinets à bascule et des cruches ou des bassins destinés au lavage des mains. Le savon comprend du savon en barre, du savon liquide, un détergent en poudre et de l'eau savonneuse, mais ne comprend pas de cendres, de terre, de sable ou d'autres agents de lavage des mains.

¹⁷ Le Programme conjoint OMS / UNICEF pour l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène (JMP) indique que les installations de lavage des mains comprennent un évier avec de l'eau du robinet, des seaux avec des robinets, des robinets à bascule et des cruches ou des bassins destinés au lavage des mains. Le savon comprend du savon en barre, du savon liquide, un détergent en poudre et de l'eau savonneuse, mais ne comprend pas de cendres, de terre, de sable ou d'autres agents de lavage des mains.

soutien et des familles aux mesures d'atténuation des risques et à la fourniture d'équipement de protection et des matériels d'hygiène appropriés.

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

Composante 2 : Communication sur la santé et engagement communautaire (Financement estimé : 5 millions US \$ de l'IDA)

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

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

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

a) Sous-Composante 2.1 : Engagement communautaire pour la responsabilité sociale et la prévention

Le projet soutiendra (i) le développement de systèmes de veille communautaire des maladies et l'engagement multipartite, y compris la résolution de problèmes tels que l'inclusion et la sécurité des travailleurs de la santé; (ii) l'élaboration de formations sur le suivi à base communautaire et de matériel de rapport ; (iii) la formation des leaders communautaires, des professionnels de la

vulgarisation, des agents de santé communautaires et des bénévoles ; (iv) des sensibilisations pour motiver la notification. Cela permettra aux agents de santé communautaires et aux bénévoles de jouer un rôle dans la détection et la notification en temps opportun des cas aux établissements de santé et aux agences gouvernementales locales.

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

b) Sous-Composante 2.2 : Changement comportemental complet et communication des risques

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

Cette sous-composante financera : (i) une étude pour comprendre les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations à propos du virus et de sa prévention ; (ii) l'élaboration et le test d'une stratégie de communication des risques et de supports de formation ; (iii) la production et la diffusion de messages et de matériels au niveau communautaire sur la base d'un engagement et de solutions localement appropriées ; (iv) l'élaboration de lignes directrices sur les mesures de distanciation sociale pour rendre opérationnelles les lois et réglementations existantes ou nouvelles ; (v) l'assistance technique pour la communication ; (vi) l'identification, l'engagement et le plaidoyer auprès des leaders d'opinions clés (les chefs religieux, les célébrités, etc.), et (vii) l'implication des organisations locales pour la sensibilisation communautaire.

c) Sous-Composante 2.3 : Diffusion et collecte d'informations

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

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

Sur la base des résultats de l'étude pour l'opérationnalisation des services extérieurs du MSHP, le projet contribuera au financement du plan d'action d'opérationnalisation qui en est issu. Celui-ci intègre le renforcement des capacités opérationnelles des Directions de la santé, au niveau

des Régions et des Districts sanitaires, la mise en place d'un cadre normatif pour une organisation adaptée des régions et des districts, des profils et des capacités nécessaires.

Composante 3 : Gestion de projet (Financement estimé : 1.2 millions US \$ de l'IDA)

a) Sous-Composante 3.1 : Coordination du projet

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

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

Cette composante appuiera le suivi et l'évaluation de la prévention, de la préparation et de l'intervention. Elle appuiera la formation au suivi-évaluation participatif à tous les niveaux administratifs, les ateliers d'évaluation et l'élaboration d'un plan d'action pour le suivi-évaluation et la reproduction des modèles réussis.

Bénéficiaires du projet

Les principaux bénéficiaires du PA COVID-19 seront l'ensemble des populations de la Côte d'Ivoire notamment :

- les parties touchées incluant les communautés locales, les membres de la communauté et les autres parties qui peuvent être soumises aux impacts directs du projet tout en prenant en compte la sphère d'influence du PA COVID-19 ;
- les personnes ou groupes défavorisés/vulnérables surtout les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques, métaboliques et d'affections médicales antérieures, les femmes enceintes, etc.
- les autres parties concernées incluant le grand public.

1.2. PRESENTATION DU PAYS

1.2.1. DONNEES BIOPHYSIQUES

Relief

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

Sols

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

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

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

Sur le plan de la santé, les sols peuvent être contaminés par des substances chimiques (intrants agricoles, mercure...) classées cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (arsenic, chrome, benzène, dioxines...) et neurotoxiques (plomb), fragilisant la situation sanitaire des population et exposant ainsi à des risques élevés de contracter la COVID-19. Les hydrocarbures, le plomb, les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAPs) et les résidus des produits phytosanitaires (les

pesticides) sont les agents chimiques les plus en cause, par l'abondance de leur utilisation ou leur mauvais usage, surtout au niveau de l'agriculture.

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

Climat

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

- une zone Sud, littorale, guinéenne, à climat de type équatorial, à 4 saisons (2 saisons humides, 2 saisons sèches) et forte hygrométrie, recevant plus de 1600mm de précipitations moyennes annuelles, à déficit hydrique faible en saison sèche, à climax de forêt dense ombrophile ;
- une zone Centre- Sud du pays, nord-guinéenne, de type tropical subhumide à 2 saisons (humide et sèche), recevant entre 1600 et 1300 mm de précipitations, à déficit hydrique peu marqué en saison sèche, à climax de forêt dense semi-décidue ;
- une zone Centre- Nord du pays, au climat de type soudanien, marqué par deux saisons (humide et sèche de durée équivalente), recevant entre 1000 et 1300 mm de précipitations, à déficit hydrique marqué en saison sèche, à climax de forêt de transition : forêt claire, savane arborée, forêt galeries ;
- une zone Nord, au climat de type soudanien, rythmé par deux saisons bien marquées (saison humide courte, saison sèche longue), recevant moins de 1000 mm de précipitation, à fort déficit hydrique en saison sèche, à climax de savane arborée, arbustive ou herbeuse (rôle des feux).

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

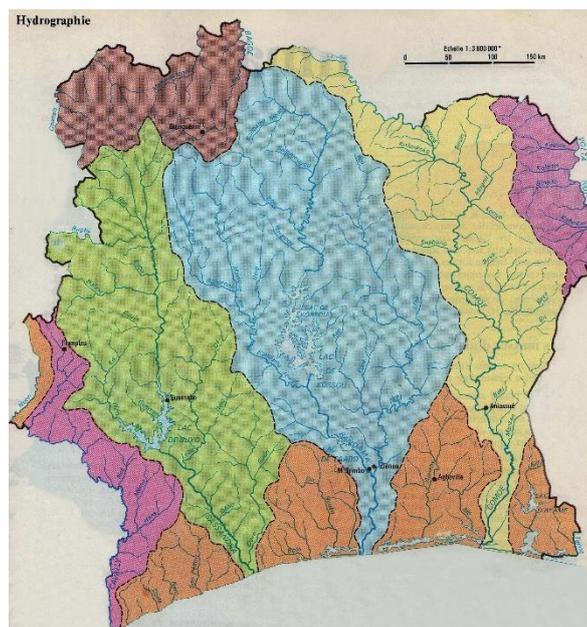
Eaux

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

En Côte d'Ivoire, l'eau ne manque pas. Comme le montre la carte ci-dessous, le réseau hydrographique est constitué de 4 grands bassins versants orientés Nord-Sud (Comoé, Bandama,

Sassandra et Cavally) qui draine la plus grande partie du pays. Ils sont relativement puissants, mais sont non navigables en raison de nombreux sauts et de leur assèchement saisonnier dans la partie Nord.

Figure 1. Carte des bassins versants (Source : Atlas de Côte d'Ivoire, JA, 1983)



Végétation

Selon les estimations les plus récentes, le couvert forestier ivoirien se situe entre 3 à 4 millions d'hectares par rapport à 16 millions d'hectares lors de l'indépendance, en 1960. A l'heure actuelle, environ 200 000 hectares de forêts disparaissent chaque année principalement du fait de l'expansion des surfaces cultivées en cacao, palmier huile, hévéa, riz et igname. Dans un contexte de changement climatique, la disparition des derniers blocs forestiers, attendue au tournant de 2030-2035, risque de compromettre les objectifs de développement actuels principalement dans le secteur agricole, pilier important de l'économie ivoirienne

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

- les formations de forêts denses ombrophiles, dans la zone littorale, avec parfois un liseré de mangroves ;

- les formations de forêts denses mésophiles ou claires, dans la moitié sud du pays, avec des faciès montagnards plus humides en partie Ouest ; pour la plupart, ce sont des forêts dégradées et des forêts secondaires, que l'on peut considérer issues des formations précédentes, au titre de jachères plus ou moins longues de l'agriculture traditionnelle itinérante ; ce sont en fait des zones agricoles qui laissent plus ou moins de place aux arbres dominant les cultures (vivrières et de rente). Ces zones peuvent être intensifiées par l'agriculture paysanne (café, cacao...), ou par la grande agriculture/arboriculture industrielle (palmier à huile, hévéa) ; plus densément peuplées qu'ailleurs, elles représentent actuellement le potentiel agricole du pays, et par conséquent, les zones de forêts dont les enjeux sont les plus importants en termes de stockage de CO² ;
- des forêts galeries denses ou claires, ombrophiles ou mésophiles en fonction des conditions hydriques et édaphiques, situées le long des cours d'eau et en continuité des forêts denses du Sud, s'allongeant en zones de savanes vers le Nord ; ces zones de bas-fonds sont aujourd'hui convoitées par l'agriculture, car elles offrent des conditions pédologiques et hydriques favorables. Leur protection, ou leur mise en valeur encadrée, est un enjeu réel pour la sécurité alimentaire, pour le régime des cours d'eau et pour la continuité territoriale de la biodiversité (corridors) ;
- des formations de savanes arborées, arbustives ou herbeuses dans la zone soudanienne, dont le gradient de conservation/dégradation est fonction de la densité humaine et de la fréquence des feux de brousse. Couvrant de grandes étendues peu peuplées (du fait de l'onchocercose), elles peuvent être considérées comme un réservoir d'espaces pour le reboisement et pour les cultures agro-industrielles (concessions sucrières, projet soja...), quoique parfois difficiles à mettre en valeur.

Faune

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

quasiment menacées : des batraciens (32), des reptiles (06), des poissons (32), des oiseaux (38) et des mammifères (30)¹⁸.

Le dernier inventaire exhaustif de la biodiversité terrestre et aquatique révèle la présence de 16 034 espèces végétales et animales dont 712 espèces avifaunes et 163 espèces mammifères. L'IUCN a recensé près de 90 espèces endémiques à la Côte d'Ivoire¹⁹.

1.2.2. DONNEES SOCIO- DEMOGRAPHIQUE, ECONOMIQUE ET ADMINISTRATIVE

Données sociodémographiques

La Côte d'Ivoire a une superficie de 322 462 km² et une population de 25 069 230 habitants avec 12 414 061 de femmes soit 49,51% et 12 655 169 d'hommes soit 50,48%. La population urbaine représente 50,78% de la population totale. La densité de population est estimée à 77,74 habitants/km² avec un taux de croissance annuelle de 2,60%²⁰. L'espérance de vie était de 57,40 ans (2018) avec un taux de mortalité de 10,40% (2017)²¹

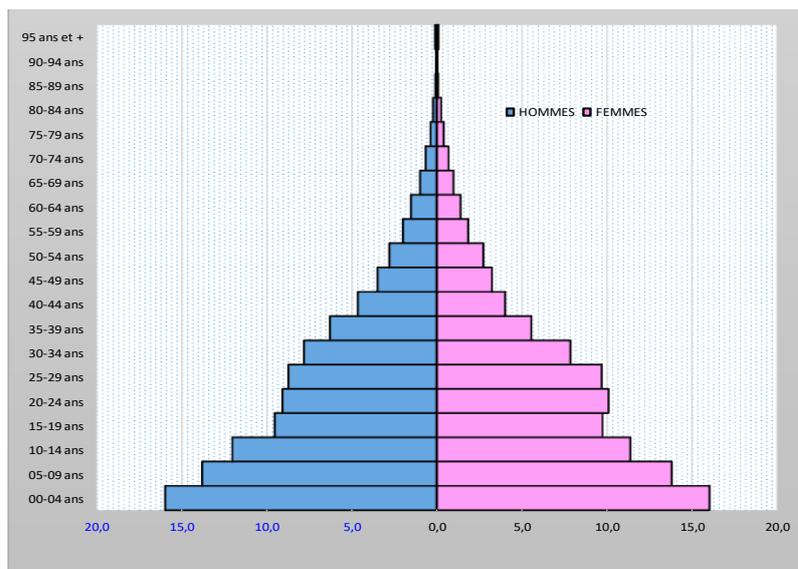
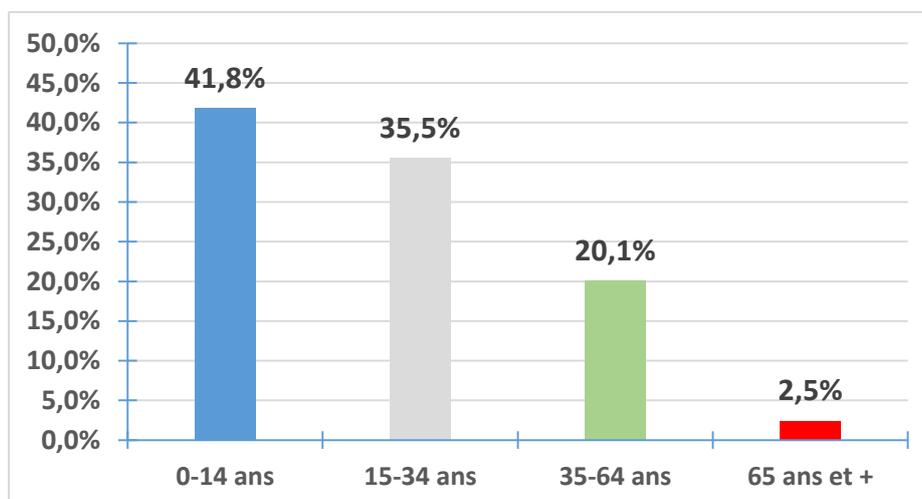
Relativement à la structure par âge, la population de la Côte d'Ivoire selon les résultats du RGPH 2014 demeure encore très jeune. Les enfants de 0-14 ans révolus au nombre de 9 481 351 individus représentent 41,8 % de la population totale, les Jeunes de 15-34 ans révolus au nombre de 8 048 341 individus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

¹⁸ Gestion durable de la faune et des ressources cynégétiques en Côte d'Ivoire Rapport pour les Etats généraux de la forêt, de la faune et des ressources en eau, 2015

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

²⁰ Source : Banque Mondiale, données 2018

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

Figure 2. Pyramide des âges de la Côte d'Ivoire en 2014 (Source INS)**Figure 3. Répartition de la population par tranches d'âge (INS, RGPH 2014)**

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

investissements dans le capital humain, ce qui leur a permis de bénéficier du dividende démographique²².

Selon le Ministère en charge de l'éducation nationale, le taux d'analphabétisme en Côte d'Ivoire est passé de 51% à 43,8%, soit une baisse de 7,2% en 2017. En 2018, ce taux était de 47,17% chez les personnes âgées de 15 ans et plus et de 58,42% chez les 15 à 24 ans. Quant au taux de scolarisation, il était de 99,8% en 2018²³.

Données économiques et administratives

Sur le plan économique, la croissance économique ivoirienne de la Côte d'Ivoire s'est établit 7,4% en 2018, en dépit de sa vulnérabilité aux 02 chocs externes et des incertitudes politiques à l'approche des élections présidentielles de 2020. Sur la même période, le PIB réel par habitant a augmenté de 32 %. Pour durer sur le long terme, la croissance économique du pays doit être bien redistribuée. Or, même si les dernières données statistiques sur la pauvreté recueillies en 2015 montrent que le revenu national s'est accru de 80 % entre 2012 et 2015 et, que la Côte d'Ivoire enregistre pour la première fois depuis 40 ans, une diminution de son taux de pauvreté, cette diminution reste faible, de 51 % à 46,3 %, avec le même nombre d'ivoiriens pauvres qu'en 2008, soit environ 10,7 millions de personnes. En 2015, près de 46 % des Ivoiriens vivaient encore avec moins de 750 francs CFA par jour. Les inégalités ne sont pas seulement économiques mais aussi géographiques. Les pauvres sont plus nombreux en zone rurale (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9% dont 22,7 % à Abidjan). Par ailleurs, le Nord et le Nord-Ouest du pays sont plus pauvres (plus de 60 %) que le littoral et le Sud-Ouest (moins de 40 %). Les analyses montrent que malgré les dépenses importantes de l'Etat en faveur de l'éducation, les résultats demeurent décevants en termes d'inscription à l'école primaire. À titre de comparaison, le Bénin dépense proportionnellement moins que la Côte d'Ivoire alors que le taux d'élèves inscrits au primaire y est supérieur. Pour ce qui est du secteur de la santé, la Côte d'Ivoire dépense relativement peu, ce qui explique ses résultats modestes en termes de mortalité maternelle. Seuls le Mali et la Guinée Bissau consacrent moins de ressources à la santé que la Côte d'Ivoire²⁴.

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

²² Source PND 2016-2020

²³ Banque Mondiale

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

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

²⁶ Source : Primary Health Care Performance Initiative 2018

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

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



1.2.3. SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN

Organisation du système de santé

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

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

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

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

Secteur public

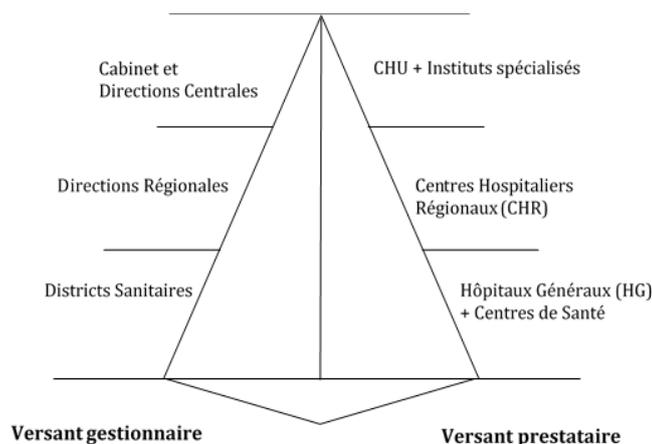
Il est organisé en trois niveaux :

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

Secteur privé

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

²⁷ RASS 2018

Figure 1. Organisation du Système sanitaire ivoirien

Source :

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

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

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

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

Ressources humaines de santé (RASS 2018)

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

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

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

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

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

Profil épidémiologique et facteurs aggravant la COVID-19

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

A l'instar des pays à faible revenu, le pays était confronté à des insuffisances au niveau de son système de santé avec un profil épidémiologique dominé par les maladies infectieuses dont les principales sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies avec un impact sur la morbidité et la mortalité. Les enfants et les femmes enceintes constituaient les populations les plus vulnérables et les plus touchées²⁸.

Malgré le statut de pays à revenu intermédiaire de la Côte d'Ivoire, la situation du pays au regard de la santé est comparable à celle d'un pays à faible revenu et ses résultats sanitaires sont parmi les plus faibles de la région. L'espérance de vie est de 55 ans, l'une des plus faibles au monde. Les maladies infectieuses comme le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la tuberculose et le paludisme représentent une lourde charge de morbidité²⁹.

Au total, ces maladies causent près de 24% des décès annuels en Côte d'Ivoire. Le paludisme constitue la menace la plus importante de ces trois maladies avec plus d'un million de cas confirmés en pédiatrie chez les enfants de moins de 05 ans avec une incidence de 492,9 pour 1 000 contre 189,9 pour 1 000 dans la population générale³⁰. La prévalence du VIH en Côte d'Ivoire, estimée à 2,8%³¹, est la deuxième plus élevée en Afrique de l'Ouest. Le taux d'acceptation du test du VIH en conseils dépistage (hors PTME) a connu une hausse de 2017 à 2018, passant de 75,9% à 82,3% tandis que le taux de retrait du test de dépistage (hors PTME) a connu une légère baisse allant de 99,8% à 99,5%. Dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), on note une positivité de 0,83% et parmi ces femmes enceinte VIH+, 95% ont initiées le traitement ARV. Le taux de notification de la tuberculose en 2018 était de 85 cas pour 100 000 habitants qui est en baisse par rapport à 2017 qui avait 87 cas pour 100 000 habitants. Sur 21 031 cas de tuberculose, 20 826 ont été testés au VIH et 4 090 ont été déclarés positifs au VIH, soit 19,6% de co-infection TB/VIH³².

Selon l'enquête ENV 2015, le taux de morbidité élevé dans la population en général est lié à plusieurs déterminants ou facteurs, qui agissent directement ou indirectement sur la santé des

²⁸ PNDS 2016-2020

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

³⁰ Source : RASS 2018

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

³² RASS 2018

populations. Il s'agit notamment (i) du manque d'hygiène du milieu de vie, (ii) de l'insuffisance d'assainissement, (iii) de l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, (iv) de la précarité des habitats, (v) du faible niveau d'instruction de la population, des croyances et pratiques ancestrales, (vi) du faible taux d'alphabétisation, (vii) du faible niveau de revenu de la population, (viii) de la faible couverture du risque financier lié à la maladie et la précarité de l'emploi, (ix) des difficultés d'accès aux services de santé, et de l'insuffisance de la qualité des services et du continuum de soins dans la communauté.

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

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

Gestion des déchets sanitaires

Au niveau national

a) Production et caractérisation³³

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

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

Quant au secteur sanitaire privé national, il produit environ 8,80 tonnes de déchets sanitaires par jour soit environ 3 213,50 tonnes par an avec 6% de OPCT, 38% de déchets médicaux infectieux

³³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Projet de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiques (PRSSSE)- P147740 : Actualisation du plan de gestion des déchets sanitaires 2009-2011. Rapport d'enquête, septembre 2016

autres que les OPCT, 54% de DSMA et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques. Cette production représente 34% de la production total nationale.

La production nationale totale de déchets sanitaires est donc passée de 13,2 tonnes par jour en 2009 à 25,55 tonnes par jour en 2016 soit une augmentation de 93,56%. Ce qui peut témoigner d'un accroissement de l'offre de soins et d'une utilisation plus accrue des services de santé. La mise en œuvre des plans successifs de gestion des déchets avec l'appui des partenaires dont la Banque mondiale a permis d'inculquer aux acteurs, la notion du tri à la production des déchets. Ainsi, la proportion de déchets infectieux est passée de 70% en 2009 à 62% en 2016 soit une réduction de 11,43%. Malgré les efforts pour la réduction de la proportion de déchets infectieux par rapport à celle de 2009, celle-ci reste toujours importante comparativement aux standards internationaux et expose le personnel de santé, les malades, les accompagnants et l'environnement à des risques de contamination et de pollution. En effet, selon l'OMS, « 85% environ des déchets liés aux soins de santé sont comparables aux ordures ménagères et ne sont pas dangereux. Les 15% restants sont considérés comme dangereux et peuvent être infectieux, toxiques ou radioactifs »³⁴.

b) Système de collecte et d'élimination

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

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

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

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

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

³⁴ OMS : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire N°253, Novembre 2015

Concernant l'élimination, depuis 2010, avec l'appui de ses partenaires, la Côte d'Ivoire a procédé à la modernisation de son système à travers l'installation d'incinérateurs à combustion pyrolytique et de banaliseurs dont certains, sur ou à proximité des CDIT de la COVID-19. Par ailleurs, les systèmes traditionnels d'élimination des déchets sanitaires tels que les fosses à brûlage, les fosses à placenta, les fosses à déchets et les incinérateurs de type De Montfort sont toujours utilisés, exposant les malades, le personnel de santé, la communauté et l'environnement à des risques de contamination et de pollution.

Pour faire face à cette situation, la Côte d'Ivoire a entrepris depuis 2009, avec l'appui de ses partenaires dont la Banque mondiale, des actions pour améliorer la gestion des déchets sanitaires, notamment à travers (i) l'installation d'incinérateurs modernes, (ii) la formation et la sensibilisation des agents de santé et (iii) la dotation en matériel de tri et de collecte des déchets.

Par ailleurs, pour optimiser le système de gestion, un arrêté portant polarisation des déchets sanitaires a été pris³⁵.

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

Tableau 1. Répertoire des incinérateurs de déchets sanitaires, modernes, fonctionnels, installés dans le secteur public³⁶

N°	LOCALITES	CAPACITE DE DESTRUCTION
1.	Abengourou (CAT)	30 kg/h
2.	Abobo (Antenne INHP)	200 kg/h
3.	Aboisso (CHR)	30 kg/h
4.	Bondoukou (CAT)	30 kg/h
5.	Bondoukou (CHR)	30kg/h
6.	Bouaké (CAT)	30/kg
7.	Bouna	30 kg/h
8.	Cocody (CHU)	30 kg/h
9.	Daoukro (HG)	30 kg/h
10.	Gagnoa (CAT)	30 kg/h

³⁵ Arrêté N°02193/MSHP/CAB/DHPSE du 31 décembre 2018 portant polarisation de la gestion des déchets sanitaires dans les établissements de santé de Côte d'Ivoire

³⁶ Source : DHPSE, MSHP : Etat des lieux du fonctionnement des incinérateurs de déchets sanitaires (2018, mis à jour en juillet 2020)

11.	Korhogo (CAT)	30 kg/h
12.	Man (CAT)	30 kg/h
13.	Man (CHR)	15 kg/h
14.	Odienné (CAT)	30 kg/h
15.	San-Pedro (CHR)	30 kg/h
16.	Sassandra (HG)	30 kg/h
17.	Séguéla (CHR)	30 kg/h
18.	Toumodi (HG)	30 kg/h
19.	Yamoussoukro (District)	30 kg

Tableau 2. Répertoire des incinérateurs de déchets sanitaires, modernes, fonctionnels, installés dans le secteur privé³⁷

N°	LOCALITES	STRUCTURES	CAPACITE DE DESTRUCTION	OBSERVATIONS
1.	Abidjan	PISA IMPEX	200 kg/h	Spécialement destiné aux déchets sanitaires
2.		RMG	250 kg/h	- Destinés initialement aux déchets de produits phytosanitaires ; - Capable de détruire convenablement les déchets sanitaires.
3.			350 kg/h	
4.		ENVIPUR	100 kg/h	- Destinés initialement aux déchets chimiques solides et liquides ; - Capable de détruire les déchets sanitaires.

³⁷ Source : DHPSE, MSHP : Etat des lieux du fonctionnement des incinérateurs de déchets sanitaires (2018, mis à jour en juillet 2020)

Au niveau des CIDT du COVID-19

Le gouvernement ivoirien a ouvert dans le District Autonome d'Abidjan et à Grand-Bassam, treize (13) centres de dépistage, sept (07) sites de traitement ou de prise en charge, trois (03) sites d'isolement et un (01) site de mise en quarantaine pour riposter efficacement contre la COVID-19. Les autorités ont procédé de telle de manière que l'offre de service de dépistage soit le plus proche possible des populations en dotant chaque commune d'un centre de dépistage. Tous ces centres et sites COVID 19 emploient des agents de santé et du personnel d'entretien. Dans la mise en œuvre de leurs activités, ces centres COVID 19 produisent chaque jour, en moyenne 800 Kg de déchets sanitaires qui sont tous potentiellement infectieux du fait de la forte contagiosité du coronavirus. Le personnel d'entretien qui provient de diverses origines n'a pas de formation adéquate sur la prévention et le contrôle des infections de façon générale et particulièrement sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19. La collecte de ces déchets sur la plupart des sites se fait dans des poubelles à ciel ouvert, souvent de fortune, en utilisant des sachets poubelles de couleur noire au lieu de la couleur jaune portant le pictogramme de déchets infectieux. Cela révèle l'insuffisance ou du manque de matériel approprié pour la collecte sélective des déchets issus des activités COVID-19.

Pour ce qui est de l'élimination des déchets infectieux produits par les CIDT du District Autonome d'Abidjan, deux (02) sites d'incinération ont été identifiés et sont actuellement utilisés. Il s'agit de l'incinérateur de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) à Abobo et celui de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) situé à Adiopodoumé.

a) Incinérateur de l'antenne INHP d'Abobo Est

L'unité de traitement des déchets de l'antenne INHP d'Abobo est un incinérateur à combustion pyrolytique de capacité 200 Kg/h, doté d'un laveur de fumée humide, installé dans l'enceinte de la structure et mis en route en décembre 2017. Il reçoit quotidiennement les déchets médicaux produits par les 13 centres de dépistage d'Abidjan et Grand-Bassam ainsi que les déchets médicaux générés par les activités COVID-19 du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Treichville. Ces déchets sont convoyés par deux (02) camions KIA dédiés, qui parcourent les sites des activités COVID-19 selon deux (02) circuits : Abidjan Sud et Abidjan Nord. A la date du 15 juillet 2020, 23,6 tonnes de déchets provenant des activités liées à la COVID 19 ont été détruits à l'incinérateur. Hormis les déchets médicaux issus des sites COVID 19, cet incinérateur traite également les déchets médicaux produits par la Direction de l'INHP et les trois (03) autres antennes d'Abidjan. D'autres structures étatiques telles que le laboratoire du CEDRES sollicitent l'INHP pour le traitement par incinération de leurs déchets à risque.

b) Incinérateur de l'IPCI sur le site d'Adiopodoumé

Il s'agit d'un incinérateur à combustion pyrolytique de type Müller de capacité 100 Kg/h, installé en décembre 2018. Avant l'avènement de la COVID 19, il permettait de traiter en moyenne 500

à 600 Kg de déchets médicaux par semaine. Depuis le mois de mars 2020, cet incinérateur est de plus en plus sollicité, car en plus des déchets issus des laboratoires d'analyse des échantillons COVID-19, les déchets ménagers et assimilés produits dans les locaux de l'institut Pasteur à Cocody et à Adiopodoumé sont également incinérés car considérés comme potentiellement infecté par le coronavirus. Ce site reçoit aussi les déchets du site de prise en charge COVID-19 du CHU de Yopougon et de la FSU-COM de la Riviera Palmeraie. Il n'y a pas de véhicule de transport spécialisé des déchets vers ce site de traitement.

c) Sites complémentaires identifiés pour le traitement des déchets issus des activités COVID-19

Du fait de l'accroissement continue de la quantité de déchets médicaux liés aux activités COVID-19 et de l'éloignement des incinérateurs identifiés pour le traitement de ces déchets, il est nécessaire que des incinérateurs complémentaires soient identifiés de façon à couvrir l'étendue le District Autonome d'Abidjan et les autres localités du pays.

A l'intérieur du pays, les incinérateurs d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké seront mis à contribution après une remise à niveau.

Risques et impacts environnementaux, sociaux et sanitaires

a) Impacts environnementaux

La mauvaise gestion des déchets produits par les CDIT de la COVID-19 peut entraîner des risques pour l'environnement par le rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques. L'élimination de ces déchets à haut risque infectieux et toxiques dans les dépôts sauvages ou dans les fosses non septiques ainsi que l'enfouissement mal réalisé, peuvent contaminer le sol et l'eau de boisson, et représenter un risque certain pour la faune et la flore.

Par ailleurs, le brûlage ou l'incinération à basse température (inférieure à 800°C) de certains déchets sanitaires comportant du polychlorure de vinyle (PVC) est responsable de la formation de (i) polychlorodibenzodioxines (PCDD), (ii) polychlorodibenzofuranes (PCDF) et (iii) divers autres polluants aériens toxiques dont le de polychlorobiphényles (PCB), respectivement appelés dioxines, furanes et PCB co planaires. Les dioxines, les furanes et les PCB co planaires sont des substances persistantes dont la molécule n'est pas dégradée dans l'environnement, et qui s'accumulent dans la chaîne alimentaire. La plus grande partie de l'exposition humaine est due à l'alimentation. L'incinération des métaux lourds ou de matériaux contenant une grande quantité de métal tel que le plomb, le mercure ou le cadmium peut entraîner le rejet de métaux toxiques dans l'environnement³⁸.

³⁸ OMS : Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire N°253 Novembre 2015

b) Impacts socio-sanitaires

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

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

La réutilisation directe de matériel d'injection contaminé entraîne un risque professionnel pour le personnel soignant, pour le personnel chargé de la gestion des déchets et pour les récupérateurs. Lorsque l'accès aux décharges n'est pas restreint, les enfants peuvent entrer en contact avec des déchets contaminés provenant notamment des CDIT de la COVID-19 et jouer avec des aiguilles et des seringues qui ont déjà servi. Cette situation est responsable dans le monde d'environ 21 millions de cas d'infections par le virus de l'hépatite B, 2 millions de cas d'infection par celui de l'hépatite C et 260 000 cas d'infection par le VIH³⁹.

La pollution atmosphérique liée à la mauvaise incinération des déchets contenant du PVC peut avoir des effets dommageables pour la santé, notamment l'atteinte du système immunitaire, des anomalies de développement du système nerveux, du système endocrinien et des fonctions reproductrices, des lésions cutanées et hépatiques, des cancers⁴⁰.

³⁹ OMS : Aide-mémoire n°254 ; Genève 2004

⁴⁰ OMS : Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire N°253 Novembre 2015

2. PLAN DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES DES CIDT DU COVID-19

2.1. PROBLEMES MAJEURS

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

Quelques insuffisances et contraintes subsistent malgré les efforts déjà déployés, empêchant la mise en place d'une chaîne opérationnelle moderne et structurée pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires de l'ensemble des CIDT, tant sur le territoire du District Autonome d'Abidjan que dans les autres localités du pays.

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

Les Districts sanitaires et les différents CIDT ne disposent pas de plan de gestion des déchets sanitaires et de procédures internes.

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

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

2.1.2. ABSENCE DE MATERIEL ET EQUIPEMENT DE COLLECTE SELECTIVE, DE TRANSPORT ET DE PROTECTION INDIVIDUELLE

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

Pour le transport ex-situ des déchets sanitaires, le matériel roulant utilisé est bien souvent inadapté, faisant courir des risques de déversements.

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

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

2.1.3. INSUFFISANCE DE FORMATION ET SENSIBILISATION DES ACTEURS

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

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

2.1.4. INSUFFISANCE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DU SECTEUR

Le secteur des déchets sanitaires souffre d'une insuffisance criarde de financement même celui issus des sites COVID-19. Les appuis budgétaires apportés par l'Etat à travers le Trésor Public aux établissements sanitaires ne sont pas spécifiques à la gestion des déchets et restent donc insuffisants pour prendre en charge convenablement les déchets produits par les sites COVID-19.

2.2. CADRE STRATEGIQUE DU PGDS-COVID-19

2.2.1. CADRE DE PARTENARIAT

Le secteur de la gestion des déchets sanitaires de façon générale et spécifiquement des déchets issus des activités des CIDT de la COVID-19 fait intervenir plusieurs acteurs à des niveaux d'intervention divers, allant du niveau central décisionnel au niveau périphérique opérationnel

en passant par le niveau intermédiaire de relai sans oublier le niveau communautaire avec la population, surtout pour les déchets produits par les cas suspects ou confirmés, en confinement à domicile.

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

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

Cadre institutionnel

Un organe de coordination de la mise en œuvre du PGDS-COVID-19 sera mis en place au niveau central. Il en assurera au niveau opérationnel et avec l'appui d'un Comité Technique, le contrôle, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions.

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

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

Pour mieux coordonner les interventions afin d'obtenir une complémentarité d'action et optimiser les résultats sur le terrain, le présent plan servira d'unique boussole pour toutes les interventions de gestion des déchets sanitaires dans les CIDT de la COVID-19, quel que soit l'acteur concerné et la source de financement.

Planification de la gestion des déchets sanitaires des CIDT de la COVID-19

Pour une mise en œuvre coordonnée du PGDS-COVID-19, une planification cohérente et concertée doit être faite afin d'amener tous les acteurs concernés à ajuster leurs activités sur ledit plan. Le but visé est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification. Pour ce faire, un guide de planification pour tous les CIDT de la COVID-19 sera élaboré et mis à disposition. Avec ce guide, la planification opérationnelle verra la participation de l'ensemble des acteurs.

Mécanisme de Coordination

Organe de coordination de la mise en œuvre des activités

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

Comité Technique de suivi de mise en œuvre

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

Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi

La mise en œuvre du PGDS-COVID-19 fera l'objet d'une coordination, d'un suivi et d'une évaluation au niveau départemental à travers les Comités départementaux du COUSP. Ces Comités seront également chargés (i) de coordonner au niveau local, les actions des Comités d'hygiène des CIDT du COVID-19, (ii) d'aider à l'identification des besoins en matière de gestion des déchets sanitaires, (iii) d'organiser la planification de la formation des acteurs au niveau local, (iv) de conduire le plaidoyer et contribuer à la sensibilisation et (v) d'organiser le suivi des activités.

Comités d'hygiène des CIDT de la COVID-19

Ils constituent le relai des actions au niveau des CIDT de la COVID-19. Ils seront chargés entre autres, avec l'appui du District sanitaire et du COUSP départemental , (i) d'identifier les besoins pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires, (ii) de proposer des actions prioritaires, (iii) de conduire la sensibilisation du personnel de centre COVID-19 et des usagers, (iv) d'organiser la formation du personnel, (v) de veiller à la dotation des CIDT de la COVID-19 en matériels et équipements de tri et de collecte des déchets, (vi) d'organiser le suivi et l'entretien des infrastructures d'élimination des déchets et (vii) d'organiser le suivi des activités.

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

Ancrage institutionnel

Le PGDS-COVID-19 s'inspire du PNGDS 2019-2021 du SPARK Santé et répond au souci de garantir l'exécution du projet dans le respect des normes environnementales tout en s'assurant que les déchets produits par les CIDT de la COVID-19 sont gérés de façon écologiquement rationnelle.

Sur le plan institutionnel, le PGDS-COVID-19, contribue activement à la réalisation de l'effet intermédiaire 6.2 de l'effet 6 de l'axe stratégique 6 du PNDS 2016-2020⁴¹.

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

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

Responsabilités et domaines de compétence

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

2.3. MESURES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES

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

- La sensibilisation du personnel soignant et des manutentionnaires au tri à la production et à au respect des mesures et procédures d'hygiène et de gestion des déchets ;
- La formation du personnel des CDIT de la COVID-19 à la gestion des déchets sanitaires ;
- La dotation des manutentionnaires en EPI complet comprenant (i) une combinaison (pantalon et chemise à manches longues, en matériau résistant à l'humidité et facile à laver, réutilisables), (ii) une paire de lunette de protection, (iii) un masque (demi-masque) de protection avec une recharge de filtres interchangeable, (iv) une paire de gants anti-chaaleur et (v) une paire de bottes de sécurité ;

⁴¹ Axe 6 : Prévention et promotion de la santé de l'hygiène publique / Effet 6 : la prévention et la promotion de la santé sont renforcées / Effet intermédiaire 6.2 : l'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements sanitaires.

- La mise à disposition des CDIT de la COVID-19, des poubelles, sacs poubelles et boîtes de sécurité pour un tri efficace des déchets ;
- Amélioration du rythme de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés ;
- Le renforcement de la filière collecte, transport et élimination des déchets sanitaires par l'installation d'incinérateurs modernes à combustion pyrolytique ou de banaliseurs, l'opérationnalisation du système de polarisation avec des moyens de transport appropriés.

2.4. OBJECTIFS DU PGDS-COVID-19

2.4.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général visé par le PGDS-COVID-19 est d'améliorer la gestion des déchets sanitaires produits par les CDIT de la COVID-19 jusqu'à la fin de la pandémie.

2.4.2. IMPACT DU PND-2019

A l'instar du PNGDS-SPARK 2019-2021 et du Plan National de riposte contre la COVID-19 dans le cadre desquels le PGDS-COVID-19 s'inscrit, l'impact global est : la sécurité et la santé des malades, du personnel des CDIT de la COVID-19 et de la communauté ainsi que l'environnement sont des risques de contamination et de pollution.

2.4.3. OBJECTIFS STRATEGIQUES

Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID

Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs

Il s'agira de renforcer la formation continue par la mise en place d'un programme de renforcement permanent des capacités des acteurs pour palier au déficit actuel. La stratégie de la formation en cascades déjà mise en place par la DHPSE sera utilisée. Pour ce faire, les documents de formation tels que le manuel de l'apprenant et le guide du formateur dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires, du traitement des locaux et de la gestion des incinérateurs seront mis à jour, adapté à la COVID-19 et à chaque catégorie d'agent de santé. Pour la conduite de ces activités de formation, le pools de dix (10) formateurs existants au niveau central et District seront recyclés. Le personnel soignant et les agents d'entretien des CDIT de la COVID-19 ainsi que les opérateurs d'incinérateurs seront formés.

Objectif spécifique 1.2. : Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19

Le tri à la production des déchets sanitaires institué par les textes en vigueur doit être promu dans l'ensemble des CDIT de la COVID-19. Cela contribuera notamment (i) à la réduction des quantités de déchets à risque destinés à l'incinération, (ii) à l'optimisation du fonctionnement des incinérateurs et (iii) à la sécurité et la santé des manutentionnaires.

Pour ce faire, des contenants devront être acquis pour les CDIT de la COVID-19. Il s'agit de (i) poubelles à pédale de différente couleur pour les déchets à risque infectieux ou non, (ii) boîtes de sécurité pour les OPCT, (iii) poubelles ordinaires à couvercle et à roulettes ou non, de différente couleur pour les déchets ménagers et assimilés et pour le transport in situ des déchets et (iv) sacs poubelles de différente couleur et de différente taille. Par ailleurs, pour les sites d'incinération, des chariots à roulettes seront acquis.

Les opérateurs d'incinérateurs seront dotés en EPI complets. Ces EPI comporteront au moins (i) une combinaison (pantalon et chemise à manches longues, en matériau résistant à l'humidité et facile à laver, réutilisables), (ii) une paire de lunettes de protection, (iii) un masque (demi-masque) de protection avec une recharge de filtres interchangeables, (iv) une paire de gants anti-chaaleur et (v) une paire de bottes de sécurité.

Pour assurer un suivi régulier des quantités de déchets sanitaires reçus, stockés provisoirement et détruits, des balances électroniques seront acquises pour les sites d'incinération qui n'en disposent pas.

Par ailleurs, les incinérateurs dont les abris et les locaux de stockage provisoire sont dégradés, seront réhabilités et les fosses à cendres seront entretenues.

Pour la gestion au quotidien des activités au niveau local, un Comité d'hygiène sera créé dans chaque CDIT de la COVID-19.

Un mécanisme de maintenance préventive et curative et de fonctionnement sera mis en place pour les incinérateurs et les véhicules de transport spécialisés acquis dans le cadre de la mise en œuvre du système de polarisation.

Objectif stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19

Le seul objectif spécifique est : Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires. Cela consistera :

- à la production et à la diffusion de procédures et d'affiches sur la gestion des déchets dans les sites COVID-19 ;

- à l'organisation de séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des responsables et du personnel des sites COVID-19.

Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance

Objectif spécifique 3.1. : Organiser la coordination et le suivi-évaluation

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

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

Pour mieux assurer la coordination, les capacités de la DHPSE et la DIEM seront renforcées en matériel roulant, en matériel informatique et en consommables.

2.5. MATRICE D' ACTIONS

2.5.1. RECAPITULATIF DU BUDGET

Le budget total du PGDS-COVID-19 est estimé à **six cent quatre-vingt-cinq millions cent quarante et huit mille huit cent soixante (685 148 860) francs CFA**. Il est réparti par objectif stratégique comme suit :

RECAPITULATIF	BUDGET	%
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID	557 837 860	81,4%
Objectif Stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19	44 440 000	6,5%
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS-COVID-19	82 871 000	12,1%
TOTAL	685 148 860	100%

2.5.2. DETAILS DU BUDGET

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID																			
Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs.	1.1.1	Mettre à jour, valider et éditer les manuels de formation du personnel soignant et des agents d'entretien des centres COVID-19 ainsi que des opérateurs d'incinérateurs dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires, du traitement des locaux et de la gestion des incinérateurs.														Manuels de formation intégrant la gestion des déchets sanitaires liés au COVID, l'entretien des locaux et la gestion des incinérateurs.	Rapports d'ateliers de révision et de validation ; Listes de présence.	DHPSE	7,707
	1.1.2	Recycler le pool de 10 formateurs en gestion des déchets sanitaires, entretien des locaux et gestion des incinérateurs.														Nombre de formateurs formés.	Rapport d'atelier de formation ; Liste de présence.	DHPSE	2,908
	1.1.3	Former/recycler 340 personnels soignants des CIDT au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires.														Nombre de personnel soignant des sites COVID-19 formés ; Nombre de sites COVID-19 concernés.	Rapport d'atelier de formation ; Liste de présence.	DHPSE/Comités d'hygiène des sites COVID-19	14,430
	1.1.4	Former 86 personnels d'entretien des sites COVID 19 sur la prévention et contrôle de l'infection et la gestion des déchets sanitaires.														Nombre de personnels d'entretien des sites COVID 19 formés ; Nombre de sites COVID-19 concernés.	Rapport d'atelier de formation ; Liste de présence.	DHPSE/Comités d'hygiène des sites COVID-19.	16,010

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID																			
	1.1.5	Former/recycler 32 opérateurs d'incinérateurs et 15 personnels d'encadrement à l'utilisation et à la maintenance préventive des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké.														Nombre d'opérateurs d'incinérateurs formés ; Nombre de sites d'incinération concernés.	Rapport d'atelier de formation ; Liste de présence.	DIEM/DHPSE/ District sanitaire	15,200
S/total Budget OS 1.1																			56,255

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID																			
Objectif spécifique 1.2. : Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires des sites COVID-19.	1.2.1	Doter les 34 sites COVID de 110 poubelles à roulettes de 260 litres dont 66 jaunes et 44 noirs, 800 poubelles à pédale de 27 litres dont 500 jaunes et 300 noirs, 7550 sacs poubelles noir de 300 litres, 11 840 sacs poubelles jaune de 300 litres, 120 450 sacs poubelles noir de 50 litres, 200 750 sacs poubelles jaune de 50 litres et 12 000 boîtes de sécurité nécessaires au tri, au conditionnement et à la collecte sélective des déchets sanitaires.														Nombre de poubelles et de sacs poubelles de différentes couleurs ; Nombre de boîtes de sécurité.	Bordereaux de livraison ; Rapports d'activités.	UCPS- BM/DIEM/DHPSE	118,533

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID																			
	1.2.2	Fournir 20 chariots à roulettes aux sites d'incinération des déchets médicaux provenant des sites COVID-19.														Nombre de chariot à roulettes.	Bordereaux de livraison	UCPS-BM/DIEM/DHPSE	7,000
	1.2.3	Doter les 32 opérateurs d'incinérateurs de 02 jeux d'EPI complets.														Nombre d'opérateurs d'incinérateurs dotés d'EPI complet ; Nombre de sites d'incinérateurs concernés.	Bordereaux de livraison ; Rapports d'activités.	UCPS-BM/DIEM/DHPSE	3,200
	1.2.4	Fournir 06 balances électroniques pour la pesée des déchets sur les sites d'incinération qui n'en disposent pas.														Nombre de sites d'incinération dotés en balances électroniques. Nombre de sites d'incinérateurs concernés.	Bordereaux de livraison.	UCPS-BM/DIEM/DHPSE	1,500
	1.2.5	Réhabiliter l'abri et le local de stockage provisoire des incinérateurs CAT de Man, de Bondoukou, de Gagnoa, d'Odienné, d'Abengourou, de Korhogo et de Bouaké														Nombre d'abris et de locaux de stockage provisoire réhabilités ; Nombre de sites d'incinérateurs concernés.	PV de réception.	UCPS-BM/DIEM	105,000
	1.2.6	Assurer la remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké.														Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Rapports d'activités ; PV de réception.	DIEM/UCPS-BM	4,500

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID																			
	1.2.7	Assurer la maintenance préventive et curative des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké														Nombre d'incinérateurs faisant l'objet de maintenance ; Nombre de contrats de maintenance.	Rapports de maintenance ; Rapports de suivi.	DIEM	18,000
	1.2.8	Assurer le fonctionnement des 15 incinérateurs par la fourniture en combustible et la motivation des opérateurs d'incinérateurs et du personnel d'encadrement.														Nombre d'incinérateurs bénéficiant d'appui en carburant.	Rapports d'activités.	DHPSE/DIEM	20,250
	1.2.9	Acquérir 07 véhicules spécialisés pour le transport des déchets sanitaires produits par les sites COVID 19 vers les sites d'incinération.														Nombre de véhicules spécialisés de transport de déchets ; Nombre de sites concernés.	Bordereaux de livraison.	UCPS-BM/DIEM	154,000
	1.2.10	Assurer le fonctionnement des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux														Nombre de véhicules fonctionnels et opérationnels ; Quantités de carburant et fluides	Rapports d'activités ; Tableaux de bord.	UCPS-BM/Districts sanitaires	16,800
	1.2.11	Assurer la maintenance préventive et curative des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux.														Nombre de véhicules faisant l'objet de maintenance ; Nombre de contrats de maintenance.	Rapports de maintenance ; Rapports de suivi.	DIEM/UCPS-BM/Districts sanitaires	10,500

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires des sites COVID																			
	1.2.12	Créer et rendre fonctionnels 34 Comités d'hygiène dans les sites COVID-19.														Nombre de sites COVID-19 disposant de Comité d'hygiène ; Nombre de Comités d'hygiène fonctionnels.	Rapports d'activités	DHPSE/Districts sanitaires	PM
	1.2.13	Assurer l'entretien des fosses à cendre des 15 incinérateurs														Nombre de fosses à cendres en bon état..	Rapports d'activités..	DIEM/DHPSE	1,800
S/total Budget OS 1.2.																		501,583	

SOUS TOTAL BUDGET OBJECTIF STRATEGIQUE 1

557 837 860

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)		
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12						
Objectif Stratégique 2 : Promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires des sites COVID-19																				
Objectif spécifique 2.1. : Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires	2.1.1	Réviser, éditer et diffuser 5100 exemplaires de procédures de gestion des déchets dans l'ensemble des CIDT.														Nombre d'exemplaires de procédures révisés, édités ; Nombre de sites CIDT disposant d'exemplaires de procédures.	Bordereaux de livraison ; Rapport de diffusion ; Liste des CIDT ayant reçu	DHPSE	30,5500	
	2.1.2	Editer et diffuser 3 400 affiches 40x40 sur la gestion des déchets sanitaires dans les CIDT.														Nombre d'affiches édités ; Nombre de CIDT concerné.	Bordereaux de livraison ; Rapport de diffusion	DHPSE	4,800	
	2.1.3	Organiser 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires.														Nombre de séances d'information et de sensibilisation ; Nombre de CIDT concerné.	Rapport d'activités ; Liste de présence.	DHPSE	9,860	
S/total Budget OS 2.1.																				44,440

SOUS TOTAL BUDGET OBJECTIF STRATEGIQUE 2

44 440 000

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12				
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS-COVID-19																		
Objectif spécifique 3.1. : Organiser la coordination et le suivi-évaluation	3.1.1	Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PGDS-COVID-19													Nombre de revues organisées.	Rapport d'ateliers ; Liste de présence.	DHPSE/DIEM	6,301
	3.1.2	Organiser 12 réunions de coordination.													Nombre de réunions organisées.	Rapport d'activités ; Liste de présence.	DHPSE/UCPS-BM	6,000
	3.1.3	Organiser 06 missions de suivi des activités d'organisation de la collecte des déchets médicaux et de remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs.													Nombre de missions de suivi organisées.	Rapport d'activités ; Liste d'émargement des personnes supervisées.	DHPSE/DIEM	8,100
	3.1.4	Organiser 12 missions de supervisions du personnel des CIDT.													Nombre de missions de supervisions organisées.	Rapport d'activités ; Liste d'émargement des personnes supervisées.	DHPSE/DIEM	9,720
	3.1.5	Réviser, valider et diffuser les outils de collecte des données sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19.													Nombre de sites COVID-19 disposant d'outils ; Nombre de sites d'incinérateurs disposant d'outils.	Rapport d'activités ; Rapports de diffusion ; Liste d'émargement.	Districts sanitaires/ Etablissements sanitaires	2,000

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS-COVID-19																			
	3.1.6	Organisation l'enquête de caractérisation des déchets sanitaires produits par les CIDT du COVID-19														Quantité de déchets produits ; Proportion de déchets infectieux.	Rapport d'enquête.	DHPSE	14,750
S/total Budget OS 2.1.																			46,871

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance																			
Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités des partenaires d'exécution	3.2.1	Acquérir 01 véhicule de liaison de type 4X4 pour la DHPSE.														Nombre de véhicule acquis.	Bordereaux de livraison.	DHPSE	18,000
	3.2.2	Doter la DHPSE et la DIEM en fourniture de bureau et en matériel informatique.														Nombre de fournitures de bureau et de matériel informatique acquis.	Bordereaux de livraison.	UCPS-BM/DHPSE	8,500
	3.2.3	Apporter un appui en communication à la DHPSE et la DIEM.														Nombre de rencontres organisées.	Rapport d'activités, Liste de présence.	DHPSE/DMHP	2,500

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME												Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)	
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12					
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance																			
	3.2.4	Apporter un appui en carburant à la DHPSE et la DIEM.														Quantité de carburant.	Bordereau de livraison ; Facture ; Tableau de bord.	DHPSE/DMHP	7,500
S/total Budget OS 3.2.																			36,000

SOUS TOTAL BUDGET OBJECTIF STRATÉGIQUE 3	82 871 000
---	-------------------

TOTAL BUDGET PGDS-COVID-19	682 241 360
-----------------------------------	--------------------

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

DEMARCHE

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

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

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

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

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

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

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

BUT ET ACTIVITES CLES DU PGDS-COVID-19

But

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

Activités clés du PGDS-COVID-19

- (1) Réviser, éditer et diffuser 5100 exemplaires de procédures de gestion des déchets dans l'ensemble des CIDT de la COVID-19 ;
- (2) Editer et diffuser 3 400 affiches 40x40 sur la gestion des déchets sanitaires dans les CIDT du COVID-19 ;
- (3) Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PGDS-COVID-19 ;
- (4) Organiser 12 réunions de coordination ;
- (5) Organiser 06 missions de suivi des activités d'organisation de collecte des déchets médicaux et de remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs ;
- (6) Organiser 12 missions de supervisions du personnel des CIDT de la COVID-19 ;
- (7) Réviser, valider et diffuser les outils de collecte des données sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19 ;
- (8) Mettre à jour et valider les manuels de formation du personnel des CIDT de la COVID-19 dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires ;
- (9) Recycler le pool de 10 formateurs en gestion des déchets sanitaires, entretien des locaux et gestion des incinérateurs
- (10) Former/recycler 340 personnels soignants des CIDT de la COVID-19 au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires ;
- (11) Former 86 personnels d'entretien des CIDT de la COVID 19 sur la prévention et contrôle de l'infection (PCI) et la gestion des déchets sanitaires ;
- (12) Former/recycler 32 opérateurs d'incinérateurs et 15 personnels d'encadrement à l'utilisation et à la maintenance préventive des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké ;
- (13) Assurer le fonctionnement des 15 incinérateurs par la fourniture en combustible et la motivation des opérateurs d'incinérateurs et du personnel d'encadrement ;
- (14) Doter les 34 CIDT de la COVID de 110 poubelles à roulettes de 260 litres dont 66 jaunes et 44 noirs, 800 poubelles à pédale de 50 litres dont 500 jaunes et 300 noirs, 7 550 sacs poubelles noir de 300 litres, 11 840 sacs poubelles jaune de 300 litres, 120 450 sacs poubelles noir de 50 litres, 200 750 sacs poubelles jaune de 50 litres et 12 000 boîtes de sécurité nécessaires au tri, au conditionnement et à la collecte sélective des déchets sanitaires ;
- (15) Fournir 20 chariots à roulette aux sites d'incinération des déchets médicaux provenant des CIDT de la COVID-19 ;

- (16) Doter les 32 opérateurs d'incinérateurs de 02 jeux d'EPI complets ;
- (17) Fournir 06 balances électroniques pour la pesée des déchets sur les sites d'incinération qui n'en disposent pas ;
- (18) Assurer la maintenance préventive et curative des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké ;
- (19) Acquérir 07 véhicules spécialisés pour le transport des déchets sanitaires produits par les CIDT de la COVID 19 vers les sites d'incinération ;
- (20) Assurer le fonctionnement des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux ;
- (21) Assurer la maintenance préventive et curative des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux ;
- (22) Créer et rendre fonctionnels 34 Comités d'hygiène dans les sites COVID-19 ;
- (23) Acquérir 01 véhicule de liaison de type 4X4 pour la DHPSE ;
- (24) Doter la DHPSE et la DIEM en fourniture de bureau et en matériel informatique ;
- (25) Apporter un appui en communication à la DHPSE et la DIEM ;
- (26) Apporter un appui en carburant à la DHPSE et la DIEM ;
- (27) Assurer la remise en état de fonctionnement optimal des 15 incinérateurs publics du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké ;
- (28) Réhabiliter l'abri et le local de stockage provisoire des incinérateurs de l'HG de Port-Bouët, de Man, de Bondoukou, de Gagnoa, d'Odienné, d'Abengourou, de Korhogo et de Bouaké ;
- (29) Assurer l'entretien des fosses à cendre des 15 incinérateurs ;
- (30) Organiser 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires ;
- (31) Organiser une enquête de caractérisation des déchets sanitaires produits par les CIDT de la COVID-19.

Objectifs du Plan de suivi-évaluation

Objectif général

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

Objectifs spécifiques

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

Cadre de suivi-évaluation

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

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

Cadre logique

INTRANTS	PROCESSUS		EXTRANTS	RESULTATS
Ressources humaines Personnel de la DHPSE Personnel de l'UCPS-BM Personnel MSHP DR et DD Santé Hygiène Publique 34 Comités d'Hygiène des CIDT du COVID-19 Equipes Cadres de District Collectivités Territoriales Leaders communautaires Membres des ONG/Club santé/RC Consultants PTF	1.	- Réviser, éditer et diffuser 5100 exemplaires de procédures de gestion des déchets dans l'ensemble des CIDT.	- 5100 exemplaires de procédures de gestion des déchets sont révisés, édités et diffusés dans l'ensemble des CIDT.	La gestion des déchets sanitaires produits par les CIDT du COVID-19 est améliorée
	2.	- Editer et diffuser 3 400 affiches 40x40 sur la gestion des déchets sanitaires dans les CIDT.	- 3 400 affiches 40x40 sur la gestion des déchets sanitaires sont éditées et diffusées dans les CIDT.	
	3.	- Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PGDS-COVID-19.	- 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PGDS-COVID-19 sont organisées.	
	4.	- Organiser 12 réunions de coordination.	- 12 réunions de coordination sont organisées.	
	5.	- Organiser 06 missions de suivi des activités d'organisation de la collecte des déchets médicaux et de remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs.	- 06 missions de suivi des activités d'organisation de collecte des déchets médicaux et de remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs sont organisées.	
	6.	- Organiser 12 missions de supervisions du personnel des CIDT.	- 12 missions de supervisions du personnel des CIDT sont organisées.	
	7.	- Réviser, valider et diffuser les outils de collecte des données sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19.	- Les outils de collecte des données sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19 sont révisés, validés et diffusés.	

INTRANTS		PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
Ressources Financières Trésor Public Financement du PA COVID-19 PTF Secteur privé	8.	- Mettre à jour et valider les manuels de formation du personnel des centres COVID-19 dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires.	- Les manuels de formation du personnel des centres COVID-19 dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires sont mis à jour et validés.	
	9.	- Recycler le pool de 10 formateurs en gestion des déchets sanitaires, entretien des locaux et gestion des incinérateurs.	- 10 formateurs du pool de formation sont recyclés en gestion des déchets, entretien des locaux et gestion des incinérateurs.	
	10.	- Former/recycler 340 personnels soignants des CIDT au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires	- 340 personnels soignants des CIDT sont formés/recyclés au tri à la production et au conditionnement des déchets sanitaires.	
	11.	- Former 86 personnels d'entretien des sites COVID 19 sur la prévention et contrôle de l'infection et la gestion des déchets sanitaires.	- 86 personnels d'entretien des sites COVID 19 sont formés sur la prévention et contrôle de l'infection et la gestion des déchets sanitaires.	
	12.	- Former/recycler 32 opérateurs d'incinérateurs et 15 personnels d'encadrement à l'utilisation et à la maintenance préventive des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké.	- 32 opérateurs d'incinérateurs et 15 personnels d'encadrement sont formés/recyclés à l'utilisation et à la maintenance préventive des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké.	
13.	- Assurer le fonctionnement des 15 incinérateurs par la fourniture en combustible et la motivation des opérateurs	- Le fonctionnement des 15 incinérateurs par la fourniture en combustible et la motivation des		
Ressources Matérielles et Logistiques Matériels didactiques (Modules de formation, 5100 exemplaires de procédures de gestion des déchets, indicateurs, outils de collecte) 110 poubelles à roulettes 260 litres dont 66 jaunes et 44 noirs, 800 poubelles à pédale de 50 litres dont				

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
<p>500 jaunes et 300 noirs, 7550 sacs poubelles noir de 300 litres, 11 840 sacs poubelles jaune de 300 litre, 120 450 sacs poubelles noir de 100 litres, 200 750 sacs poubelles jaune de 100 litres et 12 000 boîtes de sécurité, 20 chariots à roulette, 07 véhicules spécialisés pour le transport des déchets sanitaires, 14 incinérateurs publics</p> <p>Équipements, fournitures, carburant et consommables de la DHPSE et DIEM.</p> <p>Ressources informationnelles</p>	<p>d'incinérateurs et du personnel d'encadrement.</p>	<p>opérateurs d'incinérateurs et du personnel d'encadrement est assuré.</p>	
	<p>14. - Doter les 34 sites COVID de 110 poubelles à roulettes de 260 litres dont 66 jaunes et 44 noirs, 800 poubelles à pédale de 50 litres dont 500 jaunes et 300 noirs, 7550 sacs poubelles noir de 300 litres, 11 840 sacs poubelles jaune de 300 litres, 120 450 sacs poubelles noir de 100 litres, 200 750 sacs poubelles jaune de 100 litres et 12 000 boîtes de sécurité nécessaires au tri, au conditionnement et à la collecte sélective des déchets sanitaires.</p>	<p>- Les 34 sites COVID sont dotés de 110 poubelles à roulettes de 260 litres dont 66 jaunes et 44 noirs, 800 poubelles à pédale de 50 litres dont 500 jaunes et 300 noirs, 7550 sacs poubelles noir de 300 litres, 11 840 sacs poubelles jaune de 300 litres, 120 450 sacs poubelles noir de 100 litres, 200 750 sacs poubelles jaune de 100 litres et 12 000 boîtes de sécurité nécessaires au tri, au conditionnement et à la collecte sélective des déchets sanitaires.</p>	
	<p>15. - Fournir 20 chariots à roulettes aux sites d'incinération des déchets médicaux provenant des sites COVID-19.</p>	<p>- Les sites d'incinération des déchets médicaux provenant des sites COVID-19 sont équipés de 20 chariots à roulettes.</p>	
	<p>16. - Doter les 32 opérateurs d'incinérateurs de 02 jeux d'EPI complets.</p>	<p>- Les 32 opérateurs d'incinérateurs sont dotés d'EPI complets comprenant (i) une combinaison (pantalon et chemise à manches longues, en matériau résistant à l'humidité et facile à laver, réutilisables), (ii) une paire de lunette de protection, (iii) un masque (demi-masque) de protection avec une recharge de filtres interchangeable, (iv) une paire de gants anti-chaueur et (v) une paire de bottes de sécurité).</p>	
<p>17. - Fournir 06 balances électroniques pour la pesée des déchets sur les sites d'incinération qui n'en disposent pas.</p>	<p>- Les 06 sites d'incinération qui n'en disposent pas sont dotés en balances électroniques pour la pesée des déchets.</p>		

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
Rapport de mission d'état des lieux du fonctionnement des incinérateurs	<ul style="list-style-type: none"> 18. - Assurer la maintenance préventive et curative des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké. 19. - Acquérir 07 véhicules spécialisés pour le transport des déchets sanitaires produits par les sites COVID 19 vers les sites d'incinération. 20. - Assurer le fonctionnement des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux. 21. - Assurer la maintenance préventive et curative des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux. 22. - Créer et rendre fonctionnels 34 Comités d'hygiène dans les sites COVID-19. 23. - Acquérir 01 véhicule de liaison de type 4X4 pour la DHPSE. 24. - Doter la DHPSE et la DIEM en fourniture de bureau et en matériel informatique. 25. - Apporter un appui en communication à la DHPSE et la DIEM. 	<ul style="list-style-type: none"> - La maintenance préventive et curative des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké est assurée. - 07 véhicules spécialisés pour le transport des déchets sanitaires produits par les sites COVID 19 vers les sites d'incinération sont acquis. - Le fonctionnement des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux est assuré. - La maintenance préventive et curative des 07 véhicules spécialisés de transport des déchets médicaux est assurée. - 34 Comités d'hygiène sont créés et rendus fonctionnels dans les sites COVID-19. - 01 véhicule de liaison de type 4X4 est acquis pour la DHPSE. - La DHPSE et la DIEM sont dotées en fourniture de bureau et en matériel informatique. - Un appui en communication est apporté à la DHPSE et la DIEM 	
Rapport de l'enquête de caractérisation des déchets médicaux 2016			
Documents de politique nationale de Sécurité des Injection, Gestion des Déchets Médicaux			
Document de normes et directives pour l'utilisation optimale des incinérateurs à combustion pyrolytique			
Document de normes et directives SIGDM			
Arrêté N°02193/MSHP/CAB/DHP SE du 31 décembre 2018 portant polarisation de la gestion des déchets sanitaires dans les établissements de santé de Côte d'Ivoire			
Arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRH P du 03 juin 2009 portant			

INTRANTS		PROCESSUS		EXTRANTS		RESULTATS	
réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire	26.	- Apporter un appui en carburant à la DHPSE et la DIEM.	- Un appui en carburant est apporté à la DHPSE et la DIEM.				
	27.	- Réhabiliter l'abri et le local de stockage provisoire des incinérateurs de l'HG de Port-Bouët, de Man, de Bondoukou, de Gagnoa, d'Odienné, d'Abengourou, de Korhogo et de Bouaké.	- La réhabilitation de l'abri et du local de stockage provisoire des incinérateurs de Port-Bouët, de Man, de Bondoukou, de Gagnoa, d'Odienné, d'Abengourou, de Korhogo et de Bouaké est assurée.				
	28.	- Assurer la remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs du CHU de Cocody-Abidjan, de l'antenne INHP d'Abobo-Abidjan, de l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé-Abidjan, de l'HG de Port-Bouët, d'Odienné, de Man, de Bondoukou, de Bouna, de Daloa, de Gagnoa, d'Aboisso, d'Abengourou, de San-Pedro, de Korhogo et de Bouaké.	- La remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs publics est assurée.				
	29.	- Assurer l'entretien des fosses à cendre des 15 incinérateurs.	- L'entretien des fosses à cendre des 15 incinérateurs est assuré.				
	30.	- Organiser 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires.	- 34 séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires sont organisées.				
	31.	- Organiser l'enquête de caractérisation des déchets sanitaires produits dans les CIDT du COVID-19.	- L'enquête de caractérisation des déchets sanitaires produits dans les CIDT du COVID-19 est organisée.				

Indicateurs

a) Définition

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

b) Sélection des indicateurs

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

c) Niveau des indicateurs

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

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

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

1. Nombre d'exemplaires de procédures de gestion des déchets édités et diffusés dans l'ensemble des CIDT ;
2. Nombre de revues à mi-parcours et de revue finale du PGDS-COVID organisées ;
3. Nombre de réunions de coordination organisées ;
4. Nombre de missions de suivi des activités d'organisation de la collecte des déchets médicaux et de remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs organisées ;
5. Nombre de missions de supervision du personnel des CIDT organisées ;
6. Outils de collecte des données sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19 disponibles ;
7. Manuels de formation du personnel des centres COVID-19 sur la gestion des déchets sanitaires disponibles ;
8. Nombre de formateurs recyclés ;

9. Nombre de personnels soignants des CIDT formés ;
10. Nombre de personnels d'entretien des sites COVID 19 recyclés/formés ;
11. Nombre d'opérateurs d'incinérateurs et de personnels d'encadrement formés ;
12. Nombre d'incinérateurs fonctionnels ;
13. Nombre de poubelles à roulettes de 260 litres, de poubelles à pédale de 50 litres, de sacs poubelles noir de 300 litres, de sacs poubelles jaune de 300 litres, de sacs poubelles noir de 100 litres, de sacs poubelles jaune de 100 litres et de boîtes de sécurité ;
14. Nombre chariots à roulettes ;
15. Nombre de jeux d'EPI complets acquis ;
16. Nombre d'opérateurs d'incinérateurs équipés de 02 jeux d'EPI complets ;
17. Nombre de balances électroniques pour la pesée des déchets ;
18. Nombre d'incinérateurs bénéficiant de programme de maintenance préventive et curative ;
19. Nombre de véhicules spécialisés acquis pour le transport des déchets sanitaires ;
20. Nombre de véhicules spécialisés pour le transport des déchets fonctionnels ;
21. Nombre de véhicules spécialisés pour le transport des déchets maintenus ;
22. Nombre de comités d'hygiène créés dans les sites COVID-19 ;
23. Nombre de sites COVID-19 disposant d'un comité d'hygiène fonctionnel ;
24. Véhicule de liaison de type 4X4 disponible ;
25. Quantité de déchets sanitaires produits par les sites COVID-19 ;
26. Quantité de déchets sanitaires des sites COVID-19 collectés et éliminés ;
27. Nombre de fosses à cendres entretenues ;
28. Nombre de séances d'information et de sensibilisation des responsables des CIDT pour leur implication plus accrue dans les activités de gestion des déchets sanitaires organisées ;
29. Nombre d'abri d'incinérateurs et de locaux de stockage provisoire réhabilités.

d) Matrice des indicateurs

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
1.	Nombre d'exemplaires de procédures de gestion des déchets édités et diffusés dans l'ensemble des CIDT.	Extrant	Rapports d'édition, Rapports de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEM/UCPS-BM
2.	Nombre de revues à mi-parcours et de revue finale du PGDS-COVID organisées.	Processus	Rapports d'ateliers Listes de présence.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DPPS
3.	Nombre de réunions de coordination organisées.	Processus	Comptes rendus de réunion, Liste de présence.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE / UCPS-BM
4.	Nombre de missions de suivi des activités d'organisation de la collecte des déchets médicaux et de remise en état de fonctionnement optimal des incinérateurs organisées.	Processus	Rapports de suivi, Liste des acteurs, Liste des sites visités.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE/UCPS-BM
5.	Nombre de missions de supervision du personnel des CIDT organisées.	Processus	Rapports de supervision, Liste des acteurs supervisés.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIIS

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
6.	Outils de collecte des données sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités COVID-19 disponibles.	Processus	Rapports d'édition	Revue documentaire		DHPSE/DIIS
7.	Manuels de formation du personnel des centres COVID-19 sur la gestion des déchets sanitaires disponibles.	Processus	Rapports d'édition, Liste d'émargement des sites COVID-19 utilisateurs.	Comptage et Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DMHP
8.	Nombre de formateurs recyclés.	Extrant	Rapports d'atelier de formation, Liste des formateurs formés.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DMHP/U CPS-BM
9.	Nombre de personnels soignants des CIDT formés.	Extrant	Rapports d'atelier de formation, Liste des agents formés.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DMHP/U CPS-BM
10.	Nombre de personnels d'entretien des sites COVID 19 recyclés/formés.	Extrant	Rapports d'atelier de formation, Liste des agents formés.	Comptage	Annuelle	DHPSE / DMHP/ UCPS-BM

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
11.	Nombre d'opérateurs d'incinérateurs et de personnels d'encadrement formés.	Extrant	Rapports d'atelier de formation, Liste des agents formés.	Comptage	Annuelle	DHPSE / DIEM/ UCPS-BM
12.	Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Extrant	Rapports d'activités.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEM/U CPS-BM
13.	Nombre de poubelles à roulettes de 260 litres, de poubelles à pédale de 50 litres, de sacs poubelles noir de 300 litres, de sacs poubelles jaune de 300 litres, de sacs poubelles noir de 100 litres, de sacs poubelles jaune de 100 litres et de boîtes de sécurité.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DHPSE/UCPS- BM
14.	Nombre chariots à roulettes.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DHPSE/UCPS- BM
15.	Nombre de jeux d'EPI complets acquis.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEM/U CPS-BM

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
16.	Nombre d'opérateurs d'incinérateurs équipés de 02 jeux d'EPI complets.	Extrant	Rapports d'activités, Liste d'émargement.	Comptage et entretien	Annuelle	DHPSE/DPPEIS
17.	Nombre de comités d'hygiène créés dans les sites COVID-19. Nombre de sites COVID-19 disposant d'un comité d'hygiène fonctionnel.	Extrant	Rapports d'activités, Liste des Comités d'hygiène d'établissement sanitaire.	Comptage et entretien	Annuelle	DHPSE/District sanitaires
18.	Nombre de balances électroniques pour la pesée des déchets.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEM/U CPS-BM
19.	Nombre d'incinérateurs bénéficiant de programme de maintenance préventive et curative.	Extrant	Rapports d'activités, Contrats de maintenance.	Comptage et entretien	Trimestrielle	DHPSE/DIEM
20.	Nombre de véhicules spécialisés acquis pour le transport des déchets sanitaires.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
21.	Nombre de véhicules spécialisés pour le transport des déchets fonctionnels.	Extrant	Bordereaux de livraison, Rapports d'activités	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
22.	Nombre de véhicules spécialisés pour le transport des déchets maintenus.	Extrant	Bordereaux de livraison, Rapports d'activités, Rapports de maintenance.	Comptage et entretien	Quotidienne	DIEMDHPSE
23.	Véhicule de liaison de type 4X4 disponible	Processus	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DHPSE
24.	Quantité de déchets sanitaires produits par les sites COVID-19.	Extrant	Rapports d'activités.	Pesée	Annuelle	DHPSE/Comité d'hygiène des sites COVID-19
25.	Quantité de déchets sanitaires des sites COVID-19 collectés et éliminés.	Extrant	Rapports d'activités.	Pesée	Annuelle	DHPSE/Comité d'hygiène des sites COVID-19
26.	Proportion de déchets à risque infectieux produits les CIDT du COVID-19	Extrant	Rapport d'enquête	Quantité de déchets infectieux / Quantité totale de déchets	Annuelle	Comité d'hygiène des sites COVID-19
27.	Nombre de fosses à cendres entretenues.	Extrant	Rapports d'activités	Comptage, entretien	Trimestrielle	DIEM/DHPSE

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
28.	Nombre d'incinérateurs ayant son abri et son local de stockage provisoire réhabilités.	Extrant	Procès-verbal de réception.	Comptage	Annuelle	UCPS-BM/DIEM

