



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

-----  
MINISTRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET  
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



---

PROJET SANTÉ, NUTRITION ET DÉVELOPPEMENT DE  
LA PETITE ENFANCE POUR LA COUVERTURE  
SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU) (P179550)

# PLAN DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES (PGDS)

VERSION FINALE

19 juin 2023



# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>5</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES.....</b>	<b>6</b>
<b>DEFINITION DES CONCEPTS.....</b>	<b>8</b>
<b>RESUME EXECUTIF.....</b>	<b>11</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY.....</b>	<b>17</b>
<b>1. CONTEXTE GENERAL DU PROJET.....</b>	<b>23</b>
<b>2. CONTEXTE D'ELABORATION DU PGDS ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>24</b>
<b>3. DESCRIPTION ET ETENDUE DU PROJET.....</b>	<b>24</b>
3.1. Objectif de Développement du Projet .....	24
3.2. Composantes du Projet.....	24
3.3. Zones d'intervention du Projet.....	25
3.4. Bénéficiaires du Projet .....	26
<b>4. SITUATION ACTUELLE DE LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES EN COTE D'IVOIRE.....</b>	<b>27</b>
4.1. Production et caractérisation des déchets sanitaires.....	27
4.2. Fonctionnalité du cadre institutionnel et respect du cadre réglementaire .....	28
4.3. Organisation de la gestion des déchets sanitaires .....	29
4.4. Ressources humaines impliquées dans la gestion des déchets .....	29
4.5. Matériels et équipements de gestion des déchets .....	30
4.6. Situation des déchets COVID-19 .....	36
4.7. Problèmes majeurs liés à la gestion des déchets sanitaires .....	36
4.7.1. Insuffisance du cadre institutionnel et réglementaire.....	36
4.7.2. Déficience de l'organisation de la gestion des déchets sanitaires.....	37
4.7.3. Inadéquation du matériel et des équipements de collecte sélective, de transport et de protection individuelle .....	37
4.7.4. Insuffisance du système de financement du secteur .....	38
<b>5. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN .....</b>	<b>38</b>
5.1. Organisation du système de santé .....	38
5.2. Secteur public de soins.....	38
5.3. Secteur privé de soins.....	39
5.4. Risques et impacts environnementaux, sociaux et sanitaires liés à la gestion des déchets sanitaires .....	39

5.4.1. Risques et impacts environnementaux .....	39
5.4.2. Impacts sociaux et sanitaires .....	40
5.5. Mesures environnementales, sociales et sanitaires liés à la gestion des déchets sanitaires .....	40
<b>6. PLAN DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES DANS LES ZONES DU PROJET .....</b>	<b>41</b>
6.1. Cadre stratégique du PGDS du projet .....	41
6.1.1. Cadre de partenariat du PGDS du Projet.....	41
6.1.2. Cadre institutionnel de mise en œuvre du PGDS du Projet .....	41
6.1.3. Planification de la gestion des déchets sanitaires et ressources nécessaires .....	42
6.1.4. Mécanisme de Coordination .....	43
6.2. Articulation du PGDS du Projet à la stratégie gouvernementale .....	43
6.2.1. Ancrage stratégique.....	43
6.2.2. Acteurs et responsabilités.....	44
<b>7. OBJECTIFS DU PGDS DU PROJET.....</b>	<b>45</b>
7.1. Objectif général .....	45
7.2. Impact du PGDS du Projet .....	45
7.3. Objectifs stratégiques .....	46
7.3.1. Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires .....	46
7.3.2. Objectif stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires .....	47
7.3.3. Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS du PSNDPE .....	47
<b>8. MATRICE DU PLAN D’ACTIONS ET BUDGET .....</b>	<b>47</b>
8.1. Détail du budget du Plan d’actions de Gestion des Déchets Sanitaires du PSNDPE .....	47
8.2. Récapitulatif du budget .....	53
<b>9. PLAN DE SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PGDS DU PROJET .....</b>	<b>53</b>
9.1. Démarche .....	53
9.2. But et activités clés du plan de suivi-évaluation du PGDS du projet.....	54
9.2.1. But du plan de suivi-évaluation.....	54
9.2.2. Activités clés du plan de suivi-évaluation du Projet à suivre.....	54
9.3. Objectifs du Plan de suivi-évaluation .....	55
9.3.1. Objectif général.....	55
9.3.2. Objectifs spécifiques .....	55
9.4. Cadre de suivi-évaluation.....	55
9.5. Indicateurs .....	58
9.5.1. Définition .....	58
9.5.2. Sélection des indicateurs .....	58
9.5.3. Niveau des indicateurs .....	58

<b>10. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES LIEES A LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES DU PROJET.....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>62</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABEAU 1. RÉPERTOIRE DES INCINÉRATEURS MODERNES À COMBUSTION PYROLYTIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS.....</b>	<b>32</b>
<b>TABEAU 2. RÉPERTOIRE DES BANALISEURS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS .....</b>	<b>35</b>
<b>TABEAU 3. RÉPERTOIRE DES INCINÉRATEURS MODERNES À COMBUSTION PYROLYTIQUE ET DES BANALISEURS DANS LE SECTEUR PRIVÉ.....</b>	<b>36</b>
<b>TABEAU 4. DÉTAIL DU BUDGET DU PGDS DU PSNDPE .....</b>	<b>48</b>
<b>TABEAU 5. RÉCAPITULATIF DU BUDGET PRÉVISIONNEL DU PGDS DU PSNDPE .....</b>	<b>53</b>
<b>TABEAU 6. CADRE LOGIQUE .....</b>	<b>56</b>
<b>TABEAU 7. MATRICE DES INDICATEURS.....</b>	<b>59</b>

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1. Zone de couverture du projet (les 33 régions avec leurs départements).....</b>	<b>26</b>
<b>Figure 2. Répartition des infrastructures d'élimination des déchets sanitaires au niveau national</b>	<b>31</b>

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>APM</b>	:	Approche Programmatique Multi-phase
<b>BM</b>	:	Banque mondiale
<b>CAT</b>	:	Centre Anti Tuberculeux
<b>CEM</b>	:	Cohort Event Monitoring
<b>CHR</b>	:	Centre Hospitalier Régional
<b>CHS</b>	:	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIAPOL</b>	:	Centre Ivoirien Antipollution
<b>CMU</b>	:	Couverture Maladie Universelle
<b>CNAM</b>	:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
<b>CNTS</b>	:	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>DHPSE</b>	:	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement
<b>DIEMP</b>	:	Direction des Infrastructures, de l'Equipement, de la Maintenance et du Patrimoine
<b>DPE</b>	:	Développement de la Petite en Enfance
<b>DRSHP</b>	:	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>ENV</b>	:	Enquête sur le Niveau de Vie
<b>EPI</b>	:	Equipement de Protection Individuelle
<b>EPN</b>	:	Etablissement Public National
<b>ESPC</b>	:	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
<b>FBP</b>	:	Financement basé sur la Performance
<b>HG</b>	:	Hôpital Général
<b>IAA</b>	:	Infection Associée aux Actes de soins
<b>IAS</b>	:	Infection Associée aux Soins
<b>IAE</b>	:	Infection Associée à l'Environnement
<b>ICA</b>	:	Institut de Cardiologie d'Abidjan
<b>INFAS</b>	:	Institut National de Formation des Agents de Santé
<b>INHP</b>	:	Institut National d'Hygiène Publique
<b>INS</b>	:	Institut National de la Statistique
<b>IPCI</b>	:	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

<b>MSHPCMU</b>	:	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
<b>NT</b>	:	Presque Menacé
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisation Non Gouvernementale
<b>OPCT</b>	:	Objets Piquants, Coupants, Tranchants
<b>PND</b>	:	Plan National de Développement
<b>PNDS</b>	:	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNGDM</b>	:	Plan National de Gestion des Déchets Médicaux
<b>PNGDS</b>	:	Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires
<b>PRSSE</b>	:	Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux urgences Épidémiques
<b>PTF</b>	:	Partenaire Technique et Financier
<b>RGPH</b>	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RIPAQS</b>	:	Réseau International pour la Planification et l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins en Afrique
<b>CoV-2-SRAS</b>	:	Coronavirus 2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
<b>UCP</b>	:	Unité de Coordination de Projet
<b>UICN</b>	:	Union Internationale pour la Conservation de la Nature
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VU</b>	:	Vulnérable

## DEFINITION DES CONCEPTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Désinfection** : l'opération permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés en fonction des objectifs fixés. Elle utilise un produit désinfectant contenant au moins un principe actif doué de propriétés antimicrobiennes et présentant des caractéristiques bactéricides, fongicides, virucides et sporicides. Son utilisation doit suivre les prescriptions du fabricant.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Sécurité des injections** : selon l'OMS, une injection sécurisée, c'est-à-dire sans risque, est une injection administrée dans des conditions et avec des équipements appropriés, qui ne nuit pas au

patient, n'expose pas le soignant à un quelconque risque évitable et dont la gestion des déchets ne présente pas de danger pour la communauté et pour l'environnement.

## RESUME EXECUTIF

### Contexte et justification

Dans le contexte de la Côte d'Ivoire, avec un profil épidémiologique marqué par une mortalité élevée des femmes et des enfants, l'intervention de la Banque mondiale à travers le Projet SPARK-Santé et le Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance (PMNDPE), s'est voulu comme un appui à la réponse pour contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025. En vue de renforcer les acquis de ces deux financements (SPARK Santé et PMNDPE), le Gouvernement de Côte d'Ivoire, en collaboration avec la Banque mondiale, a entrepris la préparation et le financement du Projet Santé, Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PSNDPE). Le Projet a une envergure nationale et couvrira l'ensemble des 33 régions sanitaires de la Côte d'Ivoire. L'objectif de développement du projet est d'accroître l'utilisation des services de qualité en matière de santé, de nutrition et de développement de la petite enfance, en particulier pour les femmes, les enfants et les populations économiquement faibles dans les régions cibles. Pour atteindre cet objectif, le Projet sera mis en œuvre à travers cinq (05) composantes complémentaires et une CERC :

- Composante 1 : Renforcer et étendre le système de protection sociale de santé en Côte d'Ivoire ;
- Composante 2 : Améliorer la qualité des services de santé, de nutrition et de Développement de la Petite Enfance ;
- Composante 3 : Renforcer la fourniture des services de nutrition, de développement de la petite enfance et de santé maternelle et infantile ;
- Composante 4 : Renforcement institutionnel, S&E et Gestion du Projet ;
- Composante 5 : Composante d'intervention d'urgence conditionnelle (CERC).

La mise en œuvre du PSNDPE, notamment la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé, le renforcement des capacités des ressources humaines de santé, la sensibilisation et la mobilisation des communautés pour une utilisation plus accrue des services de santé, le renforcement du volet clinique de la prestation de services de reproduction et de nutrition visant à améliorer la qualité et le volume des services de soins vont certainement contribuer à augmenter la quantité des déchets sanitaires produits par les établissements sanitaires.

La gestion de ces déchets devient donc un enjeu majeur pour le PSNDPE parce que constituant un déterminant majeur de la qualité des soins et de la sécurité du personnel soignant, des patients et de leurs accompagnants ainsi que de la protection de l'environnement.

Par ailleurs, la problématique des déchets sanitaires se pose avec acuité dans le système de santé ivoirien. Ainsi, le Gouvernement s'est doté d'un document de Politique Nationale, des Normes et Directives, des textes juridiques et d'un Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS) pour résorber les insuffisances de la gestion des déchets du secteur de la santé. Le PGDS du PSNDPE constitue donc un outil qui vient contribuer au renforcement des actions existantes du Gouvernement, pour l'établissement à terme, d'une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

Le présent Plan de Gestion des Déchets Sanitaires (PGDS) qui est une déclinaison du PNGDS, est préparé conformément à la NES 1 « Evaluation et gestion des risques environnementaux et sociaux » ; NES 3 « Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution » et NES 4 « Santé et sécurité des populations » de la Banque mondiale.

## **Situation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire**

### ***Production et caractérisation des déchets sanitaires***

Selon l'étude de caractérisation réalisée en 2016 par le PRSSE avec l'appui financier de la Banque mondiale, ce sont au total 25,55 tonnes de déchets solides qui sont produits chaque jour soit environ 9 325,09 tonnes par an. 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux, 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques et 36% sont assimilables aux déchets ménagers.

Malgré les risques auxquels les acteurs sont exposés, le système de gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire souffre de certaines insuffisances malgré les efforts consentis par le pays et ses PTF.

### ***Fonctionnalité du cadre institutionnel et respect du cadre réglementaire***

Depuis 2005, le Ministère en charge de la santé a intégré dans ses attributions à l'hygiène publique incluant l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets sanitaires. Des réformes institutionnelles ont conduit à la création de deux (02) Directions et d'une Police sanitaire qui travaillent sur la question des déchets sanitaires, ensuite dans la création dans chaque District sanitaire, de Cellule Focale chargée de l'hygiène hospitalière et de la gestion des déchets sanitaires. Enfin, dans chaque établissement sanitaire, un Comité d'Hygiène a été créé pour assurer au quotidien, la gestion des questions liées, notamment aux déchets sanitaires.

Malgré les initiatives pour renforcer le cadre institutionnel et réglementaire, toutes les structures créées sont restées peu opérantes, la coordination des activités de gestion des déchets sanitaires est insuffisante.

Au niveau réglementaire, même avec l'existence des différents arrêtés relatifs au tri, à l'usage de contenants spécifiques, à la polarisation et la contractualisation, toutes ses dispositions ne sont pas toujours respectées par les établissements sanitaires et l'intervention du secteur privé n'est pas encore réglementée par des textes.

### ***Organisation de la gestion des déchets sanitaires***

Les Districts et établissements sanitaires ne disposent pas tous de plans d'actions et de procédures internes de gestion des déchets sanitaires. Ils préfèrent évoluer "en solitaire" que de s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de polarisation visant à mutualiser les ressources dans chaque District sanitaire afin d'optimiser les résultats. En outre, l'organisation interne qui couvre toute la filière, allant de la collecte à l'élimination en passant par la formation, la sensibilisation et le transport reste toujours pour la plupart, insuffisante.

Par ailleurs, l'intervention du secteur privé dans la gestion des déchets sanitaires reste encore à l'état embryonnaire malgré les expériences réussies dans le secteur et les possibilités de financement offertes par l'intervention des PTF mais surtout l'existence des subsides des établissements sanitaires sous Financement basé sur la Performance.

### ***Ressources humaines impliquées dans la gestion des déchets***

Tous les agents des établissements sanitaires ne sont pas tous formés à la gestion des déchets sanitaires et le tri des déchets à la production, ne s'effectue pas de façon systématique. Les agents dédiés à la manutention, en sous-effectif et bien souvent non-formés, ne sont pas spécifiquement affectés à cette tâche et ne disposent pas souvent d'Equipements de Protection Individuelle (EPI).

### ***Matériels et équipements de gestion des déchets***

Le matériel de collecte et de transport des déchets sanitaires, des zones de production aux sites de stockage provisoire ou d'élimination, reste insuffisant et souvent inapproprié voire, inexistant. En dehors du secteur privé, aucun District ou établissement sanitaire ne dispose de véhicule spécialisé, dédié au transport des déchets sanitaires.

Les moyens d'élimination des déchets au sein des ESPC ne sont pas écologiques, se limitant majoritairement au brûlage à l'air libre dans des fosses peu sécurisées. Il existe 58 incinérateurs dont 49 fonctionnels et 01 en cours d'installation, et 11 banaliseurs dont 02 fonctionnels répartis inégalement dans 35 des 113 Districts sanitaires.

### ***Problèmes majeurs identifiés dans la gestion des déchets sanitaires***

Malgré les efforts déjà déployés, quelques insuffisances et problèmes se dégagent de la présentation de la situation actuelle, ne rendant pas aisée la mise en place d'une chaîne opérationnelle moderne et structurée pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires sur l'ensemble des sites d'intervention du Projet. Ce sont :

- Insuffisance du cadre institutionnel réglementaire ;
- Déficience de l'organisation de la gestion des déchets sanitaires ;
- Inadéquation du matériel et des équipements de collecte sélective, de transport et de protection individuelle ;
- Insuffisance du système de financement du secteur.

Le système de santé ivoirien comprend les soins publics, les soins privés et l'administration de la santé. Le système de santé comprend 2 311 JSTF, 131 hôpitaux de référence dont 112 hôpitaux généraux (100 publics et 12 privés confessionnels) et 19 centres hospitaliers régionaux, 04 centres hospitaliers universitaires (CHU), 05 instituts nationaux spécialisés, 04 EPN support, 19 polycliniques, 136 cliniques, centres et cabinets médicaux, infirmeries et 463 structures de santé appartenant à des entreprises commerciales et/ou industrielles privées qui s'inscrivent parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

La structuration du système de santé contribue à faciliter le développement d'un système durable de gestion des déchets sanitaires avec la participation de tous les établissements de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour une mise en œuvre réussie de la polarisation dans la gestion des déchets sanitaires, le ministère de la Santé a initié l'installation dans chaque district sanitaire, d'incinérateurs et/ou de banaliseurs autour desquels graviteront les autres établissements de santé de la zone.

## **Plan de Gestion des déchets sanitaires**

### ***Cadre de partenariat du PGDS***

Le secteur de la gestion des déchets sanitaires de façon générale et spécifiquement des déchets issus des activités de soins fait intervenir plusieurs acteurs à divers niveaux, allant du niveau central décisionnel au niveau périphérique opérationnel, en passant par le niveau intermédiaire de relais, sans oublier le niveau communautaire avec la population.

### ***Cadre institutionnel de mise en œuvre du PGDS***

La coordination de la mise en œuvre du PGDS du Projet est assurée par la DHPSE avec l'appui au niveau opérationnel des Districts sanitaires. La DHPSE veillera à ce que toutes les interventions de gestion des déchets sanitaires du Projet se fasse dans le cadre unique du présent PGDS qui constitue la boussole.

Au niveau des structures sanitaires, les Comités d'hygiène seront redynamisés afin de conduire la mise en œuvre des activités.

Le Gouvernement est responsable, à travers le MSHPCMU, de la mobilisation des ressources nécessaires au financement du PGDS. L'UCPS-BM est chargée d'assurer l'appui technique pour la mise en œuvre du PGDS, la supervision et la contribution au financement du PGDS à travers le FBP. La DHPSE apporte son appui aux Districts et établissements sanitaires dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans d'actions de mise en œuvre du PGDS.

### ***Planification de la gestion des déchets sanitaires***

Pour une mise en œuvre coordonnée du PGDS du Projet, une planification opérationnelle cohérente et concertée est faite surtout à partir des Districts et établissements sanitaires afin d'amener tous les acteurs concernés à ajuster leurs activités sur ledit plan. Le but visé est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification.

### ***Mécanisme de Coordination***

Les différents organes qui interviendront sont :

- Organe de Coordination de la mise en œuvre des activités ;
- Comité Technique de suivi de mise en œuvre ;
- Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi ;
- Comités d'hygiène des Etablissements Sanitaires.

### ***Articulation du PGDS du Projet à la stratégie gouvernementale***

Le PGDS du PSNDPE est basée sur le PNGDS 2021-2025 et répond au souci de garantir l'exécution du Projet dans le respect des normes environnementales et sociales, tout en s'assurant que les déchets produits soient gérés de façon écologiquement rationnelle.

La réussite de la mise en œuvre du PGDS du Projet et l'atteinte des objectifs commandent une identification précise des acteurs principaux et une définition claire des rôles et responsabilités de chacun. Ces acteurs sont :

- Niveau central du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle : responsable de la définition et la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'hygiène hospitalière et de gestion des déchets sanitaires ;

- L'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) a en charge la gestion des Produits Pharmaceutiques Inutilisables (PPI) ;
- Les Districts sanitaires cibles sont chargés d'assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des dispositions du PGDS dans les établissements sanitaires ;
- L'Administration des établissements sanitaires est responsable de la gestion des déchets sanitaires dans sa structure ;
- Le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable 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 ;
- L'Agence Nationale de la Gestion des Déchets (ANAGED) et Mairies sont chargées de l'enlèvement régulier des déchets sanitaires assimilables aux déchets ménagers.

### ***Mesures Environnementales et Sociales***

Ce sont :

- la sensibilisation du personnel soignant, et des manutentionnaires au tri à la production et au respect des mesures et procédures d'hygiène, de sécurité et de gestion des déchets ;
- la formation du personnel de santé à la gestion des déchets sanitaires ;
- la dotation des manutentionnaires en EPI complet ;
- la mise à disposition des établissements sanitaires cibles, des poubelles, sacs poubelles et boîtes de sécurité, pour un tri efficace des déchets ;
- l'amélioration du rythme de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés ;
- le renforcement de la filière collecte, transport et élimination des déchets sanitaires ;
- la maintenance et le fonctionnement optimal des incinérateurs à combustion pyrolytique ou des banaliseurs existants ;
- l'opérationnalisation du système de polarisation avec des moyens de transport appropriés ;
- la contractualisation du système de gestion des déchets sanitaires.

### **Objectifs du PGDS du Projet**

#### ***Objectif général***

L'objectif général visé par le PGDS est d'améliorer la gestion des déchets produits dans le cadre des activités du Projet.

#### ***Impact du PGDS du Projet***

L'impact global de la mise en œuvre du PGDS est de contribuer à la performance environnementale et sociale du projet en assurant la sécurité et la santé des malades, du personnel des établissements de soin, et de la communauté ainsi que la protection de l'environnement.

#### ***Objectifs stratégiques***

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

Il comprend deux (02) objectifs spécifiques : (i) Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs, (ii) Objectif spécifique 1.2. : Renforcer l'organisation de la gestion des déchets sanitaires.

- Objectif stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires

Il comprend les objectifs spécifiques suivants : (i) Objectif spécifique 2.1. : Mobiliser les acteurs autour de la question de la gestion des déchets sanitaires et (ii) Objectif spécifique 2.2. : Sensibiliser les acteurs à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

- Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS du PSNDPE

Il comprend : (i) Objectif spécifique 3.1. : Organiser la coordination et le suivi-évaluation et (ii) Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités des partenaires d'exécution.

### ***Budget de mise en œuvre du PGDS***

Le budget total du PGDS du PSNDPE est estimé à **trois milliards deux cent trente-cinq millions six cent mille (3 235 600 000) francs CFA soit six millions quatre cent soixante-onze mille deux cents (6 471 200) dollars EU**. Il est réparti par objectif stratégique comme suit :

<b>RECAPITULATIF</b>	<b>BUDGET (FCFA)</b>	<b>%</b>
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires	2 889 000 000	89,29%
Objectif Stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires	190 000 000	5,87%
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS du PSNDPE	156 600 000	4,84%
<b>TOTAL (FCFA)</b>	<b>3 235 600 000</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL (\$EU)</b>	<b>6 471 200</b>	



## **EXECUTIVE SUMMARY**

### **GENERAL CONTEXT OF THE PROJECT**

In the context of Côte d'Ivoire, with an epidemiological profile marked by high mortality among women and children, the World Bank's intervention through the SPARK-Santé Project and the Multisectoral Nutrition and Early Childhood Development Project (PMNDPE), was intended to support the response to help improve health indicators as part of the implementation of the National Health Development Plan (PNDS) 2021-2025. In order to build on the achievements of these two projects (SPARK Santé and PMNDPE), the Government of Côte d'Ivoire, in collaboration with the World Bank, has undertaken the preparation and financing of the Health, Nutrition and Early Childhood Development Project (PSNDPE). The project is national in scope, covering all 33 health regions of Côte d'Ivoire. The project's development objective is to increase the use of quality health, nutrition and early childhood development services, particularly for women, children and economically disadvantaged populations in the target regions. To achieve this objective, the Project will be implemented through five (05) complementary components and one CERC:

- Component 1: Strengthening and extending the social health protection system in Côte d'Ivoire ;
- Component 2: Improve the quality of health, nutrition and early childhood development services ;
- Component 3: Strengthen the provision of nutrition, early childhood development and maternal and child health services;
- Component 4: Institutional Strengthening, E&S and Project Management ;
- Component 5: Conditional Emergency Response Component (CERC).

The implementation of the PSNDPE, in particular the rehabilitation and equipping of health facilities, capacity-building of health human resources, awareness-raising and mobilization of communities for greater use of health services, and the strengthening of the clinical component of reproductive and nutritional service provision aimed at improving the quality and volume of care services will certainly contribute to increasing the quantity of sanitary waste produced by health facilities.

Waste management is therefore becoming a major challenge for the PSNDPE, as it is a major determinant of the quality of care and safety of nursing staff, patients and their careers, as well as environmental protection.

In addition, the issue of sanitary waste is an acute one in the Ivorian healthcare system. As a result, the government has drawn up a National Policy Document, Standards and Directives, legal texts and a National Sanitary Waste Management Plan (NSWMP) to address the inadequacies of waste management in the healthcare sector. The PSNDPE's SWMP is therefore a tool that will help reinforce existing government actions, with the ultimate aim of establishing environmentally sound management of healthcare waste.

This Sanitary Waste Management Plan (SWMP), which is an offshoot of the NSWMP, has been prepared in accordance with the World Bank's ESS 1 "Environmental and Social Risk Assessment and Management", ESS 3 "Rational Use of Resources and Pollution Prevention and Management" and ESS 4 "Population Health and Safety".

## **Situation of sanitary waste management in Côte d'Ivoire**

### ***Production and characterization of sanitary waste***

According to the characterization study carried out in 2016 by the PRSSE with financial support from the World Bank, a total of 25.55 tons of solid waste is produced every day, or around 9,325.09 tons per year. 62% of this sanitary waste is infectious, 2% is chemical and pharmaceutical waste and 36% is similar to household waste.

Despite the risks to which the players are exposed, the sanitary waste management system in Côte d'Ivoire suffers from certain shortcomings, despite the efforts made by the country and its TFPs.

### ***Functionality of the institutional framework and compliance with the regulatory framework***

Since 2005, the Ministry of Health has incorporated public hygiene, including hospital hygiene and sanitary waste management, into its remit. Institutional reforms have led to the creation of two (02) Departments and a Health Police to work on the issue of sanitary waste, followed by the creation in each Health District of a Focal Unit responsible for hospital hygiene and sanitary waste management. Finally, in each health facility, a Hygiene Committee has been set up to ensure the day-to-day management of issues linked, in particular, to sanitary waste.

Despite initiatives to strengthen the institutional and regulatory framework, all the structures that have been set up have remained largely ineffective, and coordination of sanitary waste management activities is inadequate.

At regulatory level, even with the existence of various decrees on sorting, the use of specific containers, polarization and contractualization, these provisions are not always respected by health establishments, and the intervention of the private sector is not yet regulated by texts.

### ***Organization of sanitary waste management***

Not all health districts and facilities have internal action plans and procedures for managing health waste. They prefer to evolve "on their own", rather than as part of the national polarization strategy aimed at pooling resources in each Health District to optimize results. What's more, the internal organization that covers the entire chain, from collection to disposal, including training, awareness-raising and transport, is still inadequate for most.

Moreover, private-sector involvement in sanitary waste management is still at an embryonic stage, despite successful experiences in the sector and the funding opportunities offered by TFPs and, above all, the existence of subsidies from health establishments under Performance-Based Financing.

### ***Human resources involved in waste management***

Not all health care workers are trained in sanitary waste management, and waste sorting at the point of production is not systematically carried out. Handling staff, who are understaffed and often untrained, are not specifically assigned to this task, and often lack Personal Protective Equipment (PPE).

### ***Waste management materials and equipment***

Equipment for collecting and transporting sanitary waste from production areas to temporary storage or disposal sites remains inadequate, and is often inappropriate or non-existent. Apart from

the private sector, no district or health facility has a specialized vehicle dedicated to transporting sanitary waste.

The means of waste disposal within the ESPCs are not environmentally friendly, being mostly limited to open-air burning in unsafe pits. There are 58 incinerators, 49 of which are operational and 01 in the process of being installed, and 11 banalizers, 02 of which are operational, unevenly distributed across 35 of the 113 Health Districts.

### ***Major problems identified in sanitary waste management***

Despite the efforts already made, a number of shortcomings and problems emerge from the presentation of the current situation, making it difficult to set up a modern, structured operational chain for the environmentally sound management of sanitary waste on all the Project's intervention sites. These are :

- Inadequate institutional and regulatory framework;
- Deficient organization of sanitary waste management;
- Inadequate materials and equipment for selective collection, transport and personal protection;
- Inadequate financing system for the sector.

The Ivorian healthcare system comprises public healthcare, private healthcare and health administration. The healthcare system comprises 2,311 JSTFs, 131 referral hospitals including 112 general hospitals (100 public and 12 private denominational) and 19 regional hospital centers, 04 university hospital centers (CHU), 05 specialized national institutes, 04 EPN support, 19 polyclinics, 136 clinics, medical centers and practices, infirmaries and 463 healthcare structures owned by private commercial and/or industrial companies that fit perfectly into the various levels of the healthcare pyramid.

The structuring of the healthcare system helps to facilitate the development of a sustainable system for managing healthcare waste, with the participation of all healthcare establishments at all levels of the healthcare pyramid. To ensure the successful implementation of polarization in health waste management, the Ministry of Health has initiated the installation of incinerators and/or banalizers in each health district, around which the other health establishments in the zone will revolve.

## **Sanitary waste management plan**

### ***SWMP Partnership Framework***

The management of health-care waste in general, and waste from health-care activities in particular, involves several players at different levels, from the central decision-making level to the peripheral operational level, via the intermediate relay level, not forgetting the community level with the population.

### ***Institutional framework for implementing the SWMP***

The implementation of the Project's SWMP is coordinated by the DHPSE with operational support from the Health Districts. The DHPSE will ensure that all the Project's health waste management interventions are carried out within the single framework of this SWMP, which constitutes the compass.

At health facility level, Hygiene Committees will be revitalized to lead the implementation of activities.

The Government is responsible, through the MSHPCMU, for mobilizing the resources needed to finance the SWMP. UCPS-BM is responsible for providing technical support for the implementation of the SWMP, and for supervising and contributing to the financing of the SWMP through the BPF. DHPSE provides support to health districts and establishments in drawing up and implementing their SWMP action plans.

### ***Sanitary waste management planning***

To ensure coordinated implementation of the Project's SWMP, coherent and concerted operational planning is carried out, especially at district and health facility level, to ensure that all the players involved adjust their activities to the plan. The aim is to set up a single, permanent operational planning organization.

### ***Coordination mechanism***

The various bodies involved are :

- Coordinating body for the implementation of activities ;
- Technical Implementation Monitoring Committee ;
- Departmental implementation and monitoring committees ;
- Hygiene committees in health establishments.

### ***Linking the Project's SWMP to government strategy***

The PSNDPE SWMP is based on the PNGDS 2021-2025 and responds to the concern to ensure that the Project is carried out in compliance with environmental and social standards, while ensuring that the waste generated is managed in an environmentally sound manner.

Successful implementation of the Project's SWMP and achievement of its objectives require precise identification of the key players and clear definition of their roles and responsibilities. These players are :

- Central level of the Ministry of Health, Public Hygiene and Universal Health Coverage: responsible for defining and implementing national policy on hospital hygiene and sanitary waste management;
- The Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) is responsible for managing unusable pharmaceutical products (PPI);
- The target Health Districts are responsible for coordinating and monitoring implementation of the SWMP in health facilities;
- Sanitary facility managers are responsible for managing sanitary waste in their facilities;
- The Ministry of the Environment and Sustainable Development, through the Agence Nationale de l'Environnement (ANDE) and the Centre Ivoirien Antipollution (CIAPOL), must ensure strict compliance with environmental standards and procedures;

- The Agence Nationale de la Gestion des Déchets (ANAGED) and Mairies are responsible for the regular removal of sanitary waste similar to household waste.

### ***Environmental and social measures***

These are :

- raising awareness among nursing staff and handlers of the need to sort waste at the production stage and to comply with hygiene, safety and waste management measures and procedures;
- training health care staff in sanitary waste management;
- providing handlers with full PPE ;
- The provision of waste garbage cans, waste bags and safety boxes to target health facilities, for efficient waste sorting;
- Improved collection and treatment of household and similar waste;
- strengthening the collection, transport and disposal of sanitary waste ;
- maintenance and optimal operation of existing pyrolytic combustion incinerators or banalizers;
- operationalization of the polarization system with appropriate means of transport;
- contractualization of the sanitary waste management system.

## **Project SWMP objectives**

### ***General objective***

The overall aim of the SWMP is to improve the management of waste generated by Project activities.

### ***Impact of the Project's SWMP***

The overall impact of implementing the SWMP is to contribute to the project's environmental and social performance by ensuring the safety and health of patients, care facility staff and the community, as well as protecting the environment.

### ***Strategic objectives***

- Strategic objective 1: Strengthen the capacity of the sanitary waste management sector

It includes two (02) specific objectives: (i) Specific objective 1.1: Organize training for stakeholders, (ii) Specific objective 1.2: Strengthen the organization of sanitary waste management.

- Strategic objective 2: Ensure communication to change the behaviour of stakeholders in terms of sustainable sanitary waste management

It includes the following specific objectives: (i) Specific objective 2.1: Mobilize stakeholders around the issue of sanitary waste management and (ii) Specific objective 2.2: Raise awareness of environmentally sound sanitary waste management.

- Strategic objective 3: Ensure governance of the PSNDPE SWMP

It comprises: (i) Specific objective 3.1: Organize coordination and monitoring-evaluation and (ii) Specific objective 3.2: Strengthen the capacities of implementing partners.

### ***SWMP implementation budget***

The total budget for the PSNDPE SWMP is estimated at **three billion two hundred and thirty-five million six hundred thousand (3,235,600,000) CFA francs, or six million four hundred and seventy-one thousand two hundred (6,471,200) US dollars**. It is broken down by strategic objective as follows:

<b>SUMMARY</b>	<b>BUDGET (FCFA)</b>	<b>%</b>
Strategic objective 1: Strengthen the capacity of the sanitary waste management sector	2 889 000 000	89,29%
Strategic Objective 2: Ensure communication to change the behavior of stakeholders in terms of sustainable sanitary waste management	190 000 000	5,87%
Strategic objective 3: Ensure governance of the PSNDPE SWMP	156 600 000	4,84%
<b>TOTAL (FCFA)</b>	<b>3 235 600 000</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL (US\$)</b>	<b>6 471 200</b>	

## 1. CONTEXTE GENERAL DU PROJET

La Côte d'Ivoire est l'une des économies à la croissance la plus rapide d'Afrique subsaharienne (ASS) depuis près d'une décennie. Cependant, la pandémie mondiale de la COVID-19 a eu une incidence sur l'économie au premier semestre 2020, du fait des perturbations du commerce et de la réduction des flux de financement étrangers. La croissance du PIB réel a, dans ces conditions, baissé à 2 %. Elle a depuis lors rebondi pour atteindre en 2021 les niveaux antérieurs à la flambée de la COVID-19.

Pour atteindre le statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure à l'horizon 2030, le pays devra maintenir une croissance économique rapide.

Cependant, sans une main-d'œuvre en bonne santé et productive, la Côte d'Ivoire n'atteindra pas l'objectif qu'elle s'est fixée pour 2030.

Dans ce contexte, l'intervention de la Banque mondiale à travers le Projet d'achat stratégique et d'alignement des ressources et des connaissances de santé (Projet SPARK-Santé, P167959, 2019-2025) et le Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance (PMNDPE, P161770, 2018-2023) s'est voulue comme une réponse pour contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025.

En vue de renforcer les acquis de ces deux financements (SAPRK Santé et PMNDPE), le Gouvernement de Côte d'Ivoire, en collaboration avec la Banque mondiale, a entrepris depuis le mois d'octobre 2022, la préparation du Projet Santé Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PSNDPE).

La plupart des interventions contribuant directement ou indirectement à la production des déchets sanitaires et prévues pour être financées sont connues et parfaitement ciblées. Il s'agit, notamment de la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé, le renforcement des capacités des ressources humaines de santé, la sensibilisation et la mobilisation des communautés pour une utilisation plus accrue des services de santé, le renforcement du volet clinique de la prestation de services de reproduction et de nutrition. Toutes ces interventions visant à améliorer la qualité des services de soins vont certainement contribuer à l'augmentation de la quantité des déchets sanitaires produits par les établissements sanitaires. La gestion de ces déchets devient donc un enjeu majeur pour le PSNDPE.

Par ailleurs, la problématique des déchets sanitaires se pose avec acuité dans le système de santé ivoirien. Ainsi, le Gouvernement s'est doté d'un document de Politique Nationale, des Normes et Directives, des textes juridiques et d'un Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS) pour résorber les insuffisances de la gestion des déchets du secteur de la santé. Le PGDS du PSNDPE constitue donc un outil qui vient contribuer au renforcement des actions existantes du Gouvernement, pour l'établissement à terme, d'une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

La gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires est un déterminant majeur de la qualité des soins et de la sécurité du personnel soignant, des patients et de leurs accompagnants ainsi que de la protection de l'environnement.

Le présent Plan de Gestion des Déchets Sanitaires (PGDS) vient soutenir la planification de la gestion et la prévention des risques et impacts environnementaux et sociaux potentiels du PSNDPE liés à la problématique des déchets sanitaires.

Il est élaboré en conformité avec la législation nationale en matière de gestion des déchets et les normes environnementales et sociales (NES) de la Banque mondiale, notamment la NES 1 « Évaluation et gestion des risques et impacts environnementaux et sociaux », la NES 2 « Emploi et conditions de travail », la NES 3 « Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution » et la NES 4 « Santé et sécurité des populations ».

## **2. CONTEXTE D'ELABORATION DU PGDS ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

La problématique des déchets sanitaires se pose avec acuité dans le système de santé ivoirien. Ainsi, le Gouvernement a procédé depuis plusieurs années, au renforcement du cadre politique, stratégique et juridique pour une gestion écologiquement rationnelle. A cet effet, un document de politique nationale, des normes et directives, des arrêtés et un Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS) ont été élaborés. Le PNGDS qui adresse l'ensemble des déchets produits par toutes les activités du secteur de la santé, constitue le cadre de planification de l'ensemble des interventions.

Le PGDS du PSNDPE constitue un outil qui vient contribuer au renforcement des actions du Gouvernement, pour l'établissement à terme, d'une gestion écologiquement rationnelle des déchets produits par les établissements menant des activités du secteur de la santé.

L'élaboration du PGDS a obéi à une approche participative avec l'implication de tous les acteurs du niveau central avec la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE), la Direction des Infrastructures, de l'Équipement, de la Maintenance et du Patrimoine (DIEMP) et l'UCPS-BM, du niveau opérationnel avec les Districts et établissements sanitaires.

Dans le processus d'élaboration, une revue documentaire a d'abord été réalisée, basée sur la consultation des documents d'orientation et de planification existants tels que le document de politiques, les normes et directives, les arrêtés le PNGDS 2021-2025, les Plans de gestion des déchets sanitaires des Projets SPARK Santé et COVID-19 ainsi que sur l'état des lieux du secteur déchets sanitaires notamment, les infrastructures, l'organisation de la gestion, les initiatives de financement interne, etc. Ensuite, en collaboration avec la DHPSE, le draft du PGDS du PSNDPE a été élaboré.

## **3. DESCRIPTION ET ETENDUE DU PROJET**

### **3.1. Objectif de Développement du Projet**

L'Objectif de Développement du Projet (ODP) est : (i) accroître la couverture du système de protection sociale de la santé de la Côte d'Ivoire ; (ii) améliorer la qualité des services de santé ; et (iii) étendre la couverture des services de nutrition et de Développement de la Petite Enfance (DPE).

### **3.2. Composantes du Projet**

Le Projet comporte quatre (04) composantes complémentaires et une (01) composante d'intervention d'urgence conditionnelle (CERC). Ces différentes composantes sont décrites ci-dessous :



### **3.2.1. Composante 1 : Renforcer et étendre le système de protection sociale de santé**

Cette composante comporte deux (02) sous-composantes que sont : (i) Sous-composante 1.1 : Opérationnaliser et développer la Couverture Maladie Universelle (CMU) et (ii) Sous-composante 1.2 : Institutionnaliser le Financement Basé sur la Performance (FBP) et soutenir les réformes du financement de la santé. Cette deuxième sous-composante participera à renforcer les capacités financières des établissements sanitaires à travers leurs subsides, pour leur contribution au financement de la gestion des déchets sanitaires par polarisation.

### **3.2.2. Composante 2 : Améliorer la qualité des services de santé, de nutrition et de DPE**

Cinq (05) Sous-composantes composent cette Composante à savoir : Sous-composante 2.1 : Améliorer la gestion des ressources humaines ; Sous-composante 2.2 : Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels et des intrants nutritionnels. Cette sous-composante qui participera à l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux produits pharmaceutiques, au sang et aux produits sanguins, financera l'établissement d'un système de collecte et d'élimination écologique des Produits Pharmaceutiques Inutilisables (PPI) et de déchets de sang qui sont des déchets sanitaires à risque ; Sous-composante 2.3 : Renforcer la gouvernance ; Sous-composante 2.4 : Améliorer la qualité des services grâce à des partenariats public-privé ; Sous-composante 2.5 : Equiper les établissements de santé et étendre les services WASH : à travers cette sous-composante, le Projet soutiendra, notamment (i) la dotation des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) en équipements sanitaires et en systèmes de gestion des déchets sanitaires et (ii) le renforcement du système de collecte et d'élimination des déchets sanitaires

### **3.2.3. Composante 3 : Renforcer la fourniture de services de nutrition, de développement de la petite enfance et de santé maternelle et infantile**

Trois (03) Sous-composantes ont été identifiées : Sous-composante 3.1 : Renforcer la fourniture de services de nutrition et de développement du jeune enfant ; Sous-composante 3.2 : Renforcer la prestation des services du RMNCAH ; Sous-composante 3.3 : Création de la demande et changement de comportement. Cette Sous-composante apportera un appui à l'information, à la sensibilisation et au changement de comportement du personnel et des usagers des établissements sanitaires à une gestion écologique des déchets sanitaires.

### **3.2.4. Composante 4 : Renforcement institutionnel, S&E et Gestion du Projet**

Cette composante inclut : le renforcement institutionnel, le suivi et évaluation et la gestion de projet.

### **3.2.5. Composante 5 : Composante d'intervention d'urgence conditionnelle (CERC)**

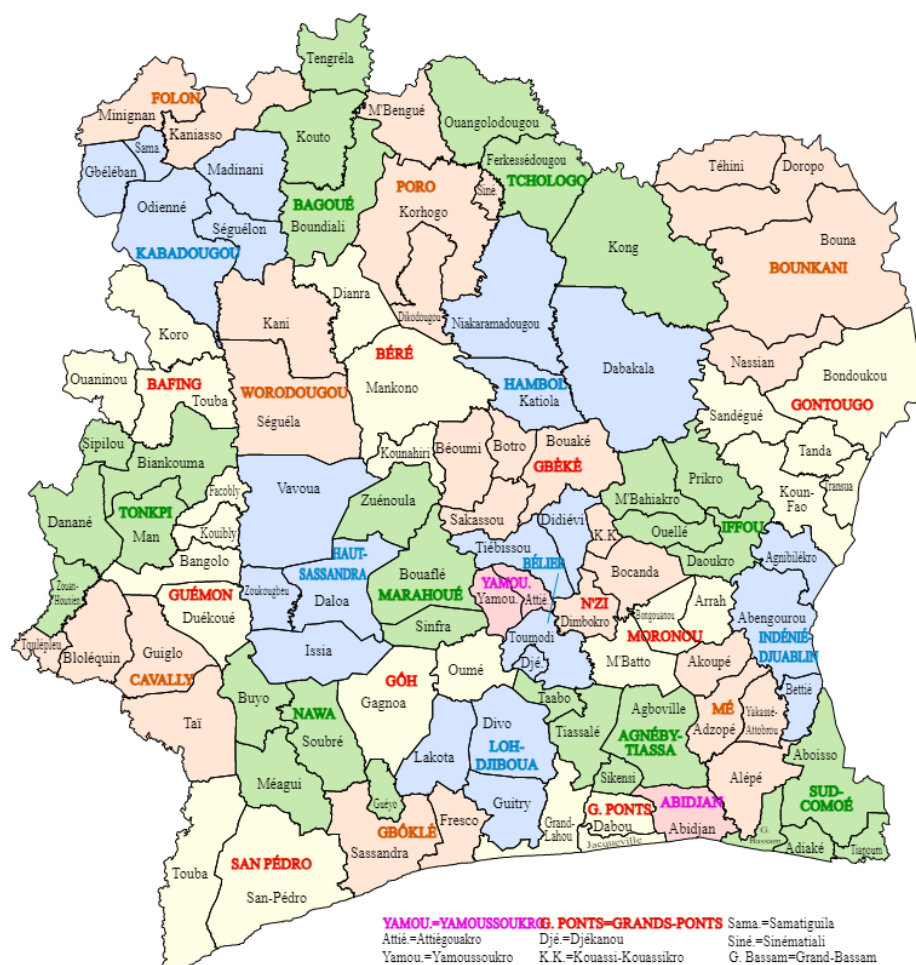
Cette composante facilitera l'accès à un financement rapide par la réaffectation des fonds non engagés du Projet en cas de crise ou d'urgence éligible, soit par une déclaration formelle d'urgence nationale, soit sur demande formelle du gouvernement.

## **3.3. Zones d'intervention du Projet**

Le Projet Santé Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PSNDPE) a une envergure nationale. Avec l'opérationnalisation et mise à l'échelle de la CMU et l'institutionnalisation et le passage à échelle du FBP, ainsi que l'extension des interventions de nutrition et de DPE, le Projet couvrira l'ensemble des 33 régions sanitaires de la Côte d'Ivoire.

La figure ci-dessous présente la zone de couverture du Projet.

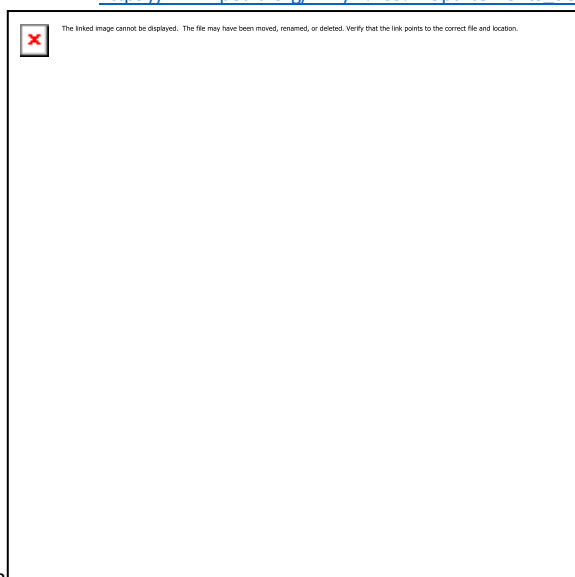
**Figure 1.** Zone de couverture du projet (les 33 régions avec leurs départements)



Source : [https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9partements\\_de\\_la\\_C%C3%B4te\\_d'Ivoire](https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9partements_de_la_C%C3%B4te_d'Ivoire),

consulté

le



07/03/2023

### 3.4. Bénéficiaires du Projet

Les principaux bénéficiaires du Projet seront ceux couverts par le programme d'achat stratégique (institutionnalisation du FBP, réforme hospitalière et mise à l'échelle du système de la CMU) qui est mise en œuvre sur tout le territoire national et du Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PMNDPE) qui est mis en œuvre dans 14 régions, à savoir le Poro, le Tchologo, la Bagoué, le Bounkani, le Gontougo, le Kabadougou, le Folon, le Bafing, le Worodougou, le Béré, le Haut-Sassandra, la Marahoué, l'Iffou, et le Bélier. Ces régions présentent les taux de prévalence à la malnutrition les plus élevés du pays.

## **4. SITUATION ACTUELLE DE LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES EN COTE D'IVOIRE**

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

La problématique de la gestion des déchets sanitaires constitue donc une préoccupation mondiale majeure de santé publique et d'environnement. En effet, les activités de soins de santé qui permettent de protéger la santé, de guérir des patients et de sauver des vies, contribuant ainsi au développement socio-économique des pays, génèrent des déchets dont 20%<sup>1</sup> sont considérés comme à risque, responsables de la survenue d'événements indésirables, telles que les infections nosocomiales, la propagation dans la communauté, d'infections souvent graves et la pollution de l'environnement.

### **4.1. Production et caractérisation des déchets sanitaires<sup>2</sup>**

En Côte d'Ivoire, les déchets sanitaires sont produits dans les établissements de santé de tous les niveaux de la pyramide sanitaire par les activités de diagnostic, de soins, de traitement, de formation et de recherche. Selon l'étude de caractérisation réalisée en 2016 par le PRSSE avec l'appui financier de la Banque mondiale, les déchets sanitaires produits par les établissements de soins étaient de trois (03) principaux ordres :

- les déchets banals, assimilables aux déchets ménagers et composés principalement de déchets issus des activités de ménage, de restauration, de jardinage, de l'administration et qui n'ont pas été contaminés ;
- les déchets qui présentent un risque infectieux : ce sont (i) les déchets initialement infectieux tels que les déchets anatomiques, le sang, les produits sanguins et les autres liquides biologiques, les cultures de laboratoire d'agents infectieux, les vaccins de souches vivantes et (ii) les déchets devenus infectieux par contact avec des matières infectieuses, notamment les objets piquants, coupants, tranchants, le matériel de soins usagés, la verrerie et le matériel de laboratoire ;
- les déchets à risque chimique et/ou pharmaceutique, notamment les produits pharmaceutiques inutilisables (PPI), les produits chimiques de services de laboratoire et de service de radiologie, les déchets d'amalgames dentaires, etc.

<sup>1</sup> O.M.S. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève : Aide-mémoire 253, 2000

<sup>2</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Projet de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiques (PRSSE)- P147740 : Actualisation du plan de gestion des déchets sanitaires 2009-2011. Rapport d'enquête, septembre 2016

Cette étude a révélé que le secteur sanitaire ivoirien public et privé produit 25,55 tonnes de déchets solides chaque jour soit environ 9 325,09 tonnes par an. 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux avec 8% de OPCT et 54% d'autres déchets infectieux, 36% de ces déchets sont assimilables aux déchets ménagers et 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques. Alors que les normes de l'OMS fixent à seulement 20% la proportion de déchets sanitaires dangereux avec 15% de déchets infectieux, 3% de déchets chimiques et/ou pharmaceutiques, 1% de OPCT et 1% de déchets composés de récipients pressurisés, de thermomètres cassés, d'ampoules de produits utilisés, etc.<sup>3</sup>.

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

Quant au secteur sanitaire privé national, il produit environ 8,80 tonnes de déchets sanitaires par jour soit environ 3 213,50 tonnes par an avec 6% de OPCT, 38% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT, 54% de DSMA et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques. Cette production représente 34% de la production total nationale.

La production nationale totale de déchets sanitaires est donc passée de 13,2 tonnes par jour en 2009 à 25,55 tonnes par jour en 2016 soit une augmentation de 93,56%. La mise en œuvre des plans successifs de gestion des déchets sanitaires avec l'appui des partenaires dont la Banque mondiale a permis d'inculquer aux acteurs, la notion du tri à la production des déchets. Ainsi, la proportion de déchets infectieux est passée de 70% en 2009 à 62% en 2016 soit une réduction de 11,43%.

Malgré les risques de contamination et de pollution auxquels le personnel soignant, les patients, les accompagnants, la communauté et l'environnement sont exposés, le système de gestion des déchets en Côte d'Ivoire souffre de certaines insuffisances malgré les efforts consentis par le pays et ses partenaires techniques et financiers (PTF).

A côté de ces déchets, il existe ceux constitués des équipements et matériels biomédicaux obsolètes et/ou contenant des métaux lourds tel que le mercure dont la gestion reste problématique pour le système de santé en Cote d'Ivoire.

## **4.2. Fonctionnalité du cadre institutionnel et respect du cadre réglementaire**

Depuis 2005, le Ministère en charge de la santé a intégré dans ses attributions à l'hygiène publique incluant l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets sanitaires. Cette volonté politique s'est traduite d'abord dans la dénomination de ce département devenu alors Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et par la création de deux (02) Directions et d'une Police sanitaire qui travaillent sur cette question, ensuite dans la création dans chaque District sanitaire de Cellule Focale chargée de l'hygiène hospitalière et de la gestion des déchets sanitaires. Enfin, dans chaque établissement sanitaire, un Comité d'Hygiène a été créé pour assurer au quotidien, la gestion des questions liées, notamment aux déchets sanitaires. Par ailleurs, un corps des métiers de la santé est consacré aux questions d'hygiène et d'assainissement, incluant la gestion des déchets sanitaires. Tout ceci est soutenue par une politique et une stratégie élaborée avec l'appui de l'UCP Santé - Banque mondiale.

Malgré ces initiatives, toutes ces structures restent peu opérantes avec l'insuffisance de ressources humaines, matérielles, logistiques et financières conséquentes pour couvrir l'ensemble du territoire

<sup>3</sup> O.M.S. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève : Aide-mémoire 253, 2000

national, l'instabilité institutionnelle et une absence de clarification des rôles et responsabilités des acteurs.

Par ailleurs, la coordination des activités de gestion des déchets sanitaires reste insuffisante, les investissements publics dans le secteur n'étant ni contrôlés, ni suivis par les Directions sensées en assurer la gestion, à la faible diffusion des textes existants et à l'absence de clarification du champ d'action et des missions de l'organe de coordination.

Au niveau réglementaire, des arrêtés ont été pris pour réglementer la gestion des déchets sanitaires, définir la polarisation et la contractualisation comme stratégie de gestion et faire obligation à l'ensemble des établissements sanitaires producteurs à assurer la gestion de leurs déchets. Malheureusement, dans ce secteur, il n'existe pas encore de décret d'application de certaines dispositions du code de l'environnement relatives aux déchets et l'intervention du secteur privé n'est pas encore réglementée par des textes.

### **4.3. Organisation de la gestion des déchets sanitaires**

Les Districts et établissements sanitaires ne disposent pas tous de plans d'actions et de procédures internes de gestion des déchets sanitaires comme recommandé au niveau national. Ils préfèrent évoluer "en solitaire" que de s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de polarisation visant à mutualiser les ressources dans chaque District sanitaire afin d'optimiser les résultats.

Par ailleurs, le cœur de métier des établissements sanitaires n'étant pas la gestion des déchets mais l'offre de soins, l'organisation interne qui couvre toute la filière, allant de la collecte à l'élimination en passant par la formation, la sensibilisation et le transport reste toujours pour la plupart, insuffisante. Ce qui a suscité la nécessité de faire intervenir le secteur privé dans la filière à travers la contractualisation prônée par le Ministère en charge de la santé. Cette contractualisation est soutenue par les PTF mais surtout par les ressources financières propres des établissements sanitaires sous forme de subsides obtenus dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP). Grâce à ce mode de financement et à la polarisation qui permet de mutualiser les ressources, les établissements de santé parviennent à améliorer la gestion de leurs déchets en la confiant à un prestataire. Pour renforcer cette stratégie, un Consultant a été recruté pour accompagner les Districts sanitaires dans l'opérationnalisation de la polarisation et de la contractualisation dans la gestion des déchets sanitaires. Ce Consultant a mis à la disposition des Districts et établissements cibles, (i) un canevas actualisé d'élaboration de microplan de gestion des déchets sanitaires, (ii) les TDR pour le recrutement de prestataires privés, (iii) le cahier de charge type pour les activités de gestion des déchets et permis de susciter la mobilisation de tous pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

### **4.4. Ressources humaines impliquées dans la gestion des déchets**

Tous les agents des établissements sanitaires ne sont pas tous formés à la gestion des déchets sanitaires et le tri des déchets à la production ne s'effectue pas de façon systématique par le personnel soignant, augmentant ainsi la proportion de déchets à risque. Les agents dédiés à la manutention des déchets, en sous-effectif et bien souvent non formés, ne sont pas spécifiquement affectés à cette tâche et ne disposent pas souvent d'Equipements de Protection Individuelle (EPI), s'exposant régulièrement à des risques de contamination.

Dans les Districts sanitaires, les Points Focaux sauvegarde, identifiés pour accompagner et renforcer le suivi environnemental et social étendront leur activités à la gestion des déchets sanitaires. Pour

les établissements sanitaires de premier contact (ESPC), Il existe rarement un point focal ou un référent chargé de faire le suivi de la gestion des déchets sanitaires, avec une description claire des tâches.

#### **4.5. Matériels et équipements de gestion des déchets**

Le matériel de collecte et de transport des déchets sanitaires liquides, des zones de production aux sites de stockage provisoire ou d'élimination, reste insuffisant et souvent inapproprié voire inexistant. Quand ils existent, ceux-ci sont inadéquats, ne respectant pas les dispositions de l'arrêté n°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire. En dehors du secteur privé, aucun District ou établissement sanitaire ne dispose de véhicule dédié au transport des déchets sanitaires.

Quant aux déchets liquides, aucun dispositif particulier n'est utilisé pour leur collecte. Leur transport est en majorité assuré par le réseau d'assainissement collectif quand il existe, sinon c'est l'assainissement généralement autonome qui s'en charge, notamment à travers les fosses septiques.

Par ailleurs, les moyens d'élimination des déchets dans les ESPC ne sont pas écologiques, se limitant majoritairement au brûlage à l'air libre dans des fosses peu sécurisées. Il existe par contre 58 incinérateurs dont 49 fonctionnels et 01 en cours d'installation, et 11 banaliseurs dont seulement 02 fonctionnels répartis inégalement dans 35 des 113 Districts sanitaires et destinés à participer à l'opérationnalisation de la polarisation.

Les tableaux suivants présentent le récapitulatif des incinérateurs et banaliseurs répertoriés sur l'ensemble du territoire.

**Figure 2.** Répartition des infrastructures d'élimination des déchets sanitaires au niveau national



**Tableau 1. Répertoire des Incinérateurs Modernes à combustion pyrolytique dans les Etablissements publics**

N°	DISTRICTS SANITAIRES	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTI ON	COMBUSTIB LE	ETAT DE FONCTIONNAL ITE
1.	Abengourou	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
2.	Abobo-Est	Pyrolytique à 2 chambres avec laveur de fumée / Antenne INHP	250 kg/h	Gaz	Fonctionnel
3.		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT Abobo	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
4.		Prolytique à 2 chambres CHR Abobo	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
5.	Aboisso	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
6.	Adjamé-Plateau- Attécoubé	Pyrolytique à 2 chambres / HG Adjamé	30 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
7.	Adzopé	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
8.	Anyama	Pyrolytique à 2 chambres HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
9.	Bocanda	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
10.	Bondoukou	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
11.		Pyrolytique à 2 chambres au CHR	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
12.	Bouaké Nord- Ouest	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20- 30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
13.		Pyrolytique à 2 chambres /CSU d'Ahougnanssou APICC FA150	42 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
14.	Bouaké Sud	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	15 kg/h	Gaz	Fonctionnel
15.	Bouaké nord-Est	Pyrolytique à 2 chambres MP 100 CSU de Belleville	20 kg/h	Gaz	En cours d'installation
16.	Bouna	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
17.	Cocody- Bingerville	Pyrolytique à 2 chambres / CHU Cocody	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel



N°	DISTRICTS SANITAIRES	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTI ON	COMBUSTIB LE	ETAT DE FONCTIONNAL ITE
18.		Pyrolytique à 2 chambres / CHU Cocody	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
19.		Pyrolytique à 2 chambres / CHU d'ANGRE	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
20.		Pyrolytique à 2 chambres /HG Bingerville	20- 30 kg/h	Gasoil	fonctionnel
21.		Pyrolytique à 2 chambres /CSU Com Blockhaus	5 kg/h	Electrique	Fonctionnel
22.	Dabakala	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
23.	Daloa	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
24.	Daoukro	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
25.	Didiévi	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
26.	Divo	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
27.	Gagnoa	Pyrolytique à 2 chambres, /HG	20 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel
28.		Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
29.	Grand-Lahou	Pyrolytique à 2 chambres / HG	5 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
30.	Korhogo	Pyrolytique à 2 chambres, /CAT	20- 30kg/h	Gasoil	Fonctionnel
31.		Pyrolytique à 2 chambres, /CHR	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
32.	M'Bahiakro	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
33.	Man	Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	Gaz	Fonctionnel
34.		Pyrolytique à 2 chambres /CAT Man	15 – 30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
35.	Nassian	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30kg/h	Gaz	Fonctionnel

N°	DISTRICTS SANITAIRES	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTI ON	COMBUSTIB LE	ETAT DE FONCTIONNAL ITE
36.	Niakaramadougou	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
37.	Odienné	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
38.	Port-Bouët-Vridi	1 pyrolytique / HG Port-Bouët	15 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
39.	Prikro	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
40.	San-Pedro	Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
41.		Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 Kg/h	Gaz	Fonctionnel
42.	Sassandra	Pyrolytique à 2 chambres /HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
43.	Séguéla	Pyrolytique à 2 chambres /CHR	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
44.		Pyrolytique à 2 chambres /CAT	20-30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
45.	Tengréla	Pyrolytique à 2 chambres /HG	5 kg/h	Gaz	Non fonctionnel
46.	Tiébissou	Pyrolytique à 2 chambres à l'HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
47.	Toumodi	Pyrolytique à 2 chambres HG	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
48.	Treichville- Marcory	Pyrolytique à 2 chambres / ICA	120 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
49.		Pyrolytique à 2 chambres / RETROCI	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
50.		Pyrolytique à 2 chambres / CNTS	30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
51.		Pyrolytique à 2 chambres /CAT Treichville	20- 30 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
52.		1 pyrolytique a 2 chambres /CHU Treichville	50 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
53.	Yamoussoukro	Pyrolytique à 2 chambres / District Sanitaire	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
54.		Pyrolytique à 2 chambres / HG MOSCATI	15 kg/h	Gasoil	Fonctionnel

N°	DISTRICTS SANITAIRES	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DE DESTRUCTI ON	COMBUSTIB LE	ETAT DE FONCTIONNAL ITE
55.		Pyrolytique à 2 chambres / CHR	15 kg/h	Gasoil	Fonctionnel
56.	Yopougon Ouest	Pyrolytique à 2 chambres / IPCI Adiopodoumé	100 kg/h	Gaz	Fonctionnel
57.		Pyrolytique à 2 chambres avec laveur de fumée / CHU Yopougon	30 kg/h	Gaz	Fonctionnel
58.		Pyrolytique à 2 chambres /MACA	20-30 kg/h	Gasoil	Non fonctionnel

**Tableau 2. Répertoire des Banaliseurs dans les établissements publics**

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

**Tableau 3. Répertoire des Incinérateurs modernes à combustion pyrolytique et des banaliseurs dans le secteur privé**

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

#### 4.6. Situation des déchets COVID-19

La situation des déchets sanitaires est devenue de plus en plus préoccupante dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Cette épidémie, causée par le SARS-CoV-2, s'est propagé rapidement dans le monde depuis décembre 2019 et touche la Côte d'Ivoire depuis Mars 2020, avec un nombre total de cas estimé au 15 mai 2023 à 88 330 cas confirmés dont 87 493 personnes guéries, 834 décès et 3 cas actifs. Le nombre total d'échantillons est de 1 690 342 et à date du 14 mai 2023, c'est un total de 27 507 610 doses de vaccins qui ont été administrés.

#### 4.7. Problèmes majeurs liés à la gestion des déchets sanitaires

Malgré les efforts déjà déployés, quelques insuffisances et problèmes se dégagent de la présentation de la situation actuelle, ne rendant pas aisée la mise en place d'une chaîne opérationnelle moderne et structurée pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires sur l'ensemble des sites d'intervention du Projet. Ces insuffisances constituent donc des gaps à résoudre. Il s'agit entre autres de :

##### 4.7.1. Insuffisance du cadre institutionnel et réglementaire

Pour une gestion participative des déchets sanitaires avec une implication de tous les acteurs, un arsenal juridique a été mis en place. Ces instruments qui ne sont pas forcément connus de tous, ne sont pas toujours respectés, ce qui a contribué à la mauvaise gestion des déchets sanitaires constatée

dans la plupart des établissements sanitaires. En effet, les campagnes d'information et de sensibilisation des agents de santé et des usagers des établissements sanitaires sur les déchets sanitaires ne sont organisées ni par le MSHPCMU, ni par la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE), ni par les établissements sanitaires eux-mêmes. Tous les établissements sanitaires ne disposent pas systématiquement de Comité d'hygiène ou de points focaux hygiène.

Par ailleurs, il existe une insuffisance de coordination des activités de gestion des déchets sanitaires, certains investissements dans le secteur ainsi que certaines interventions se déroulant en dehors de la planification effectuée par la DHPSE, la structure créée par le MSHPCMU pour la prise en charge des déchets sanitaires.

#### **4.7.2. Déficience de l'organisation de la gestion des déchets sanitaires**

Les plans d'actions des Districts sanitaires font peu ou pas de référence à la gestion des déchets sanitaires ainsi que certains établissements de santé qui ne disposent pas encore de plan de gestion des déchets sanitaires et de procédures internes. Également ceux qui en disposent rencontrent d'énormes difficultés dans sa mise en œuvre.

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

Bien qu'il existe un arrêté portant polarisation des déchets sanitaires, la plupart des structures peinent à mutualiser leur effort autour de cette stratégie et la polarisation est encore au stade embryonnaire.

#### **4.7.3. Inadéquation du matériel et des équipements de collecte sélective, de transport et de protection individuelle**

Les matériels et équipements de collecte sélective et de transport des déchets solides, sont parfois inappropriés et insuffisants. Cette situation ne favorise pas la promotion du tri des déchets à la production, augmentant la quantité de déchets à risque.

Pour le transport des déchets, des zones de production aux sites de stockage provisoire et pour le transport ex-situ, le matériel utilisé est bien souvent inadapté, faisant courir des risques de déversements et des risques de blessures liés aux objet piquant coupant ou tranchant (OPCT).

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

Pour l'élimination des déchets sanitaires, seulement 35 Districts sanitaires sur les 113 disposent d'incinérateurs ou de banaliseurs. Certaines régions sanitaires toute entière ne disposent pas d'équipements adéquats pour l'élimination écologique de leurs déchets, créant ainsi des zones de

"silence" qui accentuent le risque de pollution de l'environnement et de contamination du personnel soignant et des usagers des établissements sanitaires.

#### **4.7.4. Insuffisance du système de financement du secteur**

Le secteur des déchets sanitaires souffre d'une insuffisance criarde de financement pérenne. Les appuis budgétaires apportés par l'Etat à travers le Trésor Public aux établissements sanitaires ne sont pas spécifiques à la gestion des déchets et restent toujours insuffisants pour prendre en charge convenablement les déchets sanitaires.

L'intervention des partenaires techniques et financiers est un appui assez conséquent pour améliorer le financement du secteur.

Par ailleurs, la mise sous performance des établissements sanitaires avec le versement de subsides proportionnellement à leurs résultats constitue un moyen d'accroître de façon pérenne les ressources des établissements sanitaires pour la gestion de leurs déchets.

## **5. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN**

### **5.1. Organisation du système de santé**

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

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

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

La structuration du système de santé contribue à faciliter le développement d'un système de gestion durable des déchets sanitaires avec la participation de tous les établissements de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour une mise en œuvre réussie de la polarisation dans la gestion des déchets sanitaires, le ministère de la Santé a initié l'installation dans chaque District sanitaire, d'incinérateurs et/ou banaliseurs autour desquels graviteront les autres établissements sanitaires de la zone.

### **5.2. Secteur public de soins**

Au niveau du secteur public, l'on dénombre 2 311 ESPC publics sur un total tous secteurs confondus, de 3 411 soit environ 67,75%.

Le secteur public de soin est organisé en trois niveaux :

- Le niveau primaire ou périphérique représenté par les 3 211 ESPC ;
- Le niveau Secondaire : en 2020, la Côte d’Ivoire disposait de 131 hôpitaux de référence dont 112 Hôpitaux Généraux (100 Publics et 12 Privés Confessionnels) et de 19 Centres Hospitaliers Régionaux ;
- Le niveau tertiaire qui comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, est essentiellement composé d’Etablissements Publics Nationaux (EPN) avec 04 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 05 Instituts Nationaux Spécialisés que sont l’Institut National de Santé Publique (INSP), l’Institut National d’Hygiène Publique (INHP), l’Institut Raoul Follereau (IRF), l’Institut Pierre Richet (IPR) et l’Institut de Cardiologie d’Abidjan (ICA). On note en outre 04 autres Etablissements Publics Nationaux d’appui tels que le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP) et le Service d’Aide Médicale d’Urgence (SAMU).

Les établissements sanitaires des niveaux primaire et secondaire qui sont tous sous performance disposent, en plus des ressources mises à dispositions par le gouvernement, de leurs subsides pour participer aisément à la gestion de leurs déchets à travers la polarisation.

### **5.3. Secteur privé de soins**

Le secteur sanitaire privé s’est développé ces dernières années avec l’émergence d’établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories avec 19 polycliniques, 136 cliniques<sup>4</sup>, centres et cabinets médicaux, infirmeries privées qui s’insèrent parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le secteur sanitaire privé comprend également 463 structures de santé relevant d’entreprises commerciales et /ou industrielles. Dans le cadre de la mutualisation des ressources pour une gestion plus saine des déchets sanitaires, ces établissements à but lucratif bénéficieront des infrastructures d’élimination construites par le secteur public moyennant une contribution au fonctionnement.

### **5.4. Risques et impacts environnementaux, sociaux et sanitaires liés à la gestion des déchets sanitaires**

L'exposition aux différents risques liés à la gestion des déchets sanitaires peut survenir tout au long de la filière d'élimination des déchets, à savoir : la production, le conditionnement, la collecte, transport, l'entreposage, l'enlèvement et toutes autres manipulations.

Parmi les entités exposées à ces risques figurent en premier plan, le personnel de santé, les agents de santé communautaire, le personnel d’entretien, les acteurs publics et privés de gestion des déchets (manutentionnaires), les patients et leurs accompagnants et la communauté, en général, exposées à des dangers divers (blessures, infections graves, allergies, etc.) lorsque ces déchets sont mal gérés. Des risques environnementaux ci-dessous présentés sont également évidents.

#### **5.4.1. Risques et impacts environnementaux**

---

<sup>4</sup> PND 2021-2025

La mauvaise gestion des déchets sanitaires peut entraîner des risques pour l'environnement par le rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques. L'élimination de ces déchets à haut risque infectieux et toxiques dans les dépôts sauvages ou dans les fosses non-septiques ainsi que l'enfouissement mal réalisé, peuvent contaminer le sol et les ressources en eau, et représenter un risque certain pour l'homme, la faune et la flore en termes de, dégradation de l'esthétique du cadre de vie, contribution à la prolifération de moustiques et au dégagement de mauvaises odeurs.

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

#### **5.4.2. Impacts sociaux et sanitaires**

Les déchets sanitaires, du fait de leur spécificité, exposent à des risques évidents de santé publique. En effet, ces déchets qui peuvent être des déchets anatomiques, sont susceptibles de poser d'importants problèmes éthiques dans leur gestion, surtout lorsqu'ils se retrouvent dans la nature, accessibles à tous.

La réutilisation directe de matériels d'injection contaminés entraîne un risque professionnel pour le personnel soignant, pour le personnel chargé de la gestion des déchets et pour les récupérateurs. Lorsque l'accès aux décharges n'est pas restreint, les enfants peuvent entrer en contact avec des déchets contaminés et jouer avec des aiguilles et des seringues qui ont déjà servi.

La pollution atmosphérique liée à la mauvaise incinération des déchets contenant du PVC et du PCB, peut avoir des effets dommageables pour la santé, notamment l'atteinte du système immunitaire, des anomalies de développement du système nerveux, du système endocrinien et des fonctions reproductrices, des lésions cutanées et hépatiques, des cancers<sup>5</sup>.

### **5.5. Mesures environnementales, sociales et sanitaires liés à la gestion des déchets sanitaires**

Face aux impacts négatifs et risques environnementaux et sociaux liés à la mauvaise gestion des déchets sanitaires produits par les établissements cibles, des mesures techniques et d'hygiène- santé et sécurité au travail, de renforcement de capacités, ci-après sont proposées pour gérer les risques associés à la gestion des déchets sanitaires. Il s'agit, notamment de :

- la sensibilisation du personnel soignant, et des manutentionnaires au tri à la production et au respect des mesures et procédures d'hygiène et de gestion des déchets ;
- la formation du personnel de santé à la gestion des déchets sanitaires ;
- la dotation des manutentionnaires en EPI complet comprenant (i) une combinaison (pantalon et chemise à manches longues, en matériau résistant à l'humidité et facile à

---

<sup>5</sup> Axe 6 : Prévention et promotion de la santé de l'hygiène publique / Effet 6 : la prévention et la promotion de la santé sont renforcées / Effet intermédiaire 6.2 : l'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements sanitaires.



- laver, réutilisables), (ii) une paire de lunettes de protection, (iii) un masque (demi-masque) de protection avec une recharge de filtres interchangeables, (iv) une paire de gants anti-chaaleur et (v) une paire de bottes de sécurité ;
- la mise à disposition des établissements sanitaires cibles, des poubelles, sacs poubelles et boîtes de sécurité, pour un tri efficace des déchets ;
- l'amélioration du rythme de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés ;
- le renforcement de la filière collecte, transport et élimination des déchets sanitaires ;
- la maintenance et le fonctionnement optimal des incinérateurs à combustion pyrolytique ou des banaliseurs existants ;
- l'opérationnalisation du système de polarisation avec des moyens de transport appropriés,
- la contractualisation du système de gestion des déchets sanitaires.

Au regard de ce qui précède, un plan de gestion des déchets sanitaires (PGDS) issus des activités du PSNDPE est nécessaire pour coordonner la mise en œuvre des mesures susmentionnées afin de minimiser les risques associés à l'exposition des personnes aux déchets sanitaires ainsi que les effets néfastes sur l'environnement.

## **6. PLAN DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES DANS LES ZONES DU PROJET**

### **6.1. Cadre stratégique du PGDS du projet**

#### **6.1.1. Cadre de partenariat du PGDS du Projet**

Le secteur de la gestion des déchets sanitaires de façon générale et spécifiquement des déchets issus des activités de soins fait intervenir plusieurs acteurs à divers niveaux, allant du niveau central décisionnel au niveau périphérique opérationnel, en passant par le niveau intermédiaire de relais, sans oublier le niveau communautaire avec la population.

La réussite de la mise en œuvre du PGDS du PSNDPE repose sur l'implication (i) de toutes les entités publiques avec le Cabinet du MSHPCMU ainsi que les Ministères techniques concernés, les Directions Centrales, les Programmes, les entités déconcentrées, les établissements sanitaires publics, (ii) des entités privées avec les établissements sanitaires privés, les officines de pharmacies, les prestataires privés de services du secteur des déchets, (iii) des collectivités territoriales, (iv) des PTF et (v) des Organisations de la Société Civile (OSC). Cela permettra de garantir la cohérence des actions entreprises ainsi que leur complémentarité pour l'atteinte des objectifs.

#### **6.1.2. Cadre institutionnel de mise en œuvre du PGDS du Projet**

La coordination de la mise en œuvre du PGDS du Projet est assuré par la DHPSE avec l'appui au niveau opérationnel des Districts sanitaires. La DHPSE veillera à ce que toutes les interventions de gestion des déchets sanitaires du Projet se fassent dans le cadre unique du présent PGDS qui constitue la boussole. Par ailleurs, elle s'assurera d'une meilleure planification de la mise en œuvre des différentes activités et comme d'autres PTF apportent un appui au secteur, veiller à une complémentarité de toutes les interventions afin d'optimiser les résultats sur le terrain.

Au niveau des structures sanitaires, les Comités d'hygiène des établissements sanitaires seront redynamisés afin d'élaborer leurs microplans de gestion des déchets sanitaires et de conduire la mise en œuvre des activités.

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

L'UCPS - BM à travers la Cellule Sauvegarde Environnementale et Sociale, Genre et Qualité est chargée d'assurer la supervision, l'appui technique et financier pour la mise en œuvre du PGDS. A travers le FBP, l'UCPS-BM permet aux établissements sanitaires de construire leur autonomie financière pour une gestion durable de leurs déchets.

Pour mieux coordonner les interventions afin d'obtenir une complémentarité d'actions et optimiser les résultats sur le terrain, le présent plan s'alignera avec tous les autres plans opérationnels intervenant dans la gestion des déchets sanitaires, notamment le plan national de gestion des déchets sanitaires (PNGDS 2021-2025) et le plan d'urgence de gestion des déchets sanitaires COVID-19.

Dans le cadre de l'opérationnalisation de la polarisation et de la contractualisation, les Districts sanitaires seront chargés d'organiser et de suivre (i) la mobilisation des établissements sanitaires autour de la gestion des déchets, (ii) la fédération et la gestion des ressources destinées aux déchets sanitaires des établissements de leurs aires et à termes, (iii) la collecte, le transport, l'élimination et la maintenance de leurs équipements à travers des prestataires privés.

### **6.1.3. Planification de la gestion des déchets sanitaires et ressources nécessaires**

Pour une mise en œuvre coordonnée du PGDS du Projet, une planification opérationnelle cohérente et concertée est faite afin d'amener tous les acteurs concernés à ajuster leurs activités sur ledit plan. Le but visé est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification.

En ce qui concerne la gestion des déchets sanitaires, le Projet s'appuiera sur les expériences acquises, notamment, les opérations de collecte, de transport et d'élimination des déchets sanitaires organisées en 2021, 2022 et 2023 dans le cadre du Projet d'Appui au plan national de riposte contre la COVID-19 (PA COVID-19) et de ses financements additionnels qui ont permis d'opérationnaliser les stratégies de polarisation et de contractualisation sur les sites COVID-19 et les centres de vaccination. Ces opérations ont également permis d'instaurer un programme de maintenance de incinérateurs ciblés, assurant ainsi leur fonctionnalité et permettant aux Districts et établissements sanitaires bénéficiaires d'amorcer l'organisation d'une gestion sans risque de leurs déchets.

Le Projet permettra, à partir des acquis obtenus, de poursuivre et de renforcer les opérations actuelles de collecte et d'élimination, et de les étendre à l'ensemble des régions sanitaires. Par la suite, le PSNDPE permettra de renforcer le système national de gestion des déchets sanitaires à travers i) l'acquisition et l'installation de plateformes d'incinération à faible émission dans l'ensemble des dix (10) pôles régionaux de santé, et la dotation en véhicules spécialisés de transport de déchets, ensuite, ii) la mise en place d'un projet PPP dans lequel le partenaire privé rénovera et entretiendra les équipements et ouvrages de gestion existant, les exploitera et iii) l'appui aux

structures sanitaires pour leur contribution au financement des plateformes à partir de leurs subsides.

#### **6.1.4. Mécanisme de Coordination**

##### ***6.1.4.1. Organe de Coordination de la mise en œuvre des activités***

Il s'agit de l'organe national qui sera composé de la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE), de la Direction des Infrastructure et l'Équipement, de la Maintenance et du Patrimoine (DIEMP) et de l'Unité de Coordination du Projet (UCP). Cet organe qui pourra voir la participation d'autres acteurs, sera chargé d'orienter et de suivre la mise en œuvre des interventions. A ce titre, il doit : (i) valider les objectifs périodiques, (ii) veiller à ce que toutes les interventions de gestion des déchets sanitaires du Projet se fassent dans le cadre unique du présente PGDS, (iii) suivre et accompagner la mise en œuvre des activités du PGDS, (iv) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (v) veiller à une complémentarité de toutes les interventions du secteur afin d'optimiser les résultats sur le terrain, (vi) organiser le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités et (vii) apprécier le degré d'atteinte des résultats du PGDS du Projet.

##### ***6.1.4.2. Comité Technique de suivi de mise en œuvre***

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

##### ***6.1.4.3. Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi***

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

##### ***6.1.4.4. Comités d'hygiène des Etablissements Sanitaires***

Les Comités d'hygiène des établissements sanitaires constituent le relai des actions de gestion des déchets sanitaires au niveau de leurs structures respectives. Ils seront chargés entre autres, avec l'appui du District sanitaire : (i) d'identifier les besoins pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires, (ii) de proposer des actions prioritaires, (iii) de sensibiliser les prestataires au tri des déchets, (iv) d'organiser la formation du personnel, (v) d'organiser le suivi des activités.

## **6.2. Articulation du PGDS du Projet à la stratégie gouvernementale**

### **6.2.1. Ancrage stratégique**

Le PGDS du PSNDPE est basé sur le PNGDS 2021-2025 et répond au souci de garantir l'exécution du Projet dans le respect des normes environnementales et sociales de la Banque mondiale, tout en s'assurant que les déchets produits soient gérés de façon écologiquement rationnelle.

Sur le plan institutionnel, le PGDS du PSNDPE, contribue activement à la réalisation de l'effet intermédiaire 6.2 de l'effet 6 de l'axe stratégique 6 du PNDS 2021-2025<sup>6</sup>.

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

Le PGDS du PSNDPE est donc arrimé aux orientations stratégiques du PNDS 2021-2025 dans lequel il s'intègre parfaitement.

### **6.2.2. Acteurs et responsabilités**

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

#### ***6.2.2.1. 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 réalisation des objectifs du PGDS du PSNDPE. Cette responsabilité est 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 telles que l'Unité de Coordination des Projets de Santé-Banque Mondiale (UCPS-BM), la Direction de la Direction des Infrastructures, de l'Equipeement, de la Maintenance et du Patrimoine (DIEMP) et la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP).

L'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) a en charge la gestion des Produits Pharmaceutiques Inutilisables (PPI). L'AIRP est une structure de surveillance et de gestion du secteur pharmaceutique, parapharmaceutique et de la biologie médicale. Elle est dotée de pouvoir de régulation renforcée en vue de protéger le consommateur contre les produits pharmaceutiques contrefaits, faux ou falsifiés.

Le MSHPCMU à travers l'UCP est responsable de la mobilisation des financements intérieurs et extérieurs requis pour la mise en œuvre du présent plan.

#### ***6.2.2.2. Entités déconcentrées du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la couverture maladie universelle***

Les Districts sanitaires cibles sont chargés d'assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des dispositions du PGDS dans les établissements sanitaires. Ils sont eux-mêmes supervisés par les

---

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

Régions sanitaires qui les accompagnent dans les activités de plaidoyer, de mobilisation sociale et de communication pour le changement social et comportemental.

### **6.2.2.3. Administration des établissements sanitaires**

L'administration de l'établissement sanitaire est responsable de la gestion des déchets sanitaires dans sa structure. Elle sera donc un partenaire d'exécution du présent plan de gestion des déchets sanitaires. En effet, l'administration de l'établissement sanitaire est chargée de créer un Comité d'hygiène de l'établissement et mettre en place des unités de gestion des déchets sanitaires dans chacune des unités de soins. Elle fournit les Equipements de Protection Individuelle (EPI) complets, les matériels et les équipements de tri et de collecte des déchets, et est responsable du transport et de l'élimination des déchets. Elle veille à l'application du règlement et des procédures en matière de gestion des déchets sanitaires, notamment le tri à la production, le traitement des eaux usées avant leur rejet dans la nature et à l'application de la circulaire N° 04801 MSHPCMU/CAB du 25 juin 2021 portant sur les mesures obligatoires d'hygiène dans les établissements sanitaires. L'administration désigne les équipes en charge de la gestion au quotidien des déchets et en assure le renforcement de leurs capacités.

### **6.2.2.4. 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 du PGDS, notamment le transport ex-situ des déchets sanitaires, la construction des incinérateurs, banaliseurs ou stations de traitement des déchets sanitaires liquides.

### **6.2.2.5. Agence Nationale de la Gestion des Déchets (ANAGED) et Mairies**

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

## **7. OBJECTIFS DU PGDS DU PROJET**

### **7.1. Objectif général**

L'objectif général visé par le PGDS est d'améliorer la gestion des déchets sanitaires produits dans le cadre des activités du Projet.

### **7.2. Impact du PGDS du Projet**

L'impact global de la mise en œuvre du PGDS est de contribuer à sa performance environnementale et sociale en assurant la sécurité et la santé des malades, du personnel des établissements de soin, et de la communauté ainsi que la protection de l'environnement.

## 7.3. Objectifs stratégiques

### 7.3.1. Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires

#### 7.3.1.1. Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs

La stratégie de la formation utilisée dans le cadre du présent Projet sera de renforcer les capacités des équipes dirigeantes locales pour améliorer la supervision des prestataires et du personnel soignant et d'entretien aux bonnes pratiques d'hygiène, notamment le tri systématique des déchets. Ces acteurs seront également formés à l'élaboration des microplans de gestion des déchets sanitaires.

Dans le cadre du PGDS du Projet, il s'agira d'organiser la formation du personnel soignant, du personnel des équipes dirigeantes et du personnels d'entretien en matière de gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

#### 7.3.1.2. Objectif spécifique 1.2. : Renforcer l'organisation de la gestion des déchets sanitaires

Le PGDS du Projet permettra de :

- acquérir et installer quatre (04) plateformes d'incinération de déchets sanitaires (capacité 100 kg de déchets/heure + laveur de fumées) avec leurs ouvrages annexes dans quatre (04) pôles sanitaires (San Pedro, Korhogo, Daloa et Abengourou) ;
- faire l'inventaire des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure dans les 10 pôles sanitaires (San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou) ;
- organiser une opération de remplacement des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure par des équipements biomédicaux plus respectueux des normes environnementales dans un (01) pôle sanitaire (Abidjan). Le choix d'Abidjan répond au fait que c'est le pôle qui regroupe le plus de Districts sanitaires (donc plus d'équipements) et qui a le plus grand nombre de population ;
- organiser la gestion des équipements et matériels biomédicaux en fin de cycle (lits, chariots, radio, équipements de labo, équipements de mesure etc.) dans deux (02) pôles sanitaires (Abidjan et Man). Abidjan parce que c'est le pôle qui va abriter l'activité de remplacement des équipements biomédicaux et Man pour couvrir la zone Ouest du pays. Les autres activités couvrant déjà les zones Sud (Abidjan et San-Pedro), Nord (Korhogo), Est (Abengourou) et Centre (Bouaké) du pays ;
- Doter les manutentionnaires des déchets et les opérateurs d'incinérateurs en EPI ainsi que les établissements sanitaires en matériels de collecte des déchets ;
- procéder à la maintenance préventive et curative des incinérateurs publics et leurs ouvrages annexes. Cette opération inclura les incinérateurs publics non fonctionnels ;
- acquérir neuf (09) véhicules spéciaux de transport des déchets sanitaires pour trois (03) pôles sanitaires. Il s'agit de Bouaké, Odienné et Yamoussoukro qui sont des zones où la polarisation et la contractualisation des déchets sanitaires ne sont pas opérationnels.

### **7.3.2. Objectif stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires**

#### **7.3.2.1. Objectif spécifique 2.1. : Mobiliser les acteurs autour de la question de la gestion des déchets sanitaires**

Le PGDS du Projet permettra de :

- assurer la révision, l'édition et la diffusion des supports de communication dans les établissements sanitaires ;
- organiser des séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des responsables et du personnel de santé.

#### **7.3.2.2. Objectif spécifique 2.2. : Sensibiliser les acteurs à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires**

Le PGD prévoit d'informer et de sensibiliser les responsables et le personnel soignant ainsi que le personnel d'entretien à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

### **7.3.3. Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS du PSNDPE**

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

La coordination des activités sur le terrain sera assurée par la DHPSE qui se chargera d'organiser les revues du PDGS du Projet, les réunions de coordination, les missions de suivi et de supervision avec l'appui technique et financier de l'Unité de Coordination du Projet (UCP). Par ailleurs, il s'agit de :

- organiser des ateliers régionaux de vulgarisation du PGDS à l'endroit des acteurs pour améliorer leur appropriation ;
- organiser des réunions bimensuelles de coordination et des missions de suivi et de supervision de la mise en œuvre du PGDS dans des établissements sanitaires ;
- réviser et renforcer les critères liés à la gestion des déchets sanitaires dans l'évaluation des performances dans le cadre du financement basé sur la performance.

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

Pour mieux assurer la coordination, les capacités de la DHPSE, la DIEMP et de l'UCP seront renforcées à travers une mission d'imprégnation sur la gestion des déchets au Rwanda d'une part, et la dotation en fournitures bureautiques et informatiques ainsi qu'en carburant d'autre part.

## **8. MATRICE DU PLAN D'ACTIONS ET BUDGET**

### **8.1. Détail du budget du Plan d'actions de Gestion des Déchets Sanitaires du PSNDPE**

Le plan d'actions et le budget détaillé pour la mise en œuvre du PGDS du Projet est présenté dans le tableau suivant (tableau 4).

**Tableau 4. Détail du budget du PGDS du PSNDPE**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME				Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Quantité	Coût Unitaire	BUDGET (FCFA)
			AN1	AN2	AN3	AN4						
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires												
Objectif spécifique 1.1. : Organiser la formation des acteurs	1.1.1	Former 500 personnels soignants et250 personnels d’entretien					Nombre de personnel soignant formé ; Nombre de personnel d’entretien formé.	- Rapport d'atelier de formation ;  - Liste de présence.	DHPSE/UCP	750 (Personne)	100 000	75 000 000
	1.1.2	Former 200 personnels des équipes dirigeantes					Nombre de personnel des équipes dirigeantes formé	- Rapport d'atelier de formation ;  - Liste de présence.	DHPSE/UCP	200 (Personne)	125 000	25 000 000
	1.1.3	Former 120 Directeurs départementaux de la santé et les responsables des structures sanitaires à la rédaction de micro-plans de gestion des déchets sanitaires et à la mutualisation de leurs efforts pour la polarisation des déchets sanitaires					Nombre de séances de formation organisé	-Listes de présence  -Rapports de formations	UCP/DHPSE	8 (séances)	18 000 000	144 000 000
S/total Objectif spécifique 1.1										244 000 000		
Objectif spécifique 1.2. : Renforcer l’organisation de la gestion des déchets sanitaires	1.2.1	Acquérir et installer quatre (04) plateformes d’incinération de déchets sanitaires (capacité 100 kg de déchets/heure + laveur de fumée) avec leurs ouvrages annexes dans quatre (04) pôles sanitaires (San Pedro, Korhogo, Daloa, Abengourou)					- Nombre d’incinérateurs acquis et installés avec leurs ouvrages annexes  - Nombre d’incinérateurs installés et fonctionnels	- PV de réception ;  - Bordereaux de Livraison ;  - Rapports d’activités.	DHPSE/ DIEMP	04 (Plateforme)	150 000 000	600 000 000
	1.2.2	Faire l'inventaire des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure dans les 10 pôles sanitaires (San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou)					Nombre d’équipements biomédicaux avec dispositif de mercure inventorié dans les 10 pôles sanitaires	Rapports d’activités	UCP/DIEMP	10 (Pôle)	8 500 000	85 000 000



OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME				Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Quantité	Coût Unitaire	BUDGET (FCFA)
			AN1	AN2	AN3	AN4						
	1.2.3	Organiser une (01) opération de remplacement des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure par des équipements biomédicaux plus respectueux des normes environnementales dans un (01) pôle sanitaire (Abidjan)					Nombre d'équipements biomédicaux avec dispositif de mercure remplacé au niveau du pôle sanitaire cible	Rapports d'activités	UCP/DHPSE/DIEMP	1 (Opération)	300 000 000	300 000 000
	1.2.4	Organiser la gestion des équipements et matériels biomédicaux en fin de cycle (lits, chariots, radio, équipements de labo, équipements de mesure etc.) dans deux (02) pôles sanitaires (Abidjan et Man)					Nombre de pôles sanitaires ayant bénéficié de la gestion des équipements et matériels en fin de cycle	Rapports d'activités	UCP/DIEMP	2 (Pôle)	225 000 000	450 000 000
	1.2.5	Doter les manutentionnaires des déchets et les opérateurs d'incinérateurs en EPI					Nombre d'EPI acquis et distribués ; Nombre de manutentionnaires et d'opérateurs d'incinérateurs disposant d'EPI complets.	- PV de réception ; - Rapport d'activités.	UCP/DHPSE	4 (Pôle)	10 000 000	40 000 000
	1.2.6	Doter les établissements sanitaires en matériels de collecte des déchets					Nombre de matériels de collecte acquis et distribués ; Nombre d'établissements sanitaires disposant de matériels de collecte.	- PV de réception ; - Rapport d'activités.	UCP/DHPSE	4 (Pôle)	55 000 000	220 000 000
	1.2.7	Procéder à la maintenance préventive et curative des 55 incinérateurs publics et leurs ouvrages annexes					Nombre d'incinérateurs publics ayant bénéficié de la maintenance préventive et curative ;	- Rapports d'activités - Rapports d'Intervention Technique (RIT)	UCP/DHPSE/DIEMP	1 contrat	400 000 000	400 000 000

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME				Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Quantité	Coût Unitaire	BUDGET (FCFA)
			AN1	AN2	AN3	AN4						
	1.2.8	Acquérir neuf (09) véhicules spéciaux de transport des déchets sanitaires pour trois (03) pôles sanitaires (Bouaké, Odienné, Yamoussoukro)					Nombre de véhicules spéciaux de transport de déchets sanitaires acquis et opérationnels,	- PV de réception ; - Bordereaux de Livraison - Rapport d'activité	UCP/DHPSE	9 (Véhicule)	60 000 000	540 000 000
S/total Objectif spécifique 1.2												2 645 000 000
S/Total Objectif Stratégique 1												2 889 000 000
Objectif Stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires												
Objectif spécifique 2.1. : Mobiliser les acteurs autour de la question de la gestion des déchets sanitaires	2.1.1	Réviser éditer et diffuser les supports de communication (900 kakemonos, 15000 affiches 40X80) sur la gestion des déchets sanitaires					- Nombre de séances de révision des supports de communication sur la gestion des déchets sanitaires  - Nombre d'affiches et dépliants édités et diffusés- Nombres de kakemonos révisés, édités et diffusés	- Rapport de séances de révision  - Liste des participants  - PV de réception  -Rapports d'activités	DHPSE/UCP	150 (Kakemono)  25000 (Affiches)	150 0000  2 100	75 000 000
	2.1.2	Organiser 08 des séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des responsables et du personnel de santé					Nombres d'affiches révisées  - Nombre de dépliants révisés	- Rapports d'activités  - Liste de présence	DHPSE/UCP	8 (Séance)	1 250 000	10 000 000
S/total Objectif spécifique 2.1												85 000 000
Objectif spécifique 2.2. : Sensibiliser les acteurs à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires	2.2.1	Organiser 20 séances d'information et de sensibilisation des responsables et du personnel soignant ainsi que le personnel d'entretien à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires					Nombre de séances d'information et de sensibilisation organisé	- Rapports d'activités ; - Listes de présence	UCP/ANADER	20 (Séance)	1000 000	20 000 000
S/total Objectif spécifique 2.2												10 000 000
S/Total Objectif Stratégique 2												190 000 000

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME				Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Quantité	Coût Unitaire	BUDGET (FCFA)
			AN1	AN2	AN3	AN4						
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS du PSNDPE												
Objectif spécifique 3.1. : Organiser la coordination et le suivi-évaluation	3.1.1	Organiser 02 revues du PGDS du Projet (01 revue à mi-parcours et 01 revue finale)					Nombre de revues organisées	- Rapport d’activité ;  - Liste de présence.	UCP/DHPSE/ DIEMP	2	5 000 000	10 000 000
	3.1.2	Organiser quatre (04) ateliers régionaux de vulgarisation du PGDS du projet					Nombre d’atelier organisé	- Liste des participants  -Rapports d’ateliers	UCP/DHPSE	4	17 000 000	68 000 000
	3.1.3	Organiser 24 réunions bimensuelles de coordination du PGDS du Projet					Nombre de réunions organisées	- Comptes rendus de réunions ;  - Liste de présence.	DHPSE/UCP	24 (Réunion)	150 000	3 600 000
	3.1.4	Organiser 50 missions de suivi et de supervision de la mise en œuvre du PGDS dans des établissements sanitaires					Nombre de missions de supervisions organisées	Rapports de missions	UCP/DHPSE/ DIEMP	50 (Mission)	400 000	20 000 000
	3.1.5	Réviser et renforcer les critères liés à la gestion des déchets sanitaires dans l’évaluation des performances dans le cadre du financement basé sur la performance					Intégration des critères révisés dans la fiche d’évaluation de performance PBF	Fiche d’évaluation de performance PBF	UCP/CC-PBF	PM	PM	PM
S/total Objectif spécifique 3.1										101 600 000		
Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités des partenaires d’exécution	3.2.1	Organiser une (01) mission d’imprégnation sur la gestion des déchets sanitaires au Rwanda de la DHPSE et la DIEMP et de l’UCP					Nombre de personnels de la DHPSE, la DIEMP et l’UCP imprégnés sur la gestion des déchets sanitaires du Rwanda	Rapport de mission	DHPSE/DIE MP/UCP	10 (Personnes)	2 500 000	25 000 000

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME				Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Quantité	Coût Unitaire	BUDGET (FCFA)
			AN1	AN2	AN3	AN4						
	3.2.2	Apporter un appui en carburant et en fourniture de bureau à la DHPSE et la DIEMP					Nombre de fournitures de bureau, de matériel informatique et de quantité de carburant acquis fourni	-PV de réception ; - Bordereau de livraison	UCP	4 (An)	7 500 000	30 000 000
S/total Objectif spécifique 3.2												55 000 000
S/Total Objectif Stratégique 3												156 600 000
TOTAL BUDGET DU PGDS DU PSNDPE											3 235 600 000	

## 8.2. Récapitulatif du budget

Le budget total du PGDS du PSNDPE est estimé à **trois milliards deux cent trente-cinq millions six cent mille (3 235 600 000) francs CFA** soit **six millions quatre cent soixante-onze mille deux cents (6 471 200) dollars EU**. Il est réparti par objectif stratégique comme suit :

**Tableau 5. Récapitulatif du budget prévisionnel du PGDS du PSNDPE**

RECAPITULATIF	BUDGET (FCFA)	%
Objectif stratégique 1 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires	2 889 000 000	89,29%
Objectif Stratégique 2 : Assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets	190 000 000	5,87%
Objectif stratégique 3 : Assurer la gouvernance du PGDS du PSNDPE	156 600 000	4,84%
<b>TOTAL (FCFA)</b>	<b>3 235 600 000</b>	<b>100%</b>

## 9. PLAN DE SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PGDS DU PROJET

### 9.1. Démarche

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

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

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

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

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

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

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

## **9.2. But et activités clés du plan de suivi-évaluation du PGDS du projet**

### **9.2.1. But du plan de suivi-évaluation**

Le but est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ainsi que des activités de nutrition, des opérations de vaccination et de la sécurité du personnel des établissements sanitaires et de la population par la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires.

### **9.2.2. Activités clés du plan de suivi-évaluation du Projet à suivre**

- 1) Former 500 personnels soignants et 250 personnels d'entretien ;
- 2) Former 200 personnels des équipes dirigeantes ;
- 3) Former 120 Directeurs départementaux de la santé et les responsables des structures sanitaires à la rédaction de micro-plans et à la mutualisation de leurs efforts pour la polarisation des déchets sanitaires
- 4) Acquérir et installer quatre (04) incinérateurs de déchets sanitaires (capacité 100 kg de déchets/heure) avec leurs ouvrages annexes dans quatre (04) pôles sanitaires (San Pedro, Korhogo, Daloa, Abengourou) ;
- 5) Faire l'inventaire des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure dans les 10 pôles sanitaires (San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou) ;
- 6) Organiser une (01) opération de remplacement des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure par des équipements biomédicaux plus respectueux des normes environnementales dans un (01) pôle sanitaire (Abidjan) ;
- 7) Organiser la gestion des équipements et matériels biomédicaux en fin de cycle (lits, chariots, radio, équipements de labo, équipements de mesure etc.) dans deux (02) pôles sanitaires (Abidjan et Man) ;
- 8) Doter les manutentionnaires des déchets et des opérateurs d'incinérateurs en EPI ;
- 9) Doter les établissements sanitaires en matériels de collecte des déchets ;
- 10) Procéder à la maintenance préventive et curative des 55 incinérateurs publics et leurs ouvrages annexes ;
- 11) Acquérir neuf (09) véhicules spéciaux de transport des déchets sanitaires pour trois (03) pôles sanitaires (Bouaké, Odienné, Yamoussoukro) ;
- 12) Réviser éditer et diffuser les supports de communication (150 kakemonos, 25 000 affiches 40X80) sur la gestion des déchets sanitaires ;
- 13) Organiser 08 des séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des responsables et du personnel de santé ;
- 14) Organiser 20 séances d'information et de sensibilisation des responsables et du personnel soignant ainsi que le personnel d'entretien à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires ;
- 15) Organiser 02 revues du PGDS du Projet (01 revue à mi-parcours et 01 revue finale) ;
- 16) Organiser quatre (04) ateliers régionaux de vulgarisation du PGDS du projet ;

- 17) Organiser 24 réunions bimensuelles de coordination du PGDS du Projet ;
- 18) Organiser 50 missions de suivi et de supervision de la mise en œuvre du PGDS dans des établissements sanitaires.

### **9.3. Objectifs du Plan de suivi-évaluation**

#### **9.3.1. Objectif général**

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

#### **9.3.2. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques se déclinent comme suit :

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

### **9.4. Cadre de suivi-évaluation**

Le cadre du suivi-évaluation est une représentation séquentielle des étapes devant conduire à l'appréciation des résultats obtenus dans la mise en œuvre des activités pour la période définie pour le PGDS du PSNDPE. Il repose sur des indicateurs qui vont permettre de mesurer le degré de mise en œuvre. Ces indicateurs sont définis en prenant en compte toutes les composantes du PGDS. Il sera présenté sous forme de cadre logique afin de faciliter la compréhension des interventions et les objectifs mesurables à court et moyen termes.

**Tableau 6. Cadre logique**

INTRANTS		PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
Le personnel des Directions centrales, des Directions Régionales du MSHPCMU, l'équipe cadre des Districts sanitaires du MSHPCMU, les Comités d'hygiène des Etablissements sanitaires, les leaders communautaires, les collectivités territoriales, la société civile et les Partenaires Technique et Financier (PTF), le personnel de la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE), de la Direction des	1.	- Former 500 personnels soignants et 250 personnels d'entretien ;	- 500 personnels soignants et 250 personnels d'entretien sont formés	La gestion des déchets sanitaires produits par les établissements cibles est améliorée et elle est faite de façon écologiquement rationnelle
	2.	- Former 200 personnels des équipes dirigeantes ;	200 personnels des équipes dirigeantes sont formés	
	3.	- Former 120 Directeurs départementaux de la santé et les responsables des structures sanitaires à la rédaction de micro-plans et à la mutualisation de leurs efforts pour la polarisation des déchets sanitaires	- 120 Directeurs départementaux de la santé et les responsables des structures sanitaires formés à la rédaction des microplans	
	4.	- Acquérir et installer quatre (04) incinérateurs de déchets sanitaires (capacité 100 kg de déchets/heure) avec leurs ouvrages annexes dans quatre (04) pôles sanitaires (San Pedro, Korhogo, Daloa, Abengourou) ;	- 04 incinérateurs de déchets sanitaires (capacité 100 kg de déchets/heure) avec leurs ouvrages annexes (San Pedro, Korhogo, Daloa, Abengourou) sont acquis et installés dans quatre (04) pôles sanitaires	
	5.	- Faire l'inventaire des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure dans les 10 pôles sanitaires (San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou) ;	- L'inventaire des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure dans les 10 pôles sanitaires (San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou)	
	6.	- Organiser une (01) opération de remplacement des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure par des équipements biomédicaux plus respectueux des normes environnementales dans un (01) pôle sanitaire (Abidjan) ;	- 01 opération de remplacement des équipements biomédicaux avec un dispositif en mercure par des équipements biomédicaux plus respectueux des normes environnementales dans un (01) pôle sanitaire (Abidjan) est organisée	
	7.	- Organiser la gestion des équipements et matériels biomédicaux en fin de cycle (lits, chariots, radio, équipements de labo, équipements de mesure etc.) dans deux (02) pôles sanitaires (Abidjan et Man) ;	- La gestion des équipements et matériels biomédicaux en fin de cycle (lits, chariots, radio, équipements de labo, équipements de mesure etc.) dans deux (02) pôles sanitaires (Abidjan et Man) est organisée	
	8.	- Doter les manutentionnaires des déchets et des opérateurs d'incinérateurs en EPI	- Les manutentionnaires des déchets et des opérateurs d'incinérateurs sont dotés en EPI	



Infrastructures, de l'Équipement, de la Maintenance et du patrimoine (DIEMP), Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS). De l'Unité de Coordination du Projet (UCP),	9.	- Doter les établissements sanitaires en matériels de collecte des déchets	- Les établissements sanitaires cibles sont équipés en matériels de collecte des déchets	
	10.	- Procéder à la maintenance préventive et curative des 55 incinérateurs publics et leurs ouvrages annexes ;	- la maintenance préventive et curative des 55 incinérateurs publics et leurs ouvrages annexes est assurée	
	11.	- Acquérir neuf (09) véhicules spéciaux de transport des déchets sanitaires pour trois (03) pôles sanitaires (Bouaké, Odienné, Yamoussoukro) ;	- neuf (09) véhicules spéciaux de transport des déchets sanitaires sont acquis et mises à la disposition des pôles sanitaires de Bouaké, Odienné et Yamoussoukro	
	12.	- Réviser éditer et diffuser les supports de communication (90 kakemonos, 1200 affiches 40X80) sur la gestion des déchets sanitaires ;	- 90 kakemonos, 1200 affiches (40X80) sur la gestion des déchets sanitaires sont révisés et diffusés	
	13.	- Organiser 08 des séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des responsables et du personnel de santé ;	- 08 des séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des responsables et du personnel de santé sont organisées	
	14.	- Organiser 20 séances d'information et de sensibilisation des responsables et du personnel soignant ainsi que le personnel d'entretien à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires ;	- 20 séances d'information et de sensibilisation des responsables et du personnel soignant ainsi que le personnel d'entretien à la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires sont organisées,	
	15.	- Organiser 02 revues du PGDS du Projet (01 revue à mi-parcours et 01 revue finale) ;	- 02 revues du PGDS du Projet (01 revue à mi-parcours et 01 revue finale) sont organisées	
	16.	- Organiser quatre (04) ateliers régionaux de vulgarisation du PGDS du projet	- 04 ateliers régionaux de vulgarisation du PGDS organisés	
	17.	- Organiser 24 réunions bimensuelles de coordination du PGDS du Projet ;	- 24 réunions bimensuelles de coordination du PGDS du Projet sont organisées	
	18.	- Organiser 50 missions de suivi et de supervision de la mise en œuvre du PGDS dans des établissements sanitaires	- 50 missions de supervision de la mise en œuvre du PGDS dans des établissements sanitaires sont organisées.	

## **9.5. Indicateurs**

### **9.5.1. Définition**

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

### **9.5.2. Sélection des indicateurs**

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

### **9.5.3. Niveau des indicateurs**

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

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

Aussi, la liste des indicateurs est la suivante :

1. Nombre de revues à mi-parcours et de revue finale du PGDS du PSNDPE organisées ;
2. Nombre de réunions de coordination bimensuelles organisées ;
3. Nombre de missions de supervision de la mise en œuvre du PGDS organisées ;
4. Nombre de personnels soignants, l'équipe dirigeante, le personnel d'entretien et les plateformes de coordination des activités de nutrition et de développement de la petite enfance formés ;
5. Nombre d'incinérateurs installés et fonctionnels ;
6. Nombre d'équipements biomédicaux avec dispositif de mercure inventorié dans les 10 pôles sanitaires ;
7. Nombre d'équipements biomédicaux avec dispositif de mercure remplacé au niveau du pôle sanitaire cible ;
8. Nombre d'incinérateurs publics ayant bénéficié de la maintenance préventive et curative ;
9. Nombre de véhicules spéciaux de transport de déchets sanitaires acquis et opérationnels,
10. Nombre de supports de communication révisés, édités et diffusés.

**Tableau 7. Matrice des indicateurs**

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
1.	Nombre de revues à mi-parcours et de revue finale du PGDS du PSNDPE organisé	Processus	Rapports d'activités	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/UCP
2.	Nombre de réunions de coordination bimensuelles organisées	Processus	Comptes rendus de réunion ; Liste de présence.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/UCP
3.	Nombre de missions de supervision de la mise en œuvre du PGDS organisées	Processus	Rapports de missions	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEMP/ UCP
4.	Nombre de personnels soignants, l'équipe dirigeante, le personnel d'entretien et les plateformes de coordination des activités de nutrition et de développement de la petite enfance formés	Extrant	Rapports d'atelier de formation ; Liste de présence.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEMP/ UCP
5.	Nombre d'incinérateurs installés et fonctionnels	Extrant	PV de réception ; Rapports d'activités.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEMP/ UCP
6.	Nombre d'équipements biomédicaux avec dispositif de mercure inventorié dans les 10 pôles sanitaires	Extrant	Rapports d'activités	Comptage	Annuelle	UCP/DIEMP

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
7.	Nombre d'équipements biomédicaux avec dispositif de mercure remplacé au niveau du pôle sanitaire cible	Extrant	Rapports d'activités	Comptage	Annuelle	UCP/DHPSE/DIE MP
8.	Nombre d'incinérateurs publics ayant bénéficié de la maintenance préventive et curative	Extrant	Rapports d'activités ; Rapports d'intervention technique (RIT).	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEMP/UCP
9.	Nombre de véhicules spéciaux de transport de déchets sanitaires acquis et opérationnels	Extrant	PV de réception ; Rapport d'activité.	Comptage	Annuelle	UCP/DHPSE
10.	Nombre de supports de communication révisés, édités et diffusés	Extrant	Nombre de séances de révision des supports de communication ; Nombre de support de communication édité et diffusé.	Comptage	Annuelle	DHPSE/UCP

## 10.MECANISME DE GESTION DES PLAINTES LIEES A LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES DU PROJET

Pendant la mise en œuvre du PSNDPE, la gestion des déchets sanitaires pourrait susciter des plaintes du voisinage des établissements de santé ou de leurs usagers, des travailleurs manutentionnaires opérant dans le secteur ou élevée par d'autres acteurs. Ces plaintes pourraient être associées au dégagement de fumée issues des incinérateurs ou d'odeur nauséabonde, à la dégradation du cadre de vie communautaire, ou des plaintes liées aux conditions de travail.

Ces plaintes seront enregistrées et traitées dans le cadre du mécanisme de gestion de plaintes du Projet.

### CONCLUSION

La problématique de la gestion des déchets reste entière dans les établissements sanitaires nationaux. La Côte d'Ivoire a pris l'option d'un renforcement de son système de santé et d'une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires produits par l'augmentation du volume et de la qualité des services de soins consécutivement à la mise en œuvre des activités du Projet.

Le PGDS qui se veut complémentaire aux autres initiatives nationales s'inscrit dans le cadre des orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2021-2025) dont la vision est « une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient ».

La nécessité d'une mobilisation des acteurs et de leur implication dans la mise en œuvre du PGDS est à la base du renforcement de l'information, du plaidoyer et de la sensibilisation pour un environnement de soins sain et débarrassé de tous risques.

Le PGDS contribuera au renforcement de l'opérationnalisation de la polarisation et de la contractualisation qui ont véritablement démarré dans le cadre de la mise en œuvre du plan de gestion des déchets COVID-19.

Il constitue donc une véritable boussole et un cadre idéal unique de planification de toutes les interventions dans les Districts sanitaires dont l'implication à travers les micro-planifications locales est primordiale.

Le PGDS est structuré autour de trois (03) grands objectifs stratégiques : (i) renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires, (ii) assurer la communication pour le changement de comportement des acteurs en matière de gestion durable des déchets sanitaires (iii) assurer la gouvernance.

Le coût global de mise en œuvre du PGDS du PSNDPE qui couvrira les quatre (04) années de la première étape de l'Approche programmatique multi phases dans lequel s'inscrit le Projet, est de **trois milliards deux cent trente-cinq millions six cent mille (3 235 600 000) francs CFA soit six millions quatre cent soixante-onze mille deux cent (6 471 200) dollars EU.**

## **BIBLIOGRAPHIE**

- OMS : Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire N°253 novembre 2015
- O.M.S. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève : Aide-mémoire 253, 2000
- <https://www.sante.gouv.ci>
- O.M.S. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève : Aide-mémoire 253, 2000
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Projet de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiques (PRSSE)- P147740 : Actualisation du plan de gestion des déchets sanitaires 2009-2011. Rapport d'enquête, septembre 2016
- Arrêté N°02193/MSHP/CAB/DHPSE du 31 décembre 2018 portant polarisation de la gestion des déchets sanitaires dans les établissements de santé de Côte d'Ivoire
- MSHPCMU : Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2021-2025