



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union-Discipline-Travail

---

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

---



PROJET D'ACHAT STRATEGIQUE ET D'HARMONISATION DES FINANCEMENTS ET DES  
COMPETENCES DE SANTE / SPARK-SANTE (P167959)

---

# Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires

# **Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires**

©2022

**Avec la participation de :**

**Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie  
Universelle**



**Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement**



**Et l'appui technique et financier de la Banque mondiale à travers l'Unité de  
Coordination des Projets Santé Banque mondiale**



## TABLE DES MATIERES

<b>SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>IV</b>
<b>PREFACE .....</b>	<b>IX</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>X</b>
<b>DEFINITIONS DES CONCEPTS .....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>28</b>
<b>CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....</b>	<b>32</b>
<b>PRESENTATION DU PAYS.....</b>	<b>35</b>
<b>I- PRESENTATION DE LA CÔTE D'IVOIRE .....</b>	<b>36</b>
I.1 Contexte général .....	36
I.1.1 Contexte géographique et démographique.....	36
I.1.2 Contexte administratif .....	36
I.1.3 Contexte socio-politique .....	37
I.1.4 Contexte socio-économique .....	37
I.2 Contexte sanitaire .....	38
I.2.1 Organisation du système sanitaire.....	38
I.2.2 Profil épidémiologique .....	40
<b>ANALYSE DE LA SITUATION .....</b>	<b>44</b>
<b>I- ETAT DES LIEUX DE LA GESTION DES DÉCHETS SANITAIRES .....</b>	<b>45</b>
I.1. Points forts .....	45
I.2. Points à améliorer .....	45
<b>II. PROBLEMES RECURRENTS .....</b>	<b>51</b>
- Problèmes liés à la gouvernance institutionnelle et juridique ; .....	51
- Problèmes liés à la promotion de la gestion durable des déchets sanitaires ;.....	51
- Problèmes liés au renforcement des capacités du système de gestion des déchets sanitaires y compris dans les situations d'urgence ;.....	51
- Problèmes liés au développement d'un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé ;.....	51
- Problèmes liés au suivi évaluation du Plan National de Gestion de Déchets Sanitaires 2021-2025. ....	51
<b>VISION ET PRINCIPES.....</b>	<b>52</b>
<b>I-VISION.....</b>	<b>53</b>

<b>II- PRINCIPES.....</b>	<b>53</b>
II.1. Principe de précaution .....	53
II.2. Principe de substitution .....	53
II.3. Principe de coopération .....	53
II.4. Principe pollueur-payeur.....	53
II.5. Principe de non-régression .....	54
II.6. Principe de prévention .....	54
II.7. Principe de la gestion intégrée.....	54
II.8. Principe de subsidiarité .....	54
II.9. Principe de participation et de responsabilisation .....	54
II.10. Principe d'information .....	54
II.11. Principe de gouvernance.....	55
II.12. Principe d'efficacité et de Gestion Axée sur les Résultats (GAR).....	55
II.13. Principe de polarisation et de mutualisation .....	55
II.14. Principe de contractualisation .....	55
<b>BUT ET OBJECTIFS .....</b>	<b>56</b>
<b>I- BUT .....</b>	<b>57</b>
<b>II- OBJECTIF GENERAL.....</b>	<b>57</b>
<b>III- OBJECTIFS SPECIFIQUES .....</b>	<b>57</b>
<b>ORIENTATIONS STRATEGIQUES .....</b>	<b>30</b>
<b>I- AXES PRIORITAIRES ORIENTATIONS STRATEGIQUES .....</b>	<b>31</b>
<b>II- PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUES.....</b>	<b>31</b>
Axe stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance institutionnelle et juridique .....	31
Axe stratégique 2 : Promotion de la gestion durable des déchets sanitaires.....	32
Axe stratégique 3 : Renforcement des capacités du système de gestion des déchets sanitaires y compris dans les situations d'urgence.....	33
Axe stratégique 4 : Développement d'un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé.....	34
Axe stratégique 5 : Suivi évaluation du Plan National de Gestion de Déchets Sanitaires .....	35
<b>CADRE DE MISE EN OEUVRE .....</b>	<b>36</b>
<b>I- ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS .....</b>	<b>37</b>

I.1. Rôle du Niveau central du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle .....	37
I.2. Rôle des Entités déconcentrées du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle .....	37
I.3. Rôle de l'Administration des établissements sanitaires .....	38
I.4. Rôle du Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MINEDD) .....	38
I.5. Rôle de l'Agence Nationale de la Gestion des Déchets (ANAGED) et des Collectivités territoriales.....	38
I.6. Rôle de la communauté .....	39
I.7. Rôle des Partenaires Techniques et Financiers.....	39
<b>II- MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION .....</b>	<b>39</b>
II.1. Mécanismes de suivi .....	39
II.2. Mécanismes d'évaluation .....	39
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>1</b>
<b>DOCUMENTS CONSULTES.....</b>	<b>3</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>6</b>
Annexe 1 : Répertoire des Incinérateurs Modernes à combustion pyrolytique dans les Etablissements publics au 14 juillet 2022 .....	7
Annexe 2 : Répertoire des Banaliseurs dans les établissements publics au 14 juillet 2022 ...	10
Annexe 3 : Répertoire des Incinérateurs Modernes à combustion pyrolytique et des banaliseurs dans les Etablissements privés, au 14 juillet 2022 .....	12
Annexe 4 : Liste des participants à l'atelier de validation du document .....	13
Annexe 5 : Comité de coordination pour la révision du document.....	15

## SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ABC	: Associations à Base communautaire ;
AES	: Accident d'Exposition au Sang ;
AID	: Association Internationale de Développement ;
AIRP	: Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique ;
AMD	: Atelier de Maintenance de District ;
ANAGED	: Agence Nationale de Gestion des Déchets ;
ANDE	: Agence Nationale De l'Environnement ;
APD	: Avant-Projet Détaillé ;
ARDCI	: Assemblée des Régions et Districts de Côte d'Ivoire ;
ASC	: Agent de Santé Communautaire ;
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin ;
BM	: Banque Mondiale ;
BNETD	: Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement ;
CAB	: Cabinet ;
CAT	: Centre Anti Tuberculeux ;
CDC/PEPFAR	: Center for Disease Control and Prevention/
CIPHA	: Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief;
CHR	: Centre Hospitalier Régional ;
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé ;
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire ;
CIAPOL	: Centre Ivoirien Antipollution ;
CIDT	: Centres d'Isolement, de Dépistage et de Traitement ;
CMU	: Couverture Maladie Universelle ;
CNP-PPP	: Comité National de Pilotage des Partenariats Public-Privé ;
COVID-19	: COronaVirus Disease appeared in 2019 ;
CPN	: Consultation Pré Natale ;
CS-Com	: Centre de Santé Communautaire ;
CSR	: Centre de Santé Rural ;
CSU	: Centre de Santé Urbain ;

CSUS	:	Centre de Santé Urbain Spécialisé ;
CNTS	:	Centre National de Transfusion Sanguine ;
CRIEM	:	Centre Régional des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance ;
DAF	:	Direction des Affaires Financières ;
DAP	:	Direction de l'Activité Pharmaceutique ;
DCP	:	Déchets Chimiques et Pharmaceutiques ;
DDSHP	:	Direction Départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
DFRS	:	Direction de la Formation et de la Recherche en Santé ;
DGAHP	:	Direction Générale Adjointe de l'Hygiène Publique ;
DHPSE	:	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement ;
DIEM	:	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance ;
DIIS	:	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire ;
DM	:	Dispensaire et Maternité ;
DMA	:	Déchets Ménagers et Assimilés ;
DMHP	:	Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité ;
DMI	:	Déchets Médicaux Infectieux ;
DPPS	:	Direction de la Prospective, de la Planification et de la Stratégie ;
DSC	:	Direction de la Santé Communautaire ;
DR	:	Dispensaire Rural ;
DRHP	:	Direction de la Réglementation de l'Hygiène Publique ;
DRSHP	:	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
DTC	:	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche ;
EIES	:	Etudes d'Impact Environnemental et Social ;
ENV	:	Enquête sur le Niveau de Vie ;
EPI	:	Équipement de Protection Individuelle ;
EPN	:	Établissement Public National ;
ESPC	:	Établissement Sanitaire de Premier Contact ;
ESTHER/EFI	:	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau, nouvellement Expertise France Internationale ;
FSU	:	Formation Sanitaire Urbaine ;
GTT	:	Groupe Technique de Travail ;



HG	:	Hôpital Général ;
HMA	:	Hôpital Militaire d'Abidjan ;
IAA	:	Infections Associées aux Actes de soins ;
IAS	:	Infections Associées aux Soins ;
IAE	:	Infections Associées à l'Environnement ;
ICA	:	Institut de Cardiologie d'Abidjan ;
IDE	:	Infirmier Diplômé d'Etat ;
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 ;
IRA	:	Infections Respiratoires Aigües ;
IST	:	Infections Sexuellement transmissibles ;
JNHH	:	Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière ;
LNSP	:	Laboratoire National de Santé Publique ;
MCC	:	Millenium Challenge Corporation ;
MSF	:	Médecin Sans Frontière ;
MSHPCMU	:	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ;
MVE	:	Maladie à Virus Ebola ;
OBC	:	Organisations à Base communautaire ;
ODD	:	Objectifs du Développement Durable ;
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé ;
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale ;
OPCT	:	Objets Piquants, Coupants, Tranchants ;
PBF	:	Performance-based Financing (Financement basé sur la Performance) ;
PCB	:	Poly Chloro-Biphényles ;
PCDD	:	Poly Chloro-Dibenzo-Dioxines ;
PCDF	:	Poly Chloro-Dibenzo-Furanes ;
PCV	:	Poly Chlorure de Vinyle ;

PGDS-PRSSE	:	Plan de Gestion des Déchets Sanitaires des sites du Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux Urgences Epidémiques ;
PGES	:	Plan de Gestion Environnementale et Sociale ;
PIB	:	Produit Intérieur Brut ;
PISAM	:	Polyclinique Internationale Sainte Anne-Marie ;
PMT	:	Praticiens de Médecine Traditionnelle ;
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 ;
PNPMT	:	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle ;
PNSE	:	Politique Nationale Santé Environnement ;
PNUE	:	Programme des Nations Unies pour l'Environnement ;
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPI	:	Produits Pharmaceutiques Inutilisables ;
PRONALIN	:	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales ;
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers ;
PUMLS	:	Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida ;
RASS	:	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire ;
RBF	:	Result-based Financing (Financement Basé sur le Résultat) ;
RC	:	Relai Communautaire ;
RETRO-CI	:	Rétrovirus Côte d'Ivoire ;
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 ;
SFDE	:	Sage-femme Diplômée d'Etat ;
SMS	:	Short Message Service ;
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire ;
SNPH	:	Stratégie Nationale de la Promotion de l'Hygiène ;
SSI	:	Système sanitaire Ivoirien ;
SSSU/SAJ	:	Service de Santé Scolaire et Universitaire/Service Adolescent Jeune

TNS	:	Taux National de Scolarisation ;
UCPS-BM	:	Unité de Coordination Projet Santé – Banque Mondiale ;
UEMOA	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine ;
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance ;
UVICOCI	:	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire ;
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine.

## PREFACE

Depuis plus d'une décennie, le système de santé ivoirien connaît une profonde mutation devant les besoins de plus en plus croissants de nos populations. Pour y faire face, nous nous sommes attelés au renforcement de notre système de santé avec l'appui considérable des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Bien que destiné à contribuer durablement à l'essor économique et social de notre pays, l'accroissement de l'offre de soins a pour conséquence immédiate l'augmentation de la production des déchets sanitaires. Cette augmentation a été amplifiée par les activités liées à la COVID-19. Ces déchets, estimés à 9 325 tonnes par an, secteur privé et public confondus, sont composés de 62% d'infectieux et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques. Ils représentent donc une sérieuse menace pour la santé publique et l'environnement. En effet, mal gérés, les déchets sanitaires sont des facteurs influençant la qualité des soins et la sécurité des patients, capables de polluer notre environnement et de transmettre des maladies graves comme le VIH/Sida, les hépatites B et C, la COVID-19 ainsi que des maladies d'origine chimique.

Depuis 2008, après la Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique, sanctionnée par la Déclaration de Libreville, la Côte d'Ivoire a renforcé son engagement à lutter contre les facteurs de risques pour la santé liée à l'environnement. Cela s'inscrit dans la droite ligne de l'initiative « Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients » lancée par l'OMS en 2004.

Ainsi, en 2009 un document de Politique Nationale de Sécurité des Injections et de Gestion des Déchets Médicaux (SIGDM) a été élaboré et mis en œuvre à travers deux (02) plans nationaux de gestion des déchets sanitaires (PNGDM 2009-2011 et PNGDS 2016-2020), avec l'appui des PTF tels que la Banque Mondiale, le CDC/PEPFAR, l'Initiative ESTHER (Expertise France), l'OMS, l'UNICEF, le Fonds Mondial, MSF et ACF.

Après plus d'une décennie de mise en œuvre, et face aux nouveaux enjeux de la gestion des déchets sanitaires notamment la problématique de l'élimination des déchets liés aux activités de lutte contre la COVID-19, la Côte d'Ivoire a révisé sa politique nationale de gestion des déchets sanitaires. Cet outil d'orientation destiné aux différents acteurs de notre système de santé, définit le cadre de référence de la mise en œuvre des interventions en matière de gestion durable des déchets sanitaires, contribuant ainsi à la protection du personnel de santé, des usagers des établissements sanitaires, de la communauté et de l'environnement par une amélioration de la gestion des déchets produits dans nos structures de santé.

Le Gouvernement ivoirien à travers le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, conscient des nombreux efforts qui restent à faire, croit fermement qu'avec les PTF, nous arriverons à mettre en œuvre la Politique nationale de gestion des déchets sanitaires qui, in fine, contribuera à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations en Côte d'Ivoire.

Le Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

**M. Pierre DIMBA**

## REMERCIEMENTS

Le présent document de Politique Nationale, initié avec l'appui de la Banque Mondiale à travers l'Unité de Coordination des Projets Santé est le résultat d'un processus de réflexion de plusieurs acteurs et partenaires impliqués dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires. C'est un outil de promotion de la gestion durable des déchets sanitaires, destiné aux différents acteurs du système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, mais aussi aux opérateurs économiques du secteur, à la société civile et à la communauté tout entière.

Aussi, le Gouvernement ivoirien, à travers le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle voudrait-il témoigner toute sa gratitude à la Banque Mondiale dont le soutien technique et financier pour l'amélioration de la gestion des déchets sanitaires a permis l'élaboration de cet outil d'orientation.

Nos remerciements s'adressent également :

- aux experts des Ministères techniques concernés pour leurs contributions très appréciées ;
- aux experts du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, pour leur entière disponibilité et les efforts déployés pour la finalisation de ce document ;
- aux établissements sanitaires publics et privés, pour les informations utiles qu'ils ont accepté librement de fournir ;
- à l'Assemblée des Régions et Districts de Côte d'Ivoire (ARDCI) et l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI) pour leur disponibilité et leur contribution à l'enrichissement du document ;
- à l'Unité de Coordination des Projets Santé de la Banque Mondiale pour son appui technique et financier indispensable à l'élaboration et la validation de ce document ;
- au GTT pour avoir participé régulièrement à l'élaboration et à la validation du présent document.

Que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce document de politique nationale en soient vivement remerciés.

Puisse cette initiative contribuer durablement à la promotion d'un environnement sécurisé dans nos établissements sanitaires pour des soins plus sûrs.

Directeur Général de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

**Prof Mamadou SAMBA**

## DEFINITIONS 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, 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.

**Élimination écologiquement rationnelle des déchets :** toute élimination des déchets sanitaires qui permet de préserver tant la santé de la population que la qualité de l'environnement.

**Environnement** est l'ensemble des éléments physiques, chimiques, biologiques et des facteurs socioéconomiques, moraux et intellectuels susceptibles d'avoir un effet direct ou indirect, immédiat ou à terme sur le développement du milieu, des êtres vivants et des activités humaines.

**Evaluation** : consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Le jugement peut résulter de l'appréciation de critères et de normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative).

**Evaluation des pratiques** : c'est une vérification de l'adéquation des conduites aux normes issues des recommandations. En pratique, on ne peut pas tout évaluer en détail, aussi on retient quelques critères et sous critères mesurables dits indicateurs.

**Evaluation normative** : consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant les ressources mises en œuvre et leur organisation (les structures), les services ou les activités (processus) et les résultats obtenus à des critères et des normes.

**Gestion des déchets** : c'est l'ensemble des activités, de tri à la production, de pré collecte, de collecte, de stockage, de transport et d'élimination des déchets y compris leurs valorisations.

**Gestion écologiquement rationnelle des déchets** : C'est le mode de gestion des déchets qui prend en compte les aspects sanitaires et environnementaux dans tout le processus allant de la pré collecte jusqu'à l'élimination. Cette gestion vise à protéger la santé de la population et l'environnement contre les dommages occasionnés par la production, la collecte, le transport, le stockage, le traitement et l'élimination des déchets sanitaires.

**Hygiène** : Il provient du mot grec *hugieinos* qui signifie « bon pour la santé ». Le Larousse donne pour définition de l'hygiène, « l'ensemble des principes, des pratiques individuelles ou collectives visant à la conservation de la santé, au fonctionnement normal de l'organisme ».

L'OMS définit l'hygiène comme « les conditions et les pratiques qui contribuent à préserver la santé et à éviter la propagation des maladies.

**Infections Associées 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 sont 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 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 retraites, 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.

**Infection nosocomiale 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.

**La santé** est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

**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.

**Pratique** : dans le sens le plus courant, c'est toute application de règles, de principes qui permettent d'effectuer concrètement une activité, d'exécuter des opérations et de se plier à des prescriptions.

**Produits Pharmaceutiques Inutilisables** :

Tout produit pharmaceutique périmé, c'est-à-dire tout produit dont la date d'expiration est atteinte ;

Tout produit pharmaceutique avarié, c'est-à-dire :

- tout produit pharmaceutique cassé ,
- Tout produit pharmaceutique présentant des défauts de fabrication ;



- Tout produit pharmaceutique non périmé mais endommagé (Exemple : insuline, hormone polypeptide, gammaglobulines et vaccins endommagés au cours de la chaîne de froid etc.);
- Tout produit pharmaceutique ayant été l'objet de changement d'odeur ou de couleur, l'absence de limpidité (la formation d'un dépôt ou de grumeaux, etc.)
- Tout produit pharmaceutique dont le conditionnement primaire ou secondaire est ouvert pendant le stockage ou la manutention avant l'ouverture par le patient ;

Les produits pharmaceutiques retirés du marché (rappel de lot) par arrêté ministériel ;

Les produits pharmaceutiques retirés des schémas thérapeutiques.

Les produits sortis du circuit officiel et vendus sur le marché illicite ou les produits contrefaits ;

Les déchets issus des produits pharmaceutiques utilisés dans les analyses de la qualité des médicaments :

Les déchets médicamenteux produits au cours du processus de fabrication des produits pharmaceutiques.

**Santé Environnement** : La Santé environnementale se définit comme étant les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures. Il apparaît surtout bénéfique dans sa phase opérationnelle, au double point de vue sanitaire et environnemental.

# INTRODUCTION

L'hygiène dans les établissements sanitaires joue un rôle essentiel dans la prévention des maladies et dans la promotion de la qualité des soins. Cependant, elle peut être influencée négativement par les déchets sanitaires produits par l'offre de soins. La gestion écologiquement rationnelle des déchets est un déterminant majeur de la qualité des soins et de la sécurité des patients et constitue une étape importante dans la recherche de solutions durables aux nombreux problèmes de santé des populations.

Les activités de soins permettent de protéger la santé, de guérir des patients, de sauver des vies et de contribuer au développement socio-économique des pays. Mais elles génèrent des déchets dont 64% avec 62% de déchets infectieux et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques sont considérés comme à risque, susceptibles de propager autant des microorganismes pathogènes que des produits chimiques dangereux<sup>1</sup>.

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 infections<sup>2</sup>.

En 2003, l'OMS a publié les statistiques relatives à la charge de morbidité liée aux blessures par piqûre d'aiguille chez les agents de santé : 3 millions de blessures accidentelles sont responsables de 37% des nouveaux cas pour l'hépatite B, de 39 % pour l'hépatite C et d'environ 5,5% pour le VIH (3) chez le personnel soignant<sup>3</sup>.

Les infections nosocomiales constituent un fardeau économique pour les systèmes de santé. Les dépenses médicales supplémentaires dues aux infections contractées en milieu de soins, responsables de séjours hospitaliers prolongés, de la perte de revenus, d'incapacités et de procédures judiciaires, coûtent environ 3 000 à 14 500 milliards de franc CFA par an à certains pays<sup>4</sup>.

La problématique de la gestion des déchets sanitaires constitue donc une préoccupation mondiale majeure de santé publique et d'environnement. Quel que soit le système de santé, au moins 10% des admissions à l'hôpital entraînent des événements indésirables pour les patients hospitalisés dont la moitié d'entre eux est considéré comme évitable<sup>5</sup>.

Pour faire face à cette situation, la Côte d'Ivoire a mis au centre de sa politique de développement, l'amélioration de la qualité des soins à travers le renforcement du système de santé avec une gestion écologiquement rationnelle des déchets produits.

---

<sup>1</sup> MSHP/PRSSE : Rapport de caractérisation des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire, 2016

<sup>2</sup> OMS : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire N°253, Novembre 2015

<sup>3</sup> Lignes directrices de l'OMS sur l'utilisation de seringues sécurisées pour les injections intramusculaires, intradermiques et sous-cutanées dans les structures de soins (2016)

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> 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

Ainsi, de 2009 à 2020 deux (02) plans nationaux de gestion des déchets sanitaires ont été élaborés et mis en œuvre avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Malgré ces différentes interventions pour une meilleure gestion des déchets sanitaires, les résultats sur le terrain sont peu satisfaisants. Le système actuel de gestion demeure lacunaire. Le tri des déchets à la production n'est pas systématique, le matériel de collecte et de transport reste en majorité inapproprié, les moyens d'élimination écologiquement rationnelle demeurent insuffisants. Dans la pratique, la gestion des déchets sanitaires ne semble pas encore être une priorité au niveau opérationnel. Des rapports d'enquête et des missions de suivi montrent que les initiatives prises par le Gouvernement avec l'appui des partenaires en termes d'investissement bénéficient de peu d'intérêt de la part de certains responsables sanitaires au niveau régional, départemental et des établissements de santé, plus focalisés sur l'offre de soins.

Par ailleurs, le contexte de la crise sanitaire actuelle liée à la pandémie de la COVID-19 rend la problématique de la gestion des déchets sanitaires de plus en plus préoccupante. En effet, cette épidémie de COVID-19 causée par le SRAS-CoV2, s'est propagée dans le monde depuis décembre 2019 et a touché la plupart des pays de la planète. Les chiffres mondiaux centralisés et diffusés par l'université Johns Hopkins, font état au 11 juillet 2022, de 556,5 millions cas confirmés de Coronavirus Covid-19 dans le monde et de 6 352 889 décès.

En ce qui concerne la Côte d'Ivoire, 84 084 cas positifs ont été notifiés à la date du 11 juillet 2022, avec 805 cas de décès enregistrés, soit un taux de létalité de 0,96 % et 83 166 personnes ont été guéries, soit un taux de guérison de 99,48%. A ce jour, l'on enregistre 113 cas actifs. Un total de 94 districts sanitaires sur 113 et 33 régions sanitaires sont infectés au 11 juillet 2022 dont 96,9 % des cas sont localisés dans la région d'Abidjan.

Face à cette situation, l'Etat a construit plusieurs Centres d'Isolement, de Dépistage et de Traitement (CIDT) pour une prise en charge adéquate des cas de COVID-19. Aussi, dans le cadre de l'initiative COVAX, l'Etat a-t-il acquis des vaccins injectables. La campagne de vaccination contre la COVID-19 a démarré le lundi 1er mars 2021 et à la date du 10 juillet 2022, ce sont 14 933 733 personnes qui se sont faites vacciner contre la COVID-19 dont 6 808 411 personnes complètement vaccinées (2ème dose + J&J) au 15 juin 2022. Toutes ces activités de riposte contre la COVID-19 génèrent d'importantes quantités de déchets hautement infectieux, accentuant ainsi la problématique de la gestion des déchets sanitaires.

Il devient impérieux d'œuvrer à garantir une exécution efficace des activités de soins de santé dans le strict respect des normes environnementales et sociales. Ainsi, le Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS) 2021-2025 élaboré avec l'appui technique et financier de l'UCPS-BM, a pour objectif général d'améliorer la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire. Il s'articule autour des axes stratégiques suivants :

- Objectifs stratégiques 1 : renforcer la gouvernance institutionnelle et juridique ;
- Objectif stratégique 2 : promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires ;
- Objectif stratégique 3 : renforcer les capacités du système de gestion des déchets sanitaires y compris dans les situations d'urgence ;

- Objectif stratégique 4 : développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé ;
- Objectif stratégique 5 : suivre et évaluer le PNGDS 2021-2025.

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les déchets sanitaires qui conditionnent l'hygiène hospitalière, sont une réelle préoccupation partout dans le monde. Leur mauvaise gestion constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique et de développement.

En 2015, il est ressorti d'une évaluation conjointe de l'OMS et de l'UNICEF que seulement 58% des établissements concernés par l'enquête dans 24 pays, disposaient de systèmes adaptés pour éliminer en toute sécurité les déchets liés aux soins de santé<sup>6</sup>. La mauvaise gestion de ces déchets dont normalement 20% sont considérés comme à risque, 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 VIH.

En Côte d'Ivoire, environ 25,55 tonnes de déchets sont produites chaque jour par les établissements sanitaires publics et privés, soit 9325 tonnes/an. Une proportion de 64% de ces déchets est à risque avec 62% de déchets infectieux et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques<sup>7</sup>, exposant le personnel de santé, les patients, la communauté et l'environnement à des risques évidents de contamination et de pollution. Malgré les quantités importantes produites au niveau national et les nombreux risques auxquels pour le personnel soignant, les malades et l'environnement, leur gestion ne semblait pas être une priorité dans le fonctionnement habituel des établissements sanitaires. Dans la quasi-totalité des établissements sanitaires, aucune disposition institutionnelle, logistique ou financière n'était prévu pour prendre en charge la gestion des déchets sanitaires. Dans la plupart des cas, les déchets sanitaires suivaient la filière de gestion des ordures ménagères, exposant les collecteurs d'ordure et la population générale. La plupart des déchets était évacué vers des décharges non contrôlées. Certains établissements sanitaires pratiquaient le brûlage à l'air libre et l'enfouissement en fosse non aménagée, polluant ainsi l'environnement. Le personnel de santé, peu ou pas formé à la sécurité des injections et la gestion des déchets sanitaires, n'observait pas les comportements et les pratiques appropriés.

Pour faire face à cette situation, le Gouvernement ivoirien a défini en 2009, la politique nationale de sécurité des injections et de gestion des déchets sanitaires. De cette politique, ont découlé un Plan national et des directives. Le cadre institutionnel, normatif et réglementaire a donc été renforcé. Ce cadre, établi par le code de l'environnement, le document de politique nationale, le Plan National de Gestion des Déchets Médicaux (PNGDM) 2009-2011, l'arrêté portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires, et les normes et directives en matière de sécurité des injections et la gestion des déchets sanitaires, révisé en 2016, a permis de fournir aux établissements sanitaires, les recommandations nécessaires à la gestion durable des déchets sanitaires et la sécurité des injections. Ainsi les normes et directives en vigueur en Côte d'Ivoire recommandent aux prestataires de soins d'utiliser les seringues rétractables ou autobloquantes pour administrer les injections et de procéder au tri des déchets sanitaires à la production en éliminant les déchets dans trois réceptacles différents : (1) la boîte de sécurité pour les objets piquant, coupant ou tranchant, (2) la poubelle noire contenant un sac poubelle noir pour les

---

<sup>6</sup> World Health Organization. Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire n°253, Novembre 2015.

<sup>7</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique/PRSSSE. Rapport de caractérisation des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire, 2016.

déchets ménagers et assimilés et (3) la poubelle à pédale jaune ou rouge contenant un sachet poubelle jaune ou rouge pour les déchets médicaux infectieux ou anatomiques<sup>8</sup>. Les déchets collectés dans les services de soins doivent être acheminés dans des chariots à un lieu de stockage provisoire en attendant leur enlèvement par les collectivités (déchets ménagers et assimilés) ou leur incinération (déchets médicaux infectieux ou anatomiques). En outre à travers l'arrêté portant polarisation de gestion des déchets sanitaires dans les établissements de santé en Côte d'Ivoire, pris le 18 décembre 2018, le pays a pris l'option de traiter les déchets sanitaires par incinération, banalisation ou tout autre procédé réglementaire prévue à cet effet sur un site agréé par le Ministère en charge de la santé. La capacité des incinérateurs requis dépend du niveau de l'établissement sanitaire : inférieur à 10 Kg/h pour les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) ; de 10 à 60 Kg/h pour Hôpitaux Généraux (HG) de district sanitaire et de 60 à 120 Kg/h pour les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)<sup>3</sup>.

En outre, dans le but, d'une part de contenir les potentiels impacts sociaux, économiques et environnementaux liés aux activités des sous-projets de santé y compris ceux du Projet SPARK Santé et d'autre part pour se conformer aux exigences nationales et aux politiques de sauvegarde environnementale et sociale de la Banque mondiale (BM), le SPARK Santé s'est doté d'un Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (CGES). Il est prévu dans le cadre du CGES, la révision de la politique et des directives nationales de gestion des déchets sanitaires.

Douze ans après, la Côte d'Ivoire doit réviser l'ensemble de ses outils notamment le document de politique et les directives en matière de gestion des déchets pour faire face à ces engagements environnementaux pris lors de l'accord de Paris sur le climat en 2015 et s'inscrire dans le cadre de la réforme hospitalière en cours. Ainsi, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) à travers la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement (DHPSE) en collaboration avec l'Unité de Coordination des Projets Santé de la Banque Mondiale (UCP Santé BM), a conduit l'état des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Les résultats de cette enquête ont permis de réviser le document de politique nationale de gestion des déchets sanitaires.

Le présent document de politique nationale affirme la vision stratégique nationale et crée un cadre propice de référence dans lequel les problèmes liés à la gestion durable des déchets sanitaires trouveront une réponse nationale cohérente, efficiente et rationnelle.

---

<sup>8</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Direction Générale de l'Hygiène Publique. Normes et directives en matière de sécurité des injections et gestion des déchets médicaux en Côte d'Ivoire, 2009, 26p.



## **PRESENTATION DU PAYS**

### I.1 Contexte général

#### I.1.1 Contexte géographique et démographique

La Côte d'Ivoire est située dans la région occidentale de l'Afrique subsaharienne entre le 5<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> degré de latitude Nord, le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> degré de longitude Ouest, et couvre une superficie de 322 462 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Le pays bénéficie d'un climat de type tropical humide, avec un climat équatorial humide au Sud et un climat tropical de type soudanais au Nord. Le pays connaît quatre saisons dont une grande saison des pluies de mars à juin, une petite saison sèche de juillet à août, une petite saison des pluies de septembre à octobre et une grande saison sèche de novembre à février. Les pluies sont assez abondantes sur le long de la côte avec des précipitations importantes, qui vont de 1500 à 2500 millimètres par an, tandis que dans les zones intérieures elles sont généralement moins intenses et vont de 1200 à 1500 millimètres. En zone montagneuse, elles atteignent les 2000 millimètres. Ce profil climatologique et géomorphologique exerce une influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire<sup>9</sup>.

La population totale vivant en Côte d'Ivoire est estimée à 29 389 150 habitants avec une densité de 91,1 habitants/km<sup>2</sup> et un taux d'accroissement annuel 2,9% de 1998 à 2021%. Les hommes représentaient 52,2% contre 47,8 % de femmes. La population ivoirienne est très jeune, les moins de 35 ans représentent 75,6%<sup>10</sup>.

#### I.1.2 Contexte administratif

L'administration territoriale est structurée selon les principes de la déconcentration et décentralisation.

L'administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées avec : 14 Districts autonomes ; 31 Régions ; 108 Départements ; 410 Sous-Préfectures et plus de 8600 Villages<sup>11</sup>. Elle est ainsi organisée en vue d'assurer l'encadrement des populations, de pourvoir à leurs besoins, de favoriser le développement économique, social et culturel et de réaliser l'unité et la cohésion nationales.

La capitale politique, Yamoussoukro, se trouve au centre du pays, à 248 km d'Abidjan, la capitale économique située dans le Sud. Quant à l'administration territoriale décentralisée, elle est représentée par 201 communes et 31 conseils régionaux gérés par les élus locaux.

---

<sup>9</sup> Revue européenne de géographie

<sup>10</sup> RGPH 2021

<sup>11</sup> Conseil des ministres du 9 Juin 2021



Figure 1 : Carte de l'administration territoriale déconcentrée (BNETD 2012)

### I.1.3 Contexte socio-politique

La Côte d'Ivoire est une république présidentielle multipartite. Concernant la situation sécuritaire actuelle de la Côte d'Ivoire, elle s'est considérablement améliorée depuis 2015, traduite par une baisse du niveau de la criminalité sur l'ensemble du territoire national. L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en janvier 2015 s'est établi à 1,2 en 2019. Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2015, le taux d'analphabétisme en Côte d'Ivoire avoisinait les 52%. Les efforts du Gouvernement ont contribué à réduire ce taux à 49% en 2018. La proportion d'apprenants dans les centres d'alphabétisation a augmenté (58% à 59%) en milieu urbain et régressé (42% à 41%) en milieu rural de 2018 à 2019. La gent féminine est la plus représentée avec 36,3% que chez les hommes (53,3%).

### I.1.4 Contexte socio-économique

En dépit d'un environnement international marqué par des incertitudes politiques et économiques qui ont affecté la croissance mondiale, l'activité économique en Côte d'Ivoire a bénéficié de l'amélioration continue du climat des affaires et de la gouvernance sur la période 2016-2020. Sur le plan économique, le taux de croissance du PIB réel s'est élevé en moyenne à 6,9%, largement au-dessus de celui de l'Afrique subsaharienne. De même, le revenu par tête a progressé de 13,6% entre 2016 et 2019. Par ailleurs, l'inflation a été maîtrisée en dessous de 3% sur toute la période. Le déficit budgétaire s'est progressivement réduit pour s'établir à 2,3% du

PIB en 2019. Le renforcement de la richesse créée et l'amélioration des conditions sociales se sont traduits par un accroissement du niveau de vie des populations.

Malgré cette croissance économique, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté bien qu'en baisse, reste élevée. En effet, le taux de pauvreté est passé de 51% en 2011 à 46,3% en 2015 pour s'établir à 39,4% en 2020. Bien qu'en nette diminution, la pauvreté est marquée par des disparités régionales et reste toujours défavorable aux femmes et aux zones rurales. Selon le rapport 2019 du PNUD sur le développement humain, la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 0,538 contre 0,474 en 2016. Ce rapport classe le pays au rang de 162ème parmi 189 pays et territoires. Cet indice s'est accru de 33,2 % entre 1990 et 2019. L'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire a augmenté de 4,5 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 3,2 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 4 années. Le revenu national brut par habitant de la Côte d'Ivoire a progressé de près de 30 % entre 1990 et 2019<sup>12</sup>.

## **I.2 Contexte sanitaire**

### **I.2.1 Organisation du système sanitaire**

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif ou gestionnaire et un versant offre de soins ou prestataires, répartis chacun en trois échelons.

**Le versant administratif ou gestionnaire** du système sanitaire comprend :

*Au niveau central*, le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les Programmes de santé. Ces structures sont chargées de la définition de la Politique ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la santé ;

*Au niveau intermédiaire*, 33 Directions Régionales qui ont pour mission d'appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de la politique sanitaire ;

*Au niveau périphérique*, 113 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Par ailleurs, le district sanitaire qui constitue l'unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires qui représentent le bassin de desserte d'un établissement sanitaire de premier contact.

Quant au **versant offre de soins ou prestataire**, il comprend également trois niveaux. Le réseau sanitaire est constitué de 2442 établissements de santé publique comprenant en 2020 selon la pyramide sanitaire pour le secteur public, 2311 ESPC au niveau primaire, 19 CHR et 100 HG au niveau secondaire et 5 CHU et 7 instituts spécialisés de soins au niveau tertiaire.

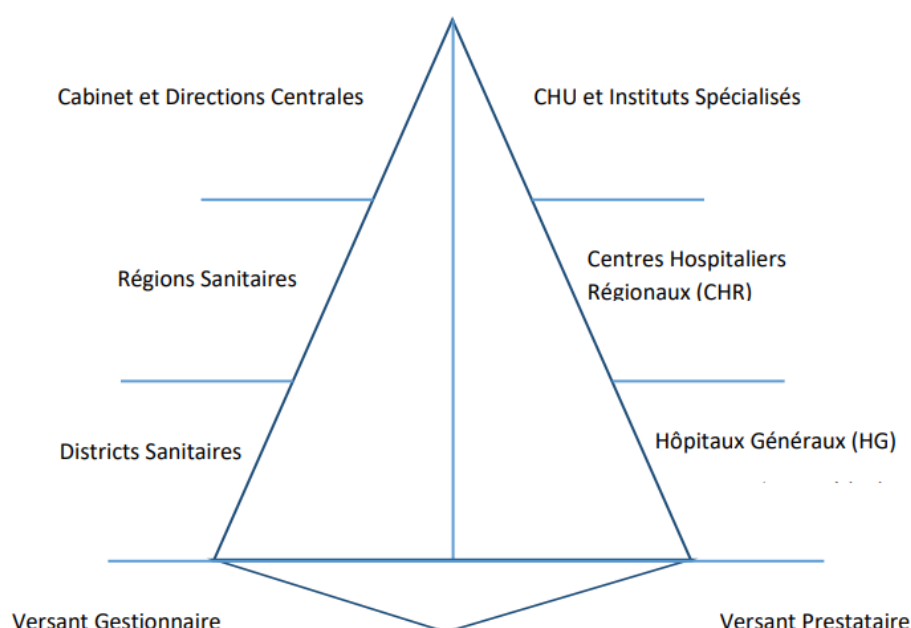
---

<sup>12</sup> Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025

*Le niveau primaire ou périphérique* composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. Il compte 2311 ESPC comme indiqué plus haut.

*Le niveau secondaire* comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement. Le pays compte 131 hôpitaux de référence (100 hôpitaux publics, 12 confessionnels et 19 Centres Hospitaliers Régionaux) et 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké)<sup>13</sup>.

*Le niveau tertiaire* est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Ce sont les cinq Centres Hospitaliers Universitaires et les Instituts Nationaux Spécialisés dont l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (Nouvelle PSP CI), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).



**Figure 2 : Organisation du Système sanitaire ivoirien**

<sup>13</sup> Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2020

A côté de ce secteur public, il existe le secteur privé de la santé qui est en plein essor et contribue au niveau national à environ 40% de l'offre de service de santé. En fin 2020, le tableau ci-dessous montre le nombre d'établissements sanitaires privés par niveau d'interventions clés<sup>14</sup>.

**Tableau 1 : Nombre d'établissements sanitaires privés par niveau d'interventions clés**

Niveau d'intervention	Nombre d'établissements
Polyclinique médicale	24
Clinique médicale	317
Centre médicale	465
Cabinet médicale	55
Maternité	114
Centre de soins infirmiers	548

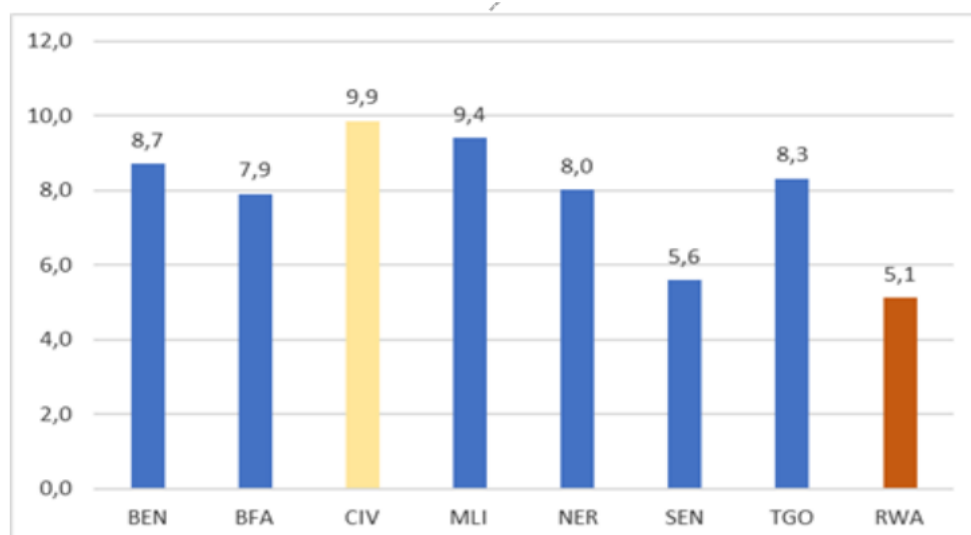
A côté du système de soin public ou privé, il existe un système communautaire basé sur les prestations des agents de santé communautaire. On note dans ce système communautaire, des organisations à base communautaire et des leaders communautaires qui sont des canaux de sensibilisation et qui constituent des réseaux sociaux et favorisent l'autonomie des membres des communautés à la prise en charge de leur propre problème de santé. Les travailleurs communautaires que sont les agents de santé communautaires (environ 11400) sont des membres des communautés dans lesquelles ils travaillent, après avoir été sélectionnés par elles. Ils sont encadrés et supervisés par les agents de santé des ESPC (infirmier et ou sage-femme). Enfin, il existe un secteur en pleine extension de médecine traditionnelle dont l'exercice et l'organisation sont réglementés par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016. Le répertoire national des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles a enregistré en 2020, 7020 praticiens<sup>15</sup>.

### **I.2.2 Profil épidémiologique**

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est marqué par la persistance de divers problèmes de santé qui induisent un état de morbidité important. Ces situations sont en rapport avec, la prévalence des maladies transmissibles, non transmissibles et des maladies tropicales négligées, les grossesses précoces, la sécurité routière, le vieillissement. En effet, les estimations de la Banque Mondiale font ressortir, pour la Côte d'Ivoire, un niveau de mortalité générale élevée se situant à 9,9 pour 1000 personnes en 2020. Ce chiffre qui contraste de loin avec celui du Rwanda (5,1‰), classe la Côte d'Ivoire en tête de liste des pays de l'UEMOA en ce qui concerne la mortalité générale.

<sup>14</sup> Rapport d'activité 2020 DEPS

<sup>15</sup> Répertoire national des PMT, de leurs pratiques et des pathologies traitées, 2020



**Figure 3 : Taux de mortalité générale dans les pays de l'UEMOA et au Rwanda en 2020**  
(source : [www.donnees.banquemondiale.org](http://www.donnees.banquemondiale.org))

Cette situation peu reluisante est largement tributaire du niveau élevé de mortalité de certains groupes spécifiques notamment les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de 5 ans, les adolescents et jeunes et les personnes âgées.

**La santé de la mère** demeure préoccupante et constitue l'une des priorités du Gouvernement ivoirien. En effet, en dépit des efforts consentis par l'Etat et les partenaires, le taux de mortalité maternelle reste élevé et se situe à 614 pour 100 000 naissances vivantes<sup>16</sup>. Les hémorragies représentent la première cause identifiée des décès maternels notifiés (environ 50%). Les HTA (Hypertensions Artérielles) et complications représentent la deuxième cause identifiée de ces décès maternels notifiés. Les autres causes non spécifiées représentent près du tiers des décès maternels notifiés.

**La santé des nouveaux nés et des enfants** demeure également préoccupante avec des niveaux de mortalité par groupe spécifique élevés.

Bien que le taux de mortalité infanto-juvénile en Côte d'Ivoire diminue à un rythme plus rapide que lors de la dernière décennie (2005 : 125‰ ; 2012 : 108‰), il reste élevé, à 96 ‰ en 2016, selon la MICS-5 et estimé à 79‰ en 2019. Le taux de mortalité infanto-juvénile se situe encore à plus de 10 points au-dessus de la moyenne en Afrique subsaharienne (78 ‰).

**La mortalité infantile** a connu la même tendance. Elle a été réduite de 31 points, passant de 84‰ en 2005 à 68‰ en 2012 et 60‰ en 2016 et serait, selon les estimations, de l'ordre de 53‰ en 2019<sup>17</sup>.

**Quant à la mortalité néonatale**, la baisse reste moins importante. Elle a été réduite de huit (8) points sur la même période, passant de 41‰ en 2005 à 38‰ en 2012 et 33‰ en 2016 (MICS

<sup>16</sup> EDS MICS 2011-2012

<sup>17</sup> United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund, New York, 2020.

2016), puis serait de 30‰ en 2019 d'après les estimations<sup>18</sup>. Elle représente la moitié de la mortalité infantile, et le tiers de celle des enfants de moins de cinq ans.

**La santé des adolescents et jeunes**, qui représente en 2021 30,2% de la population générale (estimation RGPH 2021), est marquée par une morbidité accrue dont les principales causes sont : i) le paludisme, ii) les infections respiratoires aiguës, iii) les cas de diarrhées, iv) les infections sexuellement transmissibles et v) l'anémie. L'incidence des infections sexuellement transmissibles est passée de 8001 en 2016 à 11 965 en 2020, soit une augmentation de 49,54%<sup>19</sup>. Celles du Paludisme et des infections respiratoires aiguës représentaient en 2020 respectivement 41% et 16% de la morbidité générale chez les adolescents et jeunes

**La prévalence nationale observée du VIH** était de 2,5% chez les 15-49 ans en 2017 selon l'enquête *Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment* (CIPHIA) 2017 (3,6% chez les femmes et 1,4% chez les hommes), quant aux estimations 2020, cette prévalence chez la même tranche d'âge était estimée à 2,39% (3,32% chez les femmes et 1,46% chez les hommes) en fin 2019<sup>23</sup>. L'épidémie de VIH reste généralisée avec 102 des 113 districts sanitaires du pays qui ont une prévalence supérieure à 1% et concentrée chez les populations clés avec une prévalence plus élevée (3,9% chez les Travailleurs du Sexe<sup>20</sup>, 6,4% chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes<sup>21</sup>, 3,4% chez les Usagers de Drogues<sup>22</sup>, 2,6% chez les populations carcérales<sup>23</sup>).

**La morbidité liée au paludisme** demeure un fardeau pour le système sanitaire et le développement du pays en dépit des progrès enregistrés. En effet, selon le RASS, l'incidence du paludisme dans la population générale est passée de 154,58‰ en 2016 à 173,43‰ en 2020. Chez les enfants de moins de 5 ans, ce taux est passé de 286,87‰ en 2016 à 440,97‰ en 2020. Pour ce qui est du taux de confirmation des cas suspects de paludisme par les tests (TDR / Goutte épaisse), il est passé de 73% en 2016 à 88% en 2019. Le nombre de décès liés au paludisme dans la population générale rapporté en routine a connu une régression passant de 3340 en 2016 à 1315 en 2020<sup>24</sup>.

**Les maladies à potentiel épidémique et les urgences de santé publique** font l'objet d'une surveillance régulière permettant une alerte précoce, l'investigation des cas et la prise en charge. En 2020, la Côte d'Ivoire a enregistré 2776 cas suspects de rougeole dont 516 cas confirmés, 123 cas suspects de méningite dont 30 cas confirmés et 1494 cas suspects de fièvre jaune dont 15 cas confirmés. En ce qui concerne la grippe et le choléra, il a été enregistré respectivement 2846 cas suspects avec 217 cas confirmés et 10 cas suspectés dont 0 cas confirmés<sup>25</sup>. Par ailleurs, l'émergence de nouvelles épidémies telles que la Maladie à Virus Ebola (MVE), le Zika, le Lassa, la dengue et plus récemment la pandémie liée à la COVID-19 pour laquelle la Côte d'Ivoire a

---

<sup>18</sup> United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund, New York, 2020.

<sup>19</sup> Rapport PNSSU-SAJ 2020

<sup>20</sup> IBBS TS 2020

<sup>21</sup> IBBS HSH 2020

<sup>22</sup> IBBS UD 2020

<sup>23</sup> Etude AS prison 2017, Mai 2020

<sup>24</sup> Rapport PNLP 2016-2020

<sup>25</sup> RASS 2020



enregistré 22362 cas positifs au cours de l'année 2020 sur 217534 échantillons prélevés, soit un taux de positivité de 10,28%, appelant ainsi au renforcement du dispositif de surveillance et de rapportage des cas et du réseau de laboratoire national, du dispositif de riposte/réponse et de la lutte anti vectorielle.

**En matière de nutrition**, la Côte d'Ivoire est confrontée au triple fardeau de la malnutrition marquée à la fois par la persistance de i) la sous-nutrition ; ii) des carences en vitamines et micronutriments et iii) l'accentuation de la surnutrition. La malnutrition infantile constitue l'une des principales causes de la mortalité infantile.

## **ANALYSE DE LA SITUATION**

## I- ETAT DES LIEUX DE LA GESTION DES DÉCHETS SANITAIRES

### I.1. Points forts

L'état des lieux de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire réalisé en prélude à l'élaboration de la présente politique nationale, fait ressortir les points forts ci-après :

- Un peu plus des deux tiers (69,5%) du personnel administratif avaient connaissance de l'existence d'un document de directives nationales de gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire ;
- La plupart des responsables administratifs (93,2%) et surtout l'ensemble des responsables (100,0%) des établissements de niveau 3 avait pris des dispositions pratiques pour que le personnel soignant utilise le plus souvent les boîtes de sécurité ;
- La majorité des personnels soignants (84,4%, 92,6% et 91,3%) respectivement dans les établissements sanitaires de niveau 1, 2 et 3 ont déclaré avoir reçu un vaccin contre l'hépatite B.
- La majorité (91,4%) des personnels soignants des établissements sanitaires disposaient de poubelles pour y jeter les déchets produits lors des soins ;
- La totalité (100,0%) des établissements de niveau 3 avaient un bon score en approvisionnement du matériel de gestion des déchets sanitaires ;
- La majorité des gestionnaires de stocks dans les établissements de niveau 2 (80,0%) et tous ceux des établissements sanitaires de niveau 3 (100,0%) ont déclaré avoir des sachets poubelles en stock ;
- La majorité des agents d'hygiène enquêtés (84,4%) ont déclaré qu'ils accepteraient de suivre le protocole de prise en charge (sérologie VIH et prophylaxie ARV) en cas de piqure accidentelle avec une aiguille usagée ou de réception d'une projection de liquide biologique dans les yeux ou la bouche ;
- La majorité (72,9%) des patients ou leurs accompagnants savaient qu'ils avaient un rôle à jouer dans la gestion des déchets dans l'hôpital ;
- La majorité (71,4%) du personnel des sites COVID-19 a bénéficié d'une formation continue sur la gestion des déchets sanitaires reçue avant d'arriver dans cet établissement de santé ;
- La majorité (85,7%) du personnel des sites COVID-19 a déclaré avoir reçu un vaccin contre l'hépatite B ;
- La majorité (78,6%) du personnel des sites COVID-19 a déclaré faire le tri des déchets à la production.

### I.2. Points à améliorer

#### I.2.1. Problèmes liés au cadre institutionnel, législatif et réglementaire

Les différents documents de planification du secteur de la santé ne font pas apparaître suffisamment la gestion des déchets sanitaires comme une priorité spécifique dans la politique sanitaire nationale.

En effet, le document de politique sectorielle de santé existant ne mentionne pas une vision précise, des orientations stratégiques conséquentes et une définition plus claire des responsabilités des différents acteurs clés. Il n'existe pas de structures opérationnelles chargées de la gestion des déchets sanitaires, notamment un programme national.

Au niveau législatif, le processus d'élaboration du Code de l'hygiène est en cours et il n'existe aucune loi relative à la gestion des déchets sanitaires. Au niveau réglementaire, il n'existe aucun décret d'application du Code de l'environnement concernant la gestion des déchets sanitaires. Les arrêtés existants ne couvrent pas tous les domaines du secteur. Le peu de textes et de documents existants ne sont pas suffisamment diffusés au niveau des acteurs du niveau opérationnel.

Seulement 55,9% et 69,5% du personnel administratif avaient connaissance de l'existence respectivement d'un document de politique nationale en matière de gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire, et d'un document de directives nationales de gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire. Il en est de même pour le personnel soignant qui seulement 37,1% et 44,3% parmi eux connaissaient respectivement l'existence d'un document de politique nationale en matière de gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire et d'un document de directives nationales de gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire<sup>26</sup>.

Par ailleurs, les établissements sanitaires ne disposent pas de micro plan et de plan de gestion des déchets sanitaires. Lors de l'état des lieux de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire conduite en juin 2022, seulement 23,7% du personnels administratifs avaient déclaré disposer de procédures écrites de gestion des déchets sanitaires, surtout dans les établissements de niveau 1 et 2 avec respectivement (19,6%) et (20,0%).

On relève une insuffisance de coordination des interventions en matière de gestion des déchets sanitaires tant au niveau central que périphérique. Cette situation a favorisé des investissements et autres activités en dehors du cadre de planification prévu par la réglementation en vigueur, notamment en ce qui concerne la polarisation.

### **I.2.2. Problèmes liés à l'organisation de la gestion des déchets sanitaires**

Les districts et établissements sanitaires ne disposent pas de plan de gestion des déchets sanitaires et de procédures internes. Les déchets liquides ne subissent aucun traitement dans la majorité des établissements sanitaires avant leur rejet dans le réseau d'égout ou dans la nature.

Le tri des déchets ne s'effectue pas de façon systématique, augmentant la proportion de déchets à risque. Seulement 18,6% des établissements de niveau 1, 18,8% des établissements de niveau 2 et 41,7% des établissements de niveau 3 avaient un bon score en matière de tri des déchets à

---

<sup>26</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

la production. Par ailleurs, 76,7% des personnels soignants des établissements sanitaires de niveau 1, et 55,5% des établissements de niveau 2 ont déclaré faire le tri des déchets à la production<sup>27</sup>.

Les agents dédiés à la manutention des déchets, bien que formés, ne sont pas spécifiquement affectés à cette tâche.

Les matériels de collecte et de transport des déchets solides, des zones de production aux sites de stockage ou d'élimination, sont inappropriés, voire inexistants. Lors de l'état des lieux, seulement 50% des personnels soignants des établissements sanitaires de niveau 2 et 3 disposaient au moment de la collecte de données, de boîtes de sécurité pour y jeter les seringues usagées. 17,3% des établissements de niveau 1, 14,3% des établissements de niveau 2 et 50,0% des établissements de niveau 3 avaient un bon score en matière de transport, de stockage et d'élimination des déchets sanitaires<sup>4</sup>.

Quant aux déchets liquides, aucun dispositif particulier n'est utilisé pour leur collecte. Le transport de ces déchets est en majorité assuré par le réseau d'assainissement collectif quand il existe, sinon c'est l'assainissement autonome qui s'en charge, notamment des fosses septiques et puits perdus.

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, ces derniers ne sont toujours pas enlevés 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.

La plupart des opérateurs travaillent dans l'informel en dépit des dispositions prises par le ministère en charge de la Santé pour encourager l'intervention du secteur privé dans la gestion des déchets sanitaires.

### **1.2.3. Problèmes liés à la formation et la sensibilisation des acteurs**

Seulement 48,6% des personnels soignants a bénéficié d'une formation continue sur la gestion des déchets sanitaires reçue avant d'arriver dans l'établissement de santé, 21,1% des personnels soignants des établissements de niveau 1, 25,9% des personnels soignants des établissements de niveau 2 et 47,8% des personnels soignants des établissements de niveau 3 ont reçu une formation continue sur la gestion des déchets sanitaires dans l'établissement de santé<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

<sup>28</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

Concernant les agents d'hygiène, manutentionnaires de déchets, seulement 30,4% dans les établissements sanitaires de niveau 1, 38,5% dans les établissements sanitaires de niveau 2 et 62,5% dans les établissements de niveau 3 ont bénéficié d'une formation continue sur la gestion des déchets sanitaires<sup>29</sup>.

Pour ce qui concerne la sensibilisation des usagers, seulement 33,3% des usagers des établissements de niveau 1, 30,8% des usagers des établissements de niveau 2 et 22,2% des patients ou leurs accompagnants dans les établissements de niveau 3 ont déclaré avoir déjà été sensibilisés à la gestion des déchets dans l'hôpital<sup>30</sup>.

Dans la majorité des établissements, les procédures de gestion ne sont pas appliquées, 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 techniques d'une élimination écologiquement rationnelle, (vii) les moyens et procédures de sécurité.

Notons que 16,7% des personnels soignants des établissements de niveau 1, 40,7% dans les établissements de niveau 2 et 21,7% dans les établissements de niveau 3 ont déclaré recapuchonner habituellement l'aiguille après une injection, avant de la jeter<sup>31</sup>.

#### **1.2.4. Problèmes liés aux matériels et équipements de gestion**

Seulement 46,0% des gestionnaires de stocks des établissements sanitaires de niveau 1 ont déclaré avoir des sachets poubelles en stock<sup>32</sup>. Le matériel de collecte des déchets reste insuffisant dans les unités de soins. Quand ils existent, ceux-ci sont inadéquats.

Les poubelles utilisées ne sont pas munies de sacs poubelles dans la plupart des établissements sanitaires et le code couleur n'est pas respecté.

Dans la plupart des salles de soins, le nombre de trois réceptacles pour le tri correct des déchets n'est pas respecté.

Les moyens de transport in situ des déchets sont inappropriés (brouettes, transport manuporté), voire inexistant. Dans 66,1% des établissements de niveau 1 le transport se fait dans un réceptacle à la main ou sur la tête<sup>33</sup>.

Par ailleurs, les moyens d'élimination des déchets ne sont pas écologiques. Les établissements sanitaires dans leur grande majorité ont recours (i) aux décharges publiques et autres dépôts sauvages, (ii) au brûlage à l'air libre ou à l'utilisation d'incinérateurs artisanaux non conformes,

---

<sup>29</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

<sup>30</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

<sup>31</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

<sup>32</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

<sup>33</sup> Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

(iii) à l'élimination dans des fosses non sécurisées, (iv) à l'enfouissement non sécurisé et (v) aux égouts. Toutes ces pratiques polluent l'environnement, menacent la flore et la faune ainsi que la santé des populations.

#### **I.2.5. Problèmes liés au financement du secteur**

Le secteur des déchets sanitaires souffre d'une insuffisance criarde de financement. Les appuis financiers apportés par l'Etat à travers le Trésor Public ne sont pas spécifiques à la gestion des déchets. Ces appuis demeurent ainsi inclus dans les dépenses globales relatives au fonctionnement et à l'entretien des locaux des structures bénéficiaires, reléguant le secteur des déchets sanitaires au second plan dans l'ordre des priorités.

Le partenariat public privé est insuffisamment développé dans le domaine de la gestion des déchets.

Par ailleurs, le secteur n'étant pas encore libéralisé, il s'agit de l'Etat providence où tout se passe comme si les initiatives doivent être seulement prises par le MSHPCMU au niveau central. Les contributions des établissements sanitaires publics et privés sont marginales, aucune taxe ou redevance n'existe pour susciter leur participation à la gestion des déchets sanitaires qu'ils produisent. Certains établissements sanitaires privés entreprennent des actions de gestion des déchets sanitaires uniquement limitées à leurs unités de soins. La présence des collectivités territoriales dans ce secteur n'est pas bien ressentie. Celles-ci la considèrent comme trop spécifique malgré leurs interventions dans la réhabilitation et la construction de certains établissements sanitaires.

Le système de contractualisation de la gestion des déchets qui pourrait être une porte de sortie pour une meilleure gestion des déchets sanitaires n'est pas suffisamment développé.

A la date du 15 juillet 2022, seulement sept (07) entreprises privées sur vingt-deux (22) soumissionnaires ont obtenu un accord de principe du MSHPCMU pour la gestion des déchets sanitaires.

#### **I.2.6. Problèmes liés à l'état et au fonctionnement du matériel de traitement des déchets sanitaires**

Une mission d'état des lieux du fonctionnement des incinérateurs, effectuée de juillet à septembre 2020 sur plusieurs sites par une équipe conjointe composée de la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE) et la Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance (DIEM) avec l'appui technique et financier de l'Unité de Coordination des Projets Santé (UCPS-Banque Mondiale) a révélé que de nombreux dispositifs de traitement sont défectueux.

Au 14 juillet 2022, la cartographie des incinérateurs et banaliseurs actualisée (Annexe 1, 2 et 3), présentent soixante-et-un (61) incinérateurs modernes à combustion pyrolytique dont

cinquante-cinq (55) dans le public et six (06) dans le secteur privé. On dénombre également seize (16) banaliseurs au total dont quinze (15) dans les structures publiques et un (01) dans le privé.



## II. PROBLEMES RECURRENTS

- Problèmes liés à la gouvernance institutionnelle et juridique ;
- Problèmes liés à la promotion de la gestion durable des déchets sanitaires ;
- Problèmes liés au renforcement des capacités du système de gestion des déchets sanitaires y compris dans les situations d'urgence ;
- Problèmes liés au développement d'un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé ;
- Problèmes liés au suivi évaluation du Plan National de Gestion de Déchets Sanitaires 2021-2025.

## **VISION ET PRINCIPES**

## I-VISION

Une Côte d'Ivoire où les agents de santé, les usagers des établissements sanitaires et la population bénéficient d'un environnement sain, adéquat et sans risques de maladies et de pollution imputables aux déchets sanitaires.

## II- PRINCIPES

La vision de la Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires se fonde sur le respect des principes suivants : la précaution, la substitution, la coopération, le pollueur-payeur, la non-régression, la prévention, la gestion intégrée, la subsidiarité, la participation et la responsabilisation, l'information, la gouvernance, l'efficacité et la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), la polarisation et la mutualisation, et la contractualisation.

### II.1. Principe de précaution

C'est le principe selon lequel, en cas de risques graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures visant à prévenir la mauvaise gestion des déchets ou les risques d'atteintes à la santé.

### II.2. Principe de substitution

Selon ce principe, si à une action de gestion des déchets sanitaires susceptible d'avoir un impact préjudiciable sur la santé, peut être substitué une autre qui présente un risque ou un danger moindre, cette dernière action est choisie même si elle entraîne des coûts élevés en rapport avec les valeurs à protéger.

### II.3. Principe de coopération

Il s'agit du principe qui impose que les autorités publiques, les institutions internationales, les associations de défense des droits de l'homme et les particuliers concourent à la préservation de l'environnement et à la gestion rationnelle des déchets sanitaires à tous les niveaux possibles.

### II.4. Principe pollueur-payeur

Selon ce principe, toute personne physique ou morale dont les agissements et/ou les activités en lien avec la gestion des déchets sanitaires causent ou sont susceptibles de causer des dommages à la santé et/ou à la qualité du cadre de vie est soumise à une taxe et/ou redevance. Elle assume, en outre, toutes les mesures de remise en état.

## **II.5. Principe de non-régression**

Il s'agit du principe selon lequel l'Etat a l'obligation de faire en sorte que les acquis en matière de gestion des déchets sanitaires ne subissent pas de régressions ou de reculs qui remettraient en cause l'évolution continue et progressive des politiques visant à promouvoir une meilleure santé des populations et/ou la qualité de l'offre de soins.

## **II.6. Principe de prévention**

Ce principe implique la mise en œuvre de règles et d'actions en matière de gestion des déchets sanitaires visant à anticiper toute atteinte à la santé, à la qualité du cadre de vie et de travail en utilisant les meilleures techniques disponibles à un coût économiquement acceptable.

## **II.7. Principe de la gestion intégrée**

Ce principe tient compte de toutes les relations et interactions existant entre les différents acteurs de la gestion des déchets sanitaires en empruntant une démarche transversale, multisectorielle, multidisciplinaire et multi-partenariale.

## **II.8. Principe de subsidiarité**

Selon ce principe, toute action publique devant permettre de lutter contre toutes atteintes liées à la gestion des déchets sanitaires, doit être prise à l'échelon de décision le mieux approprié pour agir efficacement en faveur de l'intérêt général des générations actuelles et futures.

## **II.9. Principe de participation et de responsabilisation**

Ce principe prescrit que toute personne a le droit, dans les conditions et les limites définies par la loi, de participer à la prise de décisions en matière de gestion des déchets sanitaires. Il s'agira également de favoriser la capacitation et la responsabilisation des communautés pour une meilleure implication et appropriation des bonnes pratiques, tant au niveau individuel, communautaire que dans les lieux publics.

## **II.10. Principe d'information**

Il s'agit d'un principe selon lequel les personnes susceptibles d'être affectées par les interventions, activités, projets ou programmes en lien avec les déchets sanitaires, doivent être informées. Il implique que l'Etat facilite l'accès aux données et aux renseignements concernant ou susceptibles de concerner les établissements sanitaires.

### **II.11. Principe de gouvernance**

C'est un principe qui implique le renforcement de la redevabilité, la transparence, le contrôle social dans la gestion des déchets sanitaires et indiquant des approches rationnelles de la décision, basées sur des indicateurs et des évaluations. L'obligation de rendre compte (redevabilité) de ses actions et le contrôle social permettra d'être plus efficace. Ce principe implique également une meilleure participation et coordination des acteurs et des interventions à tous les niveaux.

### **II.12. Principe d'efficience et de Gestion Axée sur les Résultats (GAR)**

Ce principe fait référence à l'optimisation de la chaîne des résultats de planification, de programmation, de budgétisation et de suivi/évaluation, pour atteindre les objectifs/cibles fixés, à partir des ressources disponibles. Le souci d'atteindre les résultats fixés dans un contexte de ressources limitées impose une bonne prise en compte du meilleur usage qu'il faut faire des ressources disponibles.

### **II.13. Principe de polarisation et de mutualisation**

Ce principe impose que l'ensemble des déchets sanitaires d'une aire donnée soit convoyé sur un site pour leur traitement. Cela nécessite la mise en commun des ressources des structures sanitaires (humaines, matérielles, financières, ...) pour la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

### **II.14. Principe de contractualisation**

Il s'agit d'un principe selon lequel le Ministère en charge de la Santé concède à une structure privée ayant obtenu au préalable un agrément dudit ministère, suite à la satisfaction d'une procédure administrative, la gestion d'une partie ou de toute la filière de gestion des déchets sanitaires d'un établissements public. Ce principe s'inscrit dans le cadre d'un partenariat public-privé.

## **BUT ET OBJECTIFS**

## I- BUT

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations par la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la mauvaise gestion des déchets sanitaires.

## II- OBJECTIF GENERAL

Améliorer la qualité des soins en assurant la promotion de la gestion durable des déchets sanitaires dans les établissements de santé de Côte d'Ivoire.

## III- OBJECTIFS SPECIFIQUES

**Objectif 1 :** Créer un environnement sain, adéquat et sans risque pour la santé au sein des établissements sanitaires.

**Objectif 2 :** Promouvoir les bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires

**Objectif 3 :** Amener les établissements sanitaires à se conformer aux directives nationales de gestion des déchets sanitaires.

# **ORIENTATIONS STRATEGIQUES**



## I- AXES PRIORITAIRES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Cinq (05) axes prioritaires sont développés. Il s'agit de :

- renforcer la gouvernance institutionnelle et juridique ;
- promouvoir la gestion durable des déchets sanitaires ;
- renforcer les capacités du système de gestion des déchets sanitaires y compris dans les situations d'urgence ;
- développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé ;
- faire le suivi et l'évaluation du Plan National de Gestion de Déchets Sanitaires (PNGDS).

## II- PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUES

### Axe stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance institutionnelle et juridique

Des institutions crédibles constituent l'un des piliers de la bonne gouvernance. Elles favorisent la participation de tous à une gestion durable des déchets sanitaires. Il importe d'envisager les principales actions suivantes :

- **Le renforcement du cadre institutionnel et législatif.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- faire le plaidoyer pour l'adoption du projet de loi portant Code de l'hygiène et de la salubrité par l'Assemblée Nationale ;
- mettre en place le comité de suivi de la mise en œuvre du PNGDS;
- réviser le document de politique et les directives nationales de Gestion des Déchets sanitaires.

- **Le renforcement du cadre réglementaire et normatif.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- élaborer des textes d'application du Code de l'hygiène et de la salubrité en matière de gestion des déchets sanitaires ;
- élaborer un document de procédures de gestion des déchets sanitaires pour chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- réviser, valider et diffuser les outils de supervision et de collecte de données sur la gestion des déchets sanitaires liés aux activités de COVID-19 et aux nouvelles menaces épidémiques ;
- faire un plaidoyer pour la création d'un programme national en charge de la gestion des déchets sanitaires ;
- renforcer les capacités techniques, logistiques et en ressources humaines des structures en charge de la gestion des déchets sanitaires.

- **L'organisation du pilotage du secteur de la gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- pérenniser les rencontres du Groupe Technique de Travail sur la gestion des déchets sanitaires ;
- créer d'une structure opérationnelle chargée de la gestion des déchets sanitaires ;
- redynamiser les comités régionaux et départementaux d'Hygiène Hospitalière et Gestion des Déchets Sanitaires ;
- créer et/ou rendre fonctionnels les comités de Prévention Contrôle des Infections (PCI) dans les établissements de référence publics et privés ;
- mettre en place des points focaux PCI dans les ESPC publics et privés.

## **Axe stratégique 2 : Promotion de la gestion durable des déchets sanitaires**

La promotion de la gestion durable des déchets sanitaires nécessite la mise en place d'un système d'information et de communication performant. Elle requiert une démarche et une stratégie souple et simple, compte tenu de la pluralité d'acteurs qui s'y intéressent et de la complexité des problèmes identifiés.

Pour une grande implication des collectivités territoriales, des administrations centrales concernées, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), des initiatives de plaidoyer sont plus que nécessaires.

Ainsi, une gestion durable des déchets sanitaires va s'articuler autour d'une organisation de plaidoyer, de mobilisation sociale et surtout de la sensibilisation des acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires. Cela passe également par la création de pôles d'excellence en matière de gestion des déchets sanitaires.

- **L'organisation de plaidoyer et la mobilisation sociale.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- faire un plaidoyer à l'endroit des Collectivités Territoriales en matière de gestion des déchets sanitaires ;
- créer une saine émulation entre les établissements sanitaires en matière de bonnes pratiques d'hygiène.

- **Le renforcement de la communication pour le changement social et comportemental.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- développer des supports de communication en matière de gestion des déchets à l'endroit de tous les acteurs ;
- sensibiliser les populations, les prestataires privés et le personnel de santé en matière de gestion des déchets sanitaires.

- **La création de pôles d'excellence en matière de gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- créer des plateformes de gestion des déchets dans chacune des 33 régions sanitaires ;
- rendre fonctionnel ces plateformes ;
- assurer le suivi du fonctionnement des plateformes.

### **Axe stratégique 3 : Renforcement des capacités du système de gestion des déchets sanitaires y compris dans les situations d'urgence**

L'analyse situationnelle de la gestion des déchets sanitaires de 2016 a montré que le renforcement des capacités du système de gestion des déchets sanitaires est l'un des axes les plus importants. Il s'agit de mettre l'accent sur la formation des professionnels de santé, de doter les établissements sanitaires de matériels et d'équipements pour la collecte, le transport sécurisé et le traitement des déchets, respectant les normes sanitaires et environnementales. Pour ce faire quatre actions prioritaires seront nécessaires à savoir :

- **L'organisation de la formation des acteurs clés.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- harmoniser les programmes, les curricula et les modules de formation dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires dans les écoles, instituts et universités de formation des agents de santé ;
- former/orienter les acteurs clés en matière de gestion des déchets sanitaires.

- **L'équipement des établissements sanitaires en infrastructures, matériels de gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- doter les établissements sanitaires en matériels de gestion des déchets sanitaires (poubelles, sacs poubelles, boîtes de sécurité, chariots, EPI, balance) ;
- doter les établissements sanitaires en infrastructures de traitement des déchets sanitaires (incinérateurs, banaliseurs et station d'épuration) ;
- assurer le fonctionnement et la remise en état des infrastructures de traitement des déchets sanitaires (incinérateurs, banaliseurs, stations d'épuration) ;
- Développer une politique de maintenance préventive et curative des infrastructures de traitement des déchets sanitaires solides et liquides.

- **La mise en place d'une organisation pour la gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- organiser les établissements sanitaires en groupe d'intérêt pour la mise en œuvre de la polarisation ;
- promouvoir la polarisation et la mutualisation de la gestion des déchets sanitaires ;
- **Le renforcement du système de gestion des déchets sanitaires dans les situations d'urgence.**
  - Il s'agira d'intégrer la gestion des déchets sanitaires dans le plan de contingence en cas d'urgence
  - Assurer la gestion des déchets sanitaires liquides produits dans les situations d'épidémie conformément aux directives nationales.

#### **Axe stratégique 4 : Développement d'un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé**

Les appuis traditionnels de ce secteur que sont l'Etat à travers le trésor public et les PTF n'arrivent plus à couvrir les besoins du secteur des déchets sanitaires. D'où la nécessité d'une réflexion pour un système de financement complémentaire et/ou autonome mais surtout pérenne. Le renforcement du financement avec le développement du partenariat public-privé reste un axe stratégique plus que nécessaire pour résoudre durablement la problématique de la gestion des déchets sanitaires.

L'implication du secteur privé pourra consister entre autres, en la fourniture de matériels et équipement de collecte des déchets, au transport des déchets sanitaires des lieux de production aux sites d'élimination, et en la construction et l'exploitation d'une unité d'élimination des déchets sanitaires.

Cette mobilisation financière passera par :

- **Le renforcement de la contribution des établissements sanitaires au financement de la gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- faire un plaidoyer pour le renforcement de la ligne budgétaire des établissements de santé pour la gestion des déchets sanitaires ;
- susciter la participation des établissements sanitaires au financement de la gestion de leurs déchets.

- **L'amélioration du partenariat public-privé pour un renforcement de la gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- développer la contractualisation de la gestion des déchets sanitaires ;
- mettre en œuvre la contractualisation de la gestion des déchets sanitaires dans les établissements et les districts sanitaires.

## **Axe stratégique 5 : Suivi évaluation du Plan National de Gestion de Déchets Sanitaires**

Le secteur de la gestion de déchets sanitaire est transversal. Il fait intervenir plusieurs secteurs d'activités à des niveaux d'intervention divers, allant du niveau central décisionnel aux niveaux intermédiaire et périphérique. La mise en œuvre de la politique se fera à travers un plan stratégique, notamment le PNGDS. Aussi, la réussite de la mise en œuvre du PNGDS commande-t-elle une implication de tous, la prise de décision concertée, de façon inclusive et une harmonisation des interventions. Il importe d'envisager les principales actions suivantes :

- **Le suivi des activités de gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- mettre en place un mécanisme de suivi de la mise en œuvre du PNGDS ;
- intégrer les indicateurs en matière de gestion des déchets sanitaires dans le système d'informations sanitaires.

- **L'évaluation de la mise en œuvre des activités de gestion des déchets sanitaires.**

L'action à mener est de mettre en place un mécanisme d'évaluation du PNGDS.

- **Le développement de la recherche en matière de gestion des déchets sanitaires.**

Les actions à mener sont les suivantes :

- conduire une étude d'avant-projet détaillé sur la polarisation et la contractualisation de la gestion des déchets sanitaires ;
- conduire des études pour la caractérisation des déchets sanitaires.

La méthode préconisée pour le traitement des déchets médicaux infectieux et non infectieux est l'incinération à haute température (incinérateurs à combustion pyrolytique, de préférence ceux disposant d'un système de traitement des fumées) ou la banalisation.

# **CADRE DE MISE EN OEUVRE**

## **I- ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS**

### **I.1. Rôle du Niveau central du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle**

Le MSHPCMU est responsable de la définition de la politique nationale en matière d'hygiène hospitalière et de gestion des déchets sanitaires. A ce titre, il est également responsable de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires à travers la réalisation des objectifs du PNGDS. Cette responsabilité est actuellement déléguée à la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement (DHPSE) qui assure la coordination de la mise en œuvre du plan en collaboration avec les structures techniques centrales concernées, notamment la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP) et la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM).

L'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) a en charge la gestion des PPI.

La DHPSE est également chargée du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du PNGDS, de l'élaboration des projets des textes législatifs et réglementaires, du contrôle de la conformité des procédés de tri, de collecte, d'entreposage, de transport et d'élimination des déchets sanitaires. La DHPSE assure la production des documents de formation, met en place le programme de formation avec les pools de formateurs nationaux, de District et d'établissements sanitaires et est responsable de la coordination de la communication pour le changement social et comportemental.

Le MSHPCMU est responsable de la mobilisation des financements intérieurs et extérieurs annuels requis pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires. Il devra informer le Gouvernement de l'existence d'un document de Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires. Il devra en outre faire le plaidoyer à l'endroit des différents décideurs des niveaux central et local pour une prise en compte de la gestion durable des déchets sanitaires dans les planifications budgétaires stratégiques. Il conduit le plaidoyer auprès des PTF.

### **I.2. Rôle des Entités déconcentrées du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle**

Les Directions Régionales sont chargées de répercuter la vision stratégique en matière de gestion durable des déchets sanitaires et d'assurer la coordination de l'exécution au niveau local du PNGDS.

Les Districts Sanitaires sont chargés de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des activités. Ils sont supervisés par les Régions sanitaires qui les accompagnent dans les activités de plaidoyer, de mobilisation sociale et de communication pour le changement social et comportemental. Les Districts Sanitaires ont la responsabilité administrative de la gestion des déchets sanitaires dans leurs aires de santé. Ils mettent en place les Comités PCI départementaux ainsi que les Comités PCI au niveau de chaque établissement sanitaire. Ils coordonnent l'élaboration des plans départementaux et ceux des établissements sanitaires en matière de gestion des déchets sanitaires. Les Districts sanitaires veillent à l'application effective de la

stratégie de polarisation des déchets vers un site commun d'élimination afin de mutualiser les coûts de gestion. Ils s'assurent du respect par tous, des bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires.

### **I.3. Rôle de l'Administration des établissements sanitaires**

L'administration de l'établissement sanitaire est responsable de la gestion des déchets sanitaires dans sa structure. Elle doit créer un Comité PCI au sein de l'établissement et mettre en place une entité de gestion des déchets sanitaires dans chacune des unités de soins. L'administration de l'établissement sanitaire fournit les EPI complets, les matériels, les équipements de tri, de collecte des déchets, et est responsable du transport et de l'élimination des déchets. Elle doit veiller à l'application du règlement et des procédures en matière de gestion des déchets sanitaires, notamment le tri à la production, l'épuration des eaux usées avant leur rejet dans la nature. Elle désigne les équipes en charge de la gestion au quotidien des déchets, et assure le renforcement de leurs capacités.

### **I.4. Rôle du Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MINEDD)**

Le MINEDD à travers l'Agence Nationale de l'Environnement (ANDE) et le Centre Ivoirien Antipollution (CIAPOL), doit veiller au respect strict des normes et procédures environnementales telles que les normes de pollution (émission, rejet, bruit des ouvrages, etc.) les procédures d'élaboration et d'approbation des Etudes d'Impact Environnemental et Social (EIES) dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires à travers le PNGDS, notamment le transport ex-situ des déchets sanitaires, la construction des incinérateurs, banaliseurs ou stations d'épuration des déchets sanitaires liquides.

Il s'agira en outre d'élaborer le Plan de Gestion Environnementale et Sociale (PGES) relatif aux différents aspects environnementaux et sociaux significatifs.

### **I.5. Rôle de l'Agence Nationale de la Gestion des Déchets (ANAGED) et des Collectivités territoriales**

L'enlèvement régulier des déchets sanitaires assimilables aux déchets ménagers est assuré par l'ANAGED. Dans les localités non desservies par l'ANAGED, les Mairies sont chargées d'assurer cet enlèvement.

Les Collectivités territoriales, notamment les Mairies, pourront apporter leurs appuis techniques, financiers et logistiques pour la collecte et le transport des déchets sanitaires de leur circonscription, des zones de production aux sites d'élimination dans le cadre de la stratégie de polarisation.



### **I.6. Rôle de la communauté**

Les populations doivent participer efficacement à la gestion durable des déchets sanitaires à travers le changement de comportement, et l'adoption de pratiques conformes aux directives nationales en vigueur.

### **I.7. Rôle des Partenaires Techniques et Financiers**

Le rôle des PTF s'inscrit dans le domaine du plaidoyer, de la mobilisation des ressources, du financement et de l'appui technique.

## **II- MECANISMES DE SUIVI-EVALUATION**

Pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaires, un Plan stratégique (PNGDS) doit être élaboré et permettre d'en assurer le suivi évaluation.

### **II.1. Mécanismes de suivi**

Les données de routine doivent être collectées à la fois dans le cadre du système National d'Information Sanitaire (SNIS) et les systèmes d'informations des autres ministères techniques afin d'assurer le suivi. Des indicateurs doivent être développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes.

### **II.2. Mécanismes d'évaluation**

L'évaluation du PNGDS doit se faire à travers les évaluations à mi-parcours et finale. Les caractéristiques de ces évaluations doivent être décrites dans le PNGDS.

# CONCLUSION

La problématique de la gestion des déchets reste entière dans les établissements sanitaires, en témoignent les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 et de l'état des lieux de la gestion des déchets sanitaires réalisé par la DHPSE en 2022. La Côte d'Ivoire a, dans la perspective de son développement économique, pris l'option d'un renforcement de son système de santé et d'une gestion écologiquement rationnelle des déchets produits par l'augmentation du volume des actes de soins, surtout avec la survenue de la pandémie de la COVID-19.

Le présent document de Politique Nationale de Gestion des Déchets Sanitaire est l'aboutissement d'une grande réflexion initiée par le MSHPCMU avec tous les partenaires des secteurs de la gestion des déchets sanitaires. Il constitue pour la Côte d'Ivoire une initiative institutionnelle renouvelée qui ouvrira la voie à l'introduction d'une véritable politique de gestion des déchets sanitaires au niveau national. Cette politique devra se décliner en plan stratégique national (Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires) afin de faciliter sa mise en œuvre. La rédaction du PNGDS devra se faire avec la participation de tous les acteurs, notamment les ministères techniques et les partenaires impliqués dans la gestion durable des déchets sanitaires.

Les professionnels des secteurs impliqués doivent comprendre l'enjeu et la nécessité d'une action collective concertée, s'appuyant sur des mesures intégrées dans un plan à long terme. Le principal facteur limitant dans notre pays est d'abord d'ordre économique, imposant ainsi la réalisation d'évaluations du rapport bénéfice/coût et une priorisation des différentes actions à mettre en œuvre.

## **DOCUMENTS CONSULTES**

1. OMS. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève: Aide-mémoire 253, 2000
2. 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
3. OMS (<https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-globale/covid-19-par-pays-nombre-de-cas/>)
4. Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS) 2021-2025
5. Rapport volontaire d'examen national de la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire
6. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-283.htm>
7. Rapport de l'enquête d'actualisation du plan national de gestion des déchets sanitaires, juillet 2016
8. Guide National de Surveillance des Infections Nosocomiales
9. Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire, 2006
10. PND 2021-2025
11. République de Côte d'Ivoire, 2012- Plan National de Développement 2021 – 2025
12. Constitution de la République de Côte d'Ivoire, novembre 2016
13. Financement de la Santé (Côte d'Ivoire) : dossier d'investissement 2019-2022
14. République de Côte d'Ivoire, 2014, Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013
15. EDS-MICS 2012
16. OMS, 2013 (<http://www.who.int/countries/civ/fr/>)
17. Coût moyen 2013 : 1 US \$ = 497,393612F CFA  
<http://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries.action?recherche=idbank&idbank=000642291>, consulté le 28 juillet 2016 à 12H41)
18. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida : Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013
19. Rapport de la Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique, août 2008
20. Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2018
21. Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2020
22. Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)

23. Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)
24. Etude pour le Développement des Industries pharmaceutiques locales en Côte d'Ivoire- ONUDI-PACIR- Projet EE/IVC/010/001- 2014
25. OMS : Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire N°253 Novembre 2015
26. OMS : Gestion des déchets d'activités de soins. Aide-mémoire N°281 Octobre 2011
27. OMS : Gestion des déchets d'activités de soins. Aide-mémoire n°254; Genève 2004
28. Rapport de l'Etat des lieux de la gestion des déchets sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire. Juin 2022

## ANNEXES

**Annexe 1 : Répertoire des Incinérateurs Modernes à combustion pyrolytique dans les  
Etablissements publics au 14 juillet 2022**

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	COMBUSTIBLE	ETAT DE FONCTIONNALITE
1	Abengourou	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
2	Abobo-Est	1 pyrolytique a 2 chambres avec laveur de fumée / Antenne INHP	250 kg/h	Gaz	Fonctionnel
3		1 pyrolytique a 2 chambres, /CAT Abobo	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
4		1 pyrolytique a 2 chambres CHR Abobo	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
5	Aboisso	1 pyrolytique a 2 chambres /CHR	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
6	Adjamé- Plateau- Attécoubé	1 pyrolytique a 2 chambres / HG Adjamé	30 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
7	Adzopé	1 pyrolytique a 2 chambres /HG	20 kg/h	Gaz	Fonctionnel
8	Anyama	1 pyrolytique à 2 chambres HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
9	Bocanda	1 Pyrolytique a 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
10	Bondoukou	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
11		1 Pyrolytique a 2 chambres au CHR	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
12	Bouaké Nord- Ouest	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20- 30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
13	Bouna	1 Pyrolytique a 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
14	Cocody- Bingerville	1 pyrolytique a 2 chambres / CHU Cocody	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
15		1 pyrolytique a 2 chambres / CHU Cocody	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
16		1 pyrolytique a 2 chambres / CHU d'ANGRE	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel



17		1 pyrolytique a 2 chambres /HG Bingerville	20- 30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
18		1 pyrolytique a 2 chambres /CSU Com Blockhauss	5 kg/h	Purement électrique	Fonctionnel
19	Dabakala	1 Pyrolytique a 2 chambres à l’HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
20	Daloa	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
21	Daoukro	1 pyrolytique a 2 chambres /HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
22	Didiévi	1 Pyrolytique a 2 chambres à l’HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
23	Divo	1 pyrolytique a 2 chambres /CHR	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
24	Gagnoa	1 pyrolytique a 2 chambres, /HG	20 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
25		1 pyrolytique a 2 chambres, /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
26	Grand-Lahou	1 pyrolytique a 2 chambres / HG	5 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
27	Korhogo	1 pyrolytique a 2 chambres, /CAT	20- 3 0kg/h	Gasoil	Fonctionnel
28		1 pyrolytique a 2 chambres, /CHR	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
29	M’Bahiakro	1 Pyrolytique a 2 chambres à l’HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
30	Man	1 pyrolytique a 2 chambres / CHR	15 kg/h	Gaz	Fonctionnel
31		1 pyrolytique a 2 chambres /CAT Man	15 – 30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
32	Nassian	1 Pyrolytique a 2 chambres à l’HG	30kg/h	Gaz	Fonctionnel
33	Niakaramadougou	1 Pyrolytique a 2 chambres à l’HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
34	Odienné	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
35	Port-Bouët-Vridi	1 pyrolytique / HG Port-Bouët	15 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
36	Prikro	1 Pyrolytique a 2 chambres à l’HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
37	San-Pedro	1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
38		1 pyrolytique a 2 chambres /CHR	30 Kg/h	Gaz	Fonctionnel

39	Sassandra	1 pyrolytique a 2 chambres /HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
40	Séguéla	1 pyrolytique a 2 chambres /CHR	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
41		1 pyrolytique a 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
42	Tengréla	1 pyrolytique a 2 chambres /HG	5 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
43	Tiébissou	1 Pyrolytique a 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
44	Toumodi	1 pyrolytique a 2 chambres HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
45	Treichville-Marcory	1 pyrolytique a 2 chambres / ICA	120 kg/jour	Gasoil	Fonctionnel
46		1 Pyrolytique à 2 chambres / RETROCI	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
47		1 Pyrolytique à 2 chambres / CNTS	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
48		1 pyrolytique a 2 chambres /CAT Treichville	20- 30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
49		1 pyrolytique a 2 chambres /CHU Treichville	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
50	Yamoussoukro	1 pyrolytique a 2 chambres / District Sanitaire	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
51		1 Pyrolytique a 2 chambres / HG MOSCATI	15 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
52		1 pyrolytique a 2 chambres / CHR	15 kg/h	Gasoil	Non Fonctionnel
53	Yopougon Ouest	1 pyrolytique a 2 chambres / IPCI Adiopodoumé	100 kg/h	Gaz	Fonctionnel
54		1 pyrolytique a 2 chambres avec laveur de fumée / CHU Yopougon	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
55		1 pyrolytique a 2 chambres /MACA	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel

**Annexe 2 : Répertoire des Banaliseurs dans les établissements publics au 14 juillet 2022**

N°	DISTRICT SANITAIRE	TYPE DE BANALISEUR	LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	ETAT DE FONCTIONNALITE
1	Yamoussoukro	Banaliseur à microondes STERILWAVE 250	CHR	30-50 kg/h	Non fonctionnel
2	Man	Banaliseur à microondes STERILWAVE 250	CHR	30-50 kg/h	Non fonctionnel
3	Daloa	Banaliseur à microondes STERILWAVE 250	CHR	30-50 kg/h	Fonctionnel
4	Abengourou	Banaliseur à microondes STERILWAVE 250	CHR	30-50 kg/h	Non fonctionnel
5	Korhogo	Banaliseur à microondes STERILWAVE 250	CHR	30-50 kg/h	Non fonctionnel
6	Guiglo	Banaliseur à microondes STERILWAVE 250	CHR	30-50 kg/h	Non fonctionnel
7	Cocody-Bingerville	Banaliseur à microondes STERILWAVE 440	CHU Cocody	50-75 kg/h	Non fonctionnel
8		Banaliseur à microondes STERILWAVE 440	CHU Angré	50-75 kg/h	Fonctionnel
9	Yopougon Ouest	Banaliseur à microondes STERILWAVE 440	CHU Yopougon	50-75 kg/h	Non fonctionnel
10	Treichville-Marcory	Banaliseur à microondes STERILWAVE 440	CHU Treichville	50-75 kg/h	Fonctionnel
11		Banaliseur à la vapeur STERIPLUS 40	CHU Treichville	4-10 kg/h	Fonctionnel

12	Bouaké Nord-Ouest	Banaliseur à microondes STERILWAVE 440	CHU Bouake	50-75 kg/h	Fonctionnel
13		Banaliseur à la vapeur STERIPLUS 40	CHU Bouake	4-10 kg/h	Fonctionnel
14	Bondoukou	Banaliseur à la vapeur STERIPLUS 40	CHR Bondoukou	4-10 kg/h	Fonctionnel
15	Anyama	Banaliseur à la vapeur STERIPLUS 40	HG Anyama	4-10 kg/h	Fonctionnel

**Annexe 3 : Répertoire des Incinérateurs Modernes à combustion pyrolytique et des banaliseurs dans les Etablissements privés, au 14 juillet 2022**

N°	STRUCTURES	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTION	COMBUSTIBLE	ETAT DE FONCTIONNALITE
<b>Incinérateur</b>					
1	PISAM	1 pyrolytique a 2 chambres /PISAM	20-30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
2	RMG	1 pyrolytique a 2 chambres avec laveur de fumée	250 kg/h	Gaz	Fonctionnel
3		1 pyrolytique a 2 chambres avec laveur de fumée	350 kg/h	Gaz	Fonctionnel
4	EMVIPIR	1 pyrolytique a 2 chambres avec laveur de fumée	100 kg/h	Gaz	Fonctionnel
5	SDTM (PISA IMPEX)	2 pyrolytiques Attiékoï, PK25 sur la route d'Alépé	100 kg/h X 2	Gaz	Fonctionnel
6	EADI	1 pyrolytique à 2 chambres / PK24 sur l'autoroute du Nord	100 kg/h	Gaz	Fonctionnel
<b>Banaliseurs</b>					
1	PISAM	Banaliseur à la vapeur	50 kg/h	N/A	Non fonctionnel