



# PLAN NATIONAL DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES

## 2016-2020

©Janvier 2017

## SIGLES ET ABREVIATIONS

---

<b>ABC</b>	:	Associations à Base communautaire
<b>AID</b>	:	Association Internationale de Développement
<b>AMD</b>	:	Atelier de Maintenance de District
<b>ANASUR</b>	:	Agence Nationale de la Salubrité Urbaine
<b>ANDE</b>	:	Agence Nationale de l'Environnement
<b>BCG</b>	:	Bacille de Calmette et Guérin
<b>BNETD</b>	:	Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement
<b>CAT</b>	:	Centre Anti Tuberculeux
<b>CDC/PEPFAR</b>	:	Center for Disease Control and Prevention/ President's Emergency Plan for AIDS Relief
<b>PEPFAR</b>	:	
<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>CNP-PPP</b>	:	Comité National de Pilotage des Partenariats Public-Privé
<b>CPN</b>	:	Consultation Pré Natale
<b>CS-Com</b>	:	Centre de Santé Communautaire
<b>CSR</b>	:	Centre de Santé Rural
<b>CSU</b>	:	Centre de Santé Urbain
<b>CSUS</b>	:	Centre de Santé Urbain Spécialisé
<b>CNTS</b>	:	Centre National de Transfusion Sanguine
<b>CRIEM</b>	:	Centre Régional des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
<b>DAF</b>	:	Direction des Affaires Financières
<b>DCP</b>	:	Déchets Chimiques et Pharmaceutiques
<b>DDSH</b>	:	Direction Départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>DFRS</b>	:	Direction de la Formation et de la Recherche en Santé
<b>DGHP</b>	:	Direction Générale de l'Hygiène Publique
<b>DHPSE</b>	:	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement

<b>DIEM</b>	:	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
<b>DM</b>	:	Dispensaire et Maternité
<b>DMA</b>	:	Déchets Ménagers et Assimilés
<b>DMHPP</b>	:	Direction de la Médecine Hospitalière et de la Médecine de Proximité
<b>DMI</b>	:	Déchets Médicaux Infectieux
<b>DPPEIS</b>	:	Direction de Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire
<b>DSC</b>	:	Direction de la Santé Communautaire
<b>DR</b>	:	Dispensaire Rural
<b>DRHP</b>	:	Direction de la Réglementation de l'Hygiène Publique
<b>DRSHP</b>	:	Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>DTC</b>	:	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche
<b>EIES</b>	:	Études d'Impact Environnemental et Social
<b>ENV</b>	:	Enquête sur le Niveau de Vie
<b>EPI</b>	:	Équipement de Protection Individuelle
<b>EPN</b>	:	Établissement Public National
<b>ESPC</b>	:	Établissement Sanitaire de Premier Contact
<b>ESTHER/EFI</b>	:	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau, nouvellement Expertise France Internationale
<b>FSU</b>	:	Formation Sanitaire Urbaine
<b>HG</b>	:	Hôpital Général
<b>HMA</b>	:	Hôpital Militaire d'Abidjan
<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>IDE</b>	:	Infirmier Diplômé d'État
	:	Infirmier ?
<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>JNHH</b>	:	Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière
<b>LNSP</b>	:	Laboratoire National de Santé Publique
<b>MCC</b>	:	Millenium Challenge Corporation
<b>MSHP</b>	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
<b>MVE</b>	:	Maladie à Virus Ebola
<b>OBC</b>	:	Organisations à Base communautaire
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisation Non Gouvernementale
<b>OPCT</b>	:	Objets Piquants, Coupants, Tranchants
<b>PBF</b>	:	Performance-based Financing (Financement basé sur la Performance)
<b>PCB</b>	:	Poly Chloro-Biphényles
<b>PCDD</b>	:	Poly Chloro-Dibenzo-Dioxines
<b>PCDF</b>	:	Poly Chloro-Dibenzo-Furanes
<b>PCV</b>	:	Poly Chlorure de Vinyl
<b>PGDS-PRSSE</b>	:	Plan de Gestion des Déchets Sanitaires des sites du PRSSE
<b>PGES</b>	:	Plan de Gestion Environnementale et Sociale
<b>PIB</b>	:	Produit Intérieur Brut
<b>PISAM</b>	:	Polyclinique Internationale Sainte Anne Marie
<b>PMT</b>	:	Praticiens de Médecine Traditionnelle
<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>PNPMT</b>	:	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
<b>PNUE</b>	:	Programme des Nations Unies pour l'Environnement
<b>PRSSE</b>	:	Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux Urgences Epidémiques
<b>PRONALIN</b>	:	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>PTF</b>	:	Partenaires Techniques et Financiers

<b>PUMLS</b>	:	Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida
<b>RBF</b>	:	Result-based Financing (Financement Basé sur le Résultat)
<b>RC</b>	:	Relai Communautaire
<b>RETRO-CI</b>	:	Rétrovirus Côte d'Ivoire
<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>SFDE</b>	:	Sage-femme Diplômée d'Etat
<b>SMS</b>	:	Short Message Service
<b>SNIS</b>	:	Système National d'Information Sanitaire
<b>SSSU</b>	:	Service de Santé Scolaire et Universitaire
<b>TNS</b>	:	Taux National de Scolarisation
<b>UEMOA</b>	:	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS .....	2
TABLE DES MATIERES.....	6
LISTE DES TABLEAUX .....	10
LISTE DES FIGURES.....	11
DEFINITION DE CONCEPTS.....	12
PREFACE .....	15
REMERCIEMENTS .....	17
RESUME EXECUTIF.....	18
INTRODUCTION .....	23
CHAPITRE I : GENERALITES .....	25
I. CONTEXTE GENERAL.....	25
II. PRESENTATION DU PAYS.....	26
II.1. Données physiques.....	27
II.1.1. Situation géographique.....	27
II.1.2. Climat.....	27
II.1.3. Végétation et hydrographie.....	27
II.2. Contexte socioéconomique et politique .....	28
II.2.1. Organisation administrative .....	28
II.2.2. Contexte démographique et scolaire.....	29
II.2.2.1. Population.....	29
II.2.2.2. Niveau d'alphabétisation.....	32
II.2.3. Contexte politique.....	32
II.2.4. Contexte économique .....	33
II.3. Indicateurs de santé et Système sanitaire national .....	34
II.3.1. Indicateurs de santé .....	34
II.3.2. Politique sanitaire et environnementale.....	36
II.3.3. Organisation du système sanitaire ivoirien .....	37
II.3.4. Offre de soins .....	38
II.3.4.1. Secteur sanitaire public .....	38
II.3.4.2. Secteur sanitaire privé .....	39
II.3.4.3. Médecine traditionnelle.....	40

CHAPITRE II : EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNGDM 2009-2011 ET IMPACTS SOCIO-SANITAIRES ET ENVIRONNEMENTAUX.....	41
III. MATERIEL ET METHODE DE L'EVALUATION.....	41
III.1. Evaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques.....	41
III. 2. Caractérisation des déchets sanitaires.....	43
IV. RESULTATS DE L'EVALUATION.....	44
IV.1. Analyse du cadre institutionnel et réglementaire.....	44
IV.2. Evaluation des Connaissances, Attitudes et Pratiques.....	45
IV.2.1. Au niveau du cadre réglementaire.....	47
IV.2.2. Au niveau de la formation, de l'encadrement et de la sensibilisation.....	47
IV.2.3. Au niveau des appuis financiers apportés par les autorités sanitaires locales et les Mairies.....	48
IV.2.4. Au niveau du tri, de la collecte et de l'élimination des déchets sanitaires.....	49
IV.3. Caractérisation des déchets sanitaires.....	52
IV.3.1. Déchets sanitaires solides.....	52
IV.3.2. Déchets sanitaires liquides.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
V. IMPACTS DES DECHETS SANITAIRES.....	54
V.1. Impacts environnementaux.....	54
V.2. Impacts socio-sanitaires.....	54
CHAPITRE III : PLAN NATIONAL DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES 2016-2020.....	56
VI. PROBLEMES MAJEURS.....	56
VI.1. Insuffisance du cadre institutionnel et réglementaire.....	56
VI.2. Déficience de l'organisation de la gestion des déchets sanitaires.....	57
VI.3. Insuffisance de formation et sensibilisation des acteurs.....	57
VI.4. Matériels et équipements de gestion insuffisants et inappropriés.....	58
VI.5. Insuffisance du système de financement du secteur.....	59
VII. CADRE STRATEGIQUE DU PNGDS 2016-2020.....	60
VII.1. Objectif général.....	60
VII.2. Impact global du PNGDS 2016-2020.....	60
VII.3. Objectifs stratégiques.....	60
VII.3.1. Objectif stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel.....	60
VII.3.1.1. Objectif spécifique 1.1. : Renforcer le cadre institutionnel et législatif.....	60

VII.3.1.2. Objectif spécifique 1.2. : Renforcer le cadre réglementaire et normatif .....	61
VII.3.1.2. Objectif spécifique 1.3. : Organiser le pilotage du secteur de la gestion des déchets sanitaires .....	62
VII.3.2. Objectif stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs.....	63
VII.3.2.1. Objectif spécifique 2.1. : Organiser le plaidoyer et la mobilisation sociale.	63
VII.3.2.2. Objectif spécifique 2.2. : Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires .....	64
VII.3.3. Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires .....	64
VII.3.3.1. Objectif spécifique 3.1. : Organiser la formation des acteurs clés .....	64
VII.3.3.2. Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires.....	65
VII.3.3.3. Objectif spécifique 3.3. : Mettre en place une organisation pour la gestion des déchets sanitaires .....	67
VII.3.4. Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé.....	71
VII.3.4.1. Objectif spécifique 4.1. : Inscrire le financement de la gestion des déchets sanitaires au nombre des priorités nationales et accroître la subvention de l'Etat y afférente.....	71
VII.3.4.2. Objectif spécifique 4.2. : Susciter le financement de la gestion des déchets sanitaires par les établissements sanitaires producteurs.....	71
VII.3.4.3. Objectif spécifique 4.3. : Améliorer le partenariat public-privé pour un renforcement de la gestion des déchets sanitaires.....	72
VIII. CADRE DE PARTENARIAT ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNGDS 2016-2020 .....	72
VIII.1. Cadre de partenariat.....	72
VIII.2. Cadre de mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 .....	73
VIII.2.1. Cadre institutionnel .....	73
VIII.2.2. Planification de la gestion des déchets sanitaires .....	73
VIII.2.3. Mécanisme de Coordination .....	73
VIII.2.3.1. Organe de coordination de la mise en œuvre des activités.....	73
VIII.2.3.2. Comité Technique de suivi de mise en œuvre .....	74
VIII.2.3.3. Comités régionaux de coordination et de suivi.....	74
VIII.2.3.4. Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi.....	74
VIII.2.3.5. Comités d'hygiène d'établissement sanitaire .....	75
IX. ARTICULATION DU PNGDS 2016-2020 À LA STRATEGIE GOUVERNEMENTALE .....	75
IX.1. Ancrage institutionnel.....	75



IX.2. Responsabilités et domaines de compétence.....	76
IX.2.1. Niveau central du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.....	76
IX.2.2. Entités déconcentrées du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique .....	77
IX.2.3. Administration des établissements sanitaires .....	77
IX.2.4. Ministère de l'Environnement et du Développement Durable .....	77
IX.2.5. Agence Nationale de la Salubrité Urbaine (ANASUR) et Mairies .....	78
X. PLAN DE SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNGDS 2016-2020.....	78
X.1. Démarche.....	78
X.2. But et activités clés du PNGDS 2016-2020 .....	79
X.2.1. But.....	79
X.2.2. Activités du PNGDS 2016-2020.....	79
X.3. Objectifs du plan de suivi-évaluation.....	86
X.3.1. Objectif général.....	86
X.3.2. Objectifs spécifiques .....	86
X.4. Cadre de suivi-évaluation .....	86
X.4.1. Cadre logique.....	87
X.4.2. Indicateurs.....	99
X.4.2.1. Définition .....	99
X.4.2.2. Sélection des indicateurs .....	99
X.4.2.3. Niveau des indicateurs .....	99
X.4.2.4. Matrice des indicateurs.....	104
X.5. Organisation de la mise en œuvre.....	112
XI. COUT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNGDS 2016-2020.....	116
CONCLUSION.....	134
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	135

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau I. Répartition du budget par objectif stratégique .....	21
Tableau II. Budget annualisé du PNGDS 2016-2020.....	22
Tableau III. Profil démographique de la Côte d'Ivoire .....	29
Tableau IV. Données sur les IST/VIH, les soins préventifs et les soins curatifs .....	35
Tableau V. Récapitulatif des districts et établissements sanitaires sélectionnés.....	42
Tableau VI. Récapitulatif des sujets humains interrogé.....	43
Tableau VII. Typologie des déchets sanitaires .....	44
Tableau VIII. Répertoire des incinérateurs modernes et banaliseurs existants en Côte d'Ivoire .....	51
Tableau IX. Productions nationales de déchets sanitaires par catégorie et par secteur sanitaire .....	53

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1.	Carte de l'hydrographie et de la végétation de la Côte d'Ivoire .....	28
Figure 2.	Découpage administratif de la Côte d'Ivoire (BNETD, 2012) .....	29
Figure 3.	Evolution de la pyramide des âges de la Côte d'ivoire entre 1998 et 2014 (Source INS) .....	31
Figure 4.	Principaux indicateurs de pauvreté en 2015 (Source : INS / ENV 2015) .....	34
Figure 5.	Organisation du Système sanitaire ivoirien.....	38
Figure 6.	Distribution des sujets de l'étude selon la cible .....	45
Figure 7.	Distribution des incinérateurs sur l'étendue du territoire national .....	68
Figure 8.	Distribution des incinérateurs dans le District Autonome d'Abidjan.....	69

## DEFINITION DE CONCEPTS

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 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 retraites, garderies, etc.) et à domicile.

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

**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.

## PREFACE

---

Les établissements sanitaires tout comme les services qui y sont offerts constituent la base de notre système de santé qui a souffert des crises socio-politiques successives.

Depuis 2011, le pays connaît une stabilité sociopolitique et s'est lancé le défi de l'émergence à l'horizon 2020. La paix a été retrouvée, la cohésion sociale est en cours de rétablissement et la réconciliation nationale est en bonne voie.

Le système de santé ivoirien connaît aujourd'hui une profonde mutation devant les besoins de plus en plus croissants de nos populations. Pour y faire face, nous nous sommes attelés au renforcement de notre système de santé avec l'appui de nos PTF.

Bien que destinés à contribuer durablement à l'essor économique et social de notre pays, et à son émergence, l'accroissement de l'offre de soins a pour conséquences immédiates, l'augmentation de la production des déchets sanitaires. Ces déchets, estimés par l'enquête de caractérisation réalisée par le Consultant, à 9 325 tonnes par an tous secteurs confondus, sont composés de 62% d'infectieux et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques. Ils représentent donc une sérieuse menace pour la santé publique et l'environnement.

En effet, mal gérés, les déchets sanitaires à risques sont des facteurs influençant la qualité des soins et la sécurité des patients, capables de polluer notre environnement et de transmettre des maladies graves comme le VIH/Sida, les hépatites B et C ainsi que des maladies d'origine chimique.

Dans la droite ligne de l'initiative « Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients » lancée par l'OMS en 2004 et à suite de la Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique en 2008, sanctionnée par la Déclaration de Libreville, la Côte d'Ivoire a renforcé son engagement à lutter contre les facteurs de risques pour la santé liés à l'environnement, surtout en milieu de soins. .

La réponse à la problématique des déchets sanitaires a été le premier plan de gestion mis en œuvre depuis 2009 avec l'appui de nos partenaires. Aujourd'hui, la Côte d'Ivoire vient de se doter d'un nouveau Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires pour la période 2016-2020 (PNGDS 2016-2020). Ce plan qui s'inscrit dans le cadre du Plan National de Développement 2016-2020, vise à contribuer à la protection du personnel de santé, des usagers des établissements sanitaires, de la communauté et de l'environnement par une amélioration de la gestion des déchets produits dans nos structures de santé.

Cet outil, destiné aux différents acteurs de notre système de santé, détermine le cadre d'une planification unique, cohérente et concertée des interventions en matière de gestion des déchets, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Je voudrais adresser les remerciements du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à tous nos PTF, notamment la Banque Mondiale qui, par son appui à travers le PRSSE, nous permet de nous doter de cet important outil de planification après avoir aidé à l'élaboration et la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011.

Tout en espérant que le PNGDS 2016-2020 connaîtra une mise en œuvre totale et permettra au MSHP de maîtriser la problématique des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire, je voudrais inviter tous les acteurs de notre système de santé à faire un bon usage de ce document aux fins de protéger la santé des populations et de garder notre environnement sain dans une Côte d'Ivoire émergente en 2020.

**Dr Raymonde GOUDOU COFFIE**

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique



## REMERCIEMENTS

---

Le présent Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2016-2020 initié avec l'appui de la Banque Mondiale à travers le Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux Urgences Epidémiques est le fruit d'un travail de longue haleine et basé sur les leçons apprises du PNGDM 2009-2011.

C'est un outil qui vise à mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification des interventions de gestion des déchets produits par l'ensemble de nos établissements sanitaires publics et privés.

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

Nos remerciements s'adressent également :

- aux experts des Ministères techniques concernés pour leurs contributions très appréciées ;
- aux experts du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, pour leur entière disponibilité et les efforts déployés pour la finalisation de ce document ;
- aux établissements sanitaires publics et privés ciblés par l'enquête de terrain, pour les informations utiles qu'ils ont acceptées librement de fournir ;
- à l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire et aux Maires des Communes d'Abobo, de Cocody, de Bingerville, de Daloa, de Man et de Yamoussoukro, ciblées par l'enquête, pour leur disponibilité et leurs contributions pour le renforcement de notre système de santé à l'enrichissement des données collectées ;
- au Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux Urgences Epidémiques pour son appui financier à l'élaboration et à la validation de ce document ;
- au Consultant pour avoir conduit l'évaluation de la mise en œuvre du Plan National de Gestion des Déchets Médicaux 2009-2011 et élaboré le présent document.

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

Le Gouvernement ivoirien à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, conscient des nombreux efforts qui restent à faire, croit fermement qu'avec les PTF, nous arriverons à mettre en œuvre le PNGDS 2016-2020 qui, à terme, contribuera à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations en Côte d'Ivoire.

**Dr Raymonde GOUDOU COFFIE**

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

## RESUME EXECUTIF

---

Les déchets produits par les activités du secteur de la santé influencent fortement l'hygiène en milieu communautaire et en milieu de soins. Leur gestion joue un rôle essentiel d'une part, dans la qualité des soins, la sécurité des patients et du personnel soignant et d'autre part, dans la protection de l'environnement et de la communauté contre les risques de pollution et de contamination.

La problématique de la gestion des déchets sanitaires constitue donc une préoccupation mondiale majeure de santé publique et d'environnement. Cette préoccupation est importante pour la Côte d'Ivoire. En effet, le tri des déchets à la production n'est pas systématique, le système de collecte et de transport des déchets reste lacunaire et l'élimination n'est pas écologique.

De plus, selon les estimations, le système de santé ivoirien tout secteur confondu produit environ 25,55 tonnes chaque jour soit 9 325,09 tonnes par an. 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux, composés de 8% d'objets piquants, coupants, tranchants et 54% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT. 36% sont assimilables aux déchets ménagers et assimilés et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques. Cette importante quantité de déchets à risque est susceptible de propager autant des microorganismes pathogènes que des produits chimiques dangereux. Leur mauvaise gestion est responsable dans le monde d'environ 21 millions de cas d'infections par le virus de l'hépatite B, 2 millions de cas d'infection par celui de l'hépatite C et 260 000 cas d'infection par le VIH<sup>1</sup>.

Pour faire face à ces risques sanitaires et environnementaux évidents, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec l'appui financier de la Banque Mondiale à travers le PRSSE, a initié le processus ayant abouti à l'élaboration du présent plan, issu de l'évaluation de la mise en œuvre de celui de la période 2009-2011.

C'est un document de référence qui trace le cadre général pour une planification unique, cohérente et concertée des interventions en matière de gestion des déchets à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'objectif général du PNGDS 2016-2020 est d'améliorer la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire à l'horizon 2020. Quatre (04) objectifs stratégiques et onze (11) objectifs spécifiques s'en dégagent :

### **1. Objectif stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel**

Il comprend trois (03) objectifs spécifiques que sont (i) renforcer le cadre institutionnel et législatif, (ii) Renforcer le cadre réglementaire et normatif et (iii) Organiser le pilotage du

---

<sup>1</sup> OMS : Aide-mémoire n°254 ; Genève 2004

secteur de la gestion des déchets sanitaires. Il s'agit, par cet objectif stratégique, de contribuer à répondre aux différents engagements nationaux et internationaux pris par la Côte d'Ivoire en matière de promotion de la santé et de protection de l'environnement à travers l'adoption du Code de l'hygiène publique et la prise de l'ensemble des textes d'application du dispositif législatif et réglementaire existant en la matière.

De plus, la Côte d'Ivoire doit renforcer sa politique et sa stratégie en matière d'hygiène hospitalière et de gestion des déchets sanitaires.

Par ailleurs, les différents documents de référence en matière de gestion des déchets sanitaires tels que les normes, directives, procédures, etc. doivent être mis à la disposition des acteurs du secteur.

L'absence et/ou l'insuffisance de personnel et de structure/organe dédiés spécialement à la gestion des déchets est un problème récurrent au niveau national. Il s'agira donc à travers cet objectif stratégique, de mettre en place les organes et dispositifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de renforcer les capacités de la structure de coordination désignée.

## **2. Objectif stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs**

Il est constitué de deux (02) objectifs spécifiques : (i) organiser le plaidoyer et la mobilisation sociale et (ii) sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires.

A travers ces objectifs spécifiques, il s'agit mobiliser l'ensemble des acteurs surtout collectivités territoriales, les représentants des administrations centrales concernées, les principaux partenaires bilatéraux et multilatéraux, les responsables d'établissements sanitaires, les groupements socio-professionnels du secteur santé autour d'une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires. Le plaidoyer sera également fait à l'endroit des autorités du système éducatif national pour l'introduction dans les curricula de formation du personnel de santé, de la gestion des déchets sanitaires.

Par ailleurs, les Relais Communautaires (RC) pourront jouer un rôle important dans l'amélioration de la gestion des déchets sanitaires. Aussi, leurs compétences en la matière devront-elles être renforcées pour améliorer leur intervention sur le terrain.

La mobilisation sociale pourra être soutenue par l'organisation de concours annuel de l'établissement sanitaire le plus propre et de Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière et de la Gestion des Déchets Sanitaires avec en ligne de mire, la création du label de l'hôpital écologique ou « éco-hôpital ».

La sensibilisation du personnel soignant, des agents chargés de la manipulation des déchets sanitaires, de l'administration sanitaire, des Collectivités territoriales, des PTF et de la population constitue un aspect important du présent plan de gestion. Elle se fera à travers entre autre des supports média et hors média.

### **3. Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires**

Cet objectif stratégique comprend trois (03) objectifs spécifiques : (i) organiser la formation des acteurs clés, (ii) renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires et (iii) Mettre en place une organisation pour la gestion des déchets sanitaires.

Cet objectif stratégique vise dans un premier temps, à donner aux acteurs clés, les compétences nécessaires avec un accent particulier à mettre sur la formation de base et un renforcement de la formation continue au niveau opérationnel. Pour ce faire, il est proposé (i) un plaidoyer auprès des autorités compétentes pour un enrichissement des curricula de formation de base du personnel de santé, (ii) la dotation du système de santé de manuels de formation en gestion des déchets sanitaires, (iii) la mise en place de pools de 338 formateurs nationaux et de District et (iv) la mise en œuvre d'un programme cohérent destiné à former à terme, 14 472 agents de santé, 58 agents en maintenance des ouvrages et 134 opérateurs des incinérateurs et stations d'épuration.

Dans un second temps, le présent plan promeut le tri des déchets à la production pour réduire la proportion à risque et leur élimination écologique. Pour ce faire, il s'agit de susciter l'acquisition par les établissements sanitaires, de matériels de collecte séparée et d'équipements de protection individuelle. Le MSHP par les textes, devra contraindre les établissements sanitaires à la polarisation des déchets sanitaires vers un site d'élimination pour mutualiser les coûts de gestion. Pour ce faire, l'installation de 29 incinérateurs à combustion pyrolytique et de type De Montfort sont proposés. En plus des 24 incinérateurs existants sur lesquels l'accent est mis, ce sont au total 53 incinérateurs autour desquels un maillage est proposé avec 50 véhicules de transport adaptés. 1910 fosses septiques sont également proposées dans les ESPC pour l'élimination de certains déchets sanitaires liquides et déchets anatomiques tels que les placentas.

Quant aux déchets liquides, le présent plan de gestion prévoit la construction de 04 stations de traitement dans les 04 CHU et 14 mini-stations dans les CHR.

### **4. Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé**

Composé des trois (03) objectifs spécifiques (i) inscrire la gestion des déchets sanitaires au nombre des priorités nationales et accroître la subvention de l'Etat y afférente, (ii) Susciter le financement de la gestion des déchets sanitaires par les établissements sanitaires producteurs et (iii) améliorer le partenariat public-privé pour un renforcement de la gestion des déchets sanitaires, l'objectif stratégique 4 vise à améliorer la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020.

Le secteur de la gestion des déchets sanitaires ne constitue pas encore une réelle priorité nationale et le secteur privé ne s'y intéresse pas véritablement. Il s'agit donc, fort des différents engagements, des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et de l'ambition d'améliorer la qualité de l'offre de soins, de renforcement le financement du secteur. Pour ce faire, le présent plan propose, une contribution des établissements sanitaires en application du principe pollueur-payeur, une augmentation des dotations budgétaires de l'Etat et une motivation du secteur privé à investir dans la gestion des déchets sanitaires.

Le budget global pour la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 qui couvrira complètement à terme 48 districts sanitaires est de **dix-huit milliards neuf cent quatre-vingt-neuf millions seize mille deux cent vingt-huit (18 989 016 228) francs CFA**. Il se présente suit :

**Tableau I. Répartition du budget par objectif stratégique**

RECAPITULATIF	BUDGET	%
Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel	1 855 758 810	10%
Objectif Stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs	3 667 500 088	19%
Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires	13 351 611 930	70%
Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé	114 145 400	1%
<b>TOTAL</b>	<b>18 989 016 228</b>	<b>100%</b>

**Tableau II. Budget annualisé du PNGDS 2016-2020**

<b>Période</b>	<b>Montant (F CFA)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
AN 1	1 329 231 136	7%
AN 2	5 696 704 868	30%
AN 3	5 127 034 382	27%
AN 4	3 607 913 083	19%
AN 5	3 418 022 921	18%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>18 989 016 228</b>	<b>100%</b>

## INTRODUCTION

---

Les déchets produits par les activités du secteur de la santé influencent fortement l'hygiène en milieu communautaire et en milieu de soins. Leur gestion joue un rôle essentiel d'une part, dans la qualité des soins, la sécurité des patients et du personnel soignant et d'autre part, dans la protection de l'environnement et de la communauté contre les risques de pollution et de contamination.

La problématique de la gestion des déchets sanitaires constitue donc une préoccupation mondiale majeure de santé publique et d'environnement. Cette préoccupation est importante parce que mal gérés, les déchets sanitaires contribuent fortement à la dégradation de l'hygiène hospitalière et favorisent ainsi la survenue d'événements indésirables liés aux soins. Quel que soit le système de santé, au moins 10% des admissions à l'hôpital entraînent des événements indésirables pour les patients hospitalisés, la moitié d'entre eux étant considérés comme évitables<sup>2</sup>.

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

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

Un plan de gestion des déchets sanitaires a été ainsi élaboré en 2009 et mis en œuvre avec l'appui des Partenaires techniques et Financiers (PTF) tels que la Banque Mondiale, le CDC/PEPFAR, l'Initiative ESTHER (Expertise France), l'OMS, l'UNICEF, etc. Malgré ces différentes interventions sur la promotion de l'hygiène hospitalière, de la sécurité des injections et de la gestion des déchets sanitaires, les résultats sur le terrain sont loin d'être satisfaisants. Le système actuel de gestion demeure lacunaire. Le tri des déchets à la production n'est pas systématique, le matériel de collecte et de transport reste inapproprié, les moyens d'élimination sont écologiquement irrationnels. Dans la pratique, la gestion des déchets sanitaires n'est pas encore une priorité, tant au niveau du Gouvernement avec ses démembrements qu'au niveau des collectivités territoriales.

Dans la perspective de l'émergence de la Côte d'Ivoire à l'horizon 2020, le Gouvernement prévoit des actions d'envergure à travers entre autres, une amélioration de l'état de santé des

---

<sup>2</sup> RIPAQS - PRONALIN : Forum régional sur l'implication des patients et des associations des usagers des établissements de santé dans la promotion de la sécurité des soins dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Sénégal, du 24 au 26 mars 2009.

<sup>3</sup> RIPAQS - PRONALIN : Forum régional sur l'implication des patients et des associations des usagers des établissements de santé dans la promotion de la sécurité des soins dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Sénégal, du 24 au 26 mars 2009.

populations avec une utilisation accrue des services de santé de qualité par les populations<sup>4</sup>. Pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs, des actions dont celles de la Banque Mondiale à travers le PRSSE, sont entreprises pour contribuer d'une part à l'amélioration du volume et de la qualité des services de santé à travers et d'autre part au renforcement du système de santé.

L'accroissement du volume des services de santé et le renforcement du système sanitaire auront pour conséquence, une production plus accrue des déchets sanitaires, véritables facteurs de risques pour l'environnement, la santé et la sécurité des patients.

Afin de garantir une exécution efficace des activités de soins de santé dans le strict respect des normes environnementales, le présent Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2016-2020 (PNGDS 2016-2020) est élaboré avec l'appui du PRSSE.

---

<sup>4</sup> PND 2016-2020, Axe stratégique II : « Accélération du développement du capital humain et promotion du bien-être social ». Impact 3 : L'état de santé des populations est amélioré. Effet 1 : 'utilisation par les populations des services de santé de qualité est accrue.



## CHAPITRE I : GENERALITES

---

### I. CONTEXTE GENERAL

---

L'hygiène dans les établissements sanitaires joue un rôle essentiel dans la prévention des maladies et dans la promotion de la qualité des soins. Sa maîtrise constitue une étape importante dans la recherche de solutions durables aux nombreux problèmes de santé des populations.

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

Les activités de soins permettent de protéger la santé, de guérir des patients et de sauver des vies et de contribuer au développement socio-économique des pays. Mais elles génèrent des déchets dont 20% sont considérés comme à risque, susceptibles de propager autant des microorganismes pathogènes que des produits chimiques dangereux<sup>5</sup>. Leur mauvaise gestion est responsable dans le monde d'environ 21 millions de cas d'infections par le virus de l'hépatite B, 2 millions de cas d'infection par celui de l'hépatite C et 260 000 cas d'infection par le VIH<sup>6</sup>.

En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH dans la population âgée de 15-49 est de 3,7%. Chez les femmes de 15-49 ans, elle est de 4,6% et de 2,7% chez les hommes<sup>7</sup>. Quant à l'hépatite, les tests pratiqués par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) révèlent des prévalences élevées de 11,42% l'hépatite B et de 4,4% pour l'hépatite C.

Pour faire face à ces risques sanitaires et environnementaux évidents, un processus a été initié en 2009 avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers tels que la Banque Mondiale à travers le Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PUMLS) et le Plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR) afin de doter la Côte d'Ivoire d'un plan de gestion des déchets sanitaires. Dans ce cadre, une enquête nationale a été organisée et a estimé la production de déchets sanitaires, par les établissements sanitaires publics et privés, à 13,2 tonnes/jour soit 4 822 tonnes/an. 70% de ces déchets ont été considérés comme infectieux<sup>8</sup>, proportion située bien au-delà des 16 % décrits par l'OMS<sup>9</sup>. En réponse à cette situation, un plan de gestion a été proposé sur la période 2009-2011 avec comme actions majeures, (i) le plaidoyer, (ii) la formation et la sensibilisation des différents acteurs, (iii) la mise en place d'un système de polarisation avec la construction d'incinérateurs modernes dans chaque District Sanitaire et la mise à disposition de véhicules de collecte, (iv) la promotion du tri sélectif à la production. Ce plan, d'un coût global de 7 583 220 970 FCFA devait couvrir à son terme, 63 districts sanitaires

---

<sup>5</sup> O.M.S. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève : Aide-mémoire 253, 2000

<sup>6</sup> OMS : Aide-mémoire n°254 ; Genève 2004

<sup>7</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012

<sup>8</sup> Direction Générale de l'Hygiène Publique : Rapport de caractérisation des déchets médicaux produits en Côte d'Ivoire. Juillet 2009

<sup>9</sup> OMS : Gestion des déchets solides d'activités de soins dans les centres de santé primaires, 2005

et améliorer durablement la gestion des déchets dans l'ensemble des établissements sanitaires cibles.

Sept (07) ans après le début de la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011, seulement trente (30) Districts Sanitaires ont été partiellement couverts. Le cadre institutionnel et réglementaire a été renforcé à travers la prise de deux (02) arrêtés, d'un (01) document de politique, de deux (02) documents de normes et directives et la mise en place dans 20 des 30 Districts Sanitaires, d'une Cellule Focale Hygiène Hospitalière Sécurité des Injections et Gestion des Déchets Sanitaires (HHSIGDS). Le système de gestion des déchets sanitaires a bénéficié de la formation et la sensibilisation des agents de santé, la dotation des établissements sanitaires cibles en chariots, poubelles, sacs poubelles, équipements de protection individuelle, de la construction de vingt-quatre (24) incinérateurs publics modernes à combustion pyrolytique et de l'installation d'un (01) banaliseuse par la PISAM. Sur les vingt-quatre (24), dix (10) sont des incinérateurs de Districts Sanitaires<sup>10</sup> et quatorze (14) sont des incinérateurs de structures sanitaires bien souvent destinés à l'usage exclusif de celles-ci<sup>11</sup>.

Malgré les efforts déployés par le Gouvernement appuyé par les PTF, la problématique de la gestion des déchets sanitaires reste presque entière dans la quasi-totalité des établissements sanitaires publics et privés.

Aussi, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a-t-il décidé de prendre les mesures nécessaires pour faire face à cette situation qui continue d'exposer les prestataires de soins, les patients et la communauté à des risques de maladies graves. Et ce, d'autant plus que l'amélioration de l'offre de soins et l'accroissement des activités sanitaires y afférents engendrent une production importante de déchets sanitaires.

La République de Côte d'Ivoire a signé un Accord de Financement avec l'Association Internationale de Développement (AID), en vue de financer le Projet de Renforcement du Système de Santé et de réponse aux urgences Epidémiques (PRSSE). Le montant du financement est de 77 millions de USD repartit en Prêt (35 Millions USD), en Don (35 Millions USD) et une Contrepartie de l'Etat de Côte d'Ivoire (7 Millions USD).

Afin de garantir une exécution efficace du projet dans le respect des normes environnementales et pour une gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires, il est prévu l'élaboration d'un Cadre de Gestion Environnementale et Sociale et d'un plan de gestion des déchets sanitaires pour permettre de prévenir et de gérer les impacts et risques environnementaux et sociaux potentiels du projet.

---

## II. PRESENTATION DU PAYS

---

<sup>10</sup> Man, Yamoussoukro, Séguéla, Aboisso, Grand-Lahou, Daoukro, Tengréla, Sassandra, Toumodi, Koumassi-Port-Bouët-Vridi,

<sup>11</sup> ICA, CHR de Katiola, CHR de Gagnoa, CHU de Bouaké, CHU de Cocody, CHU de Yopougon, CAT de Man, IPCI, RETRO-CI, CNTS Abidjan, HMA, HG Moscati de Yamoussoukro, INHP, HG d'Adzopé,

## II.1. DONNEES PHYSIQUES

### II.1.1. Situation géographique

D'une superficie totale de 322 462 km<sup>2</sup>, la Côte d'Ivoire est située entre les Longitudes 2°30' - 8°30' Ouest et les Latitudes 4°30' - 10°30' Nord. Limitée au Sud par l'Océan Atlantique sur une côte de 550 km, ses voisins frontaliers qui la bordent sont : le Ghana à l'Est, le Burkina Faso et le Mali au Nord, la Guinée et le Libéria à l'Ouest.

### II.1.2. Climat

Par sa position géographique, en bordure du Golfe de Guinée, et par son étalement en latitude (4°30' - 10°30' Nord), la Côte d'Ivoire présente un régime climatique allant du climat équatorial au climat tropical pré - désertique. Le tiers Sud du pays est soumis au climat subéquatorial (Attiéén) avec une température moyenne annuelle de 25° C à 33°C. La partie centrale du pays présente un climat tropical humide (Baouléen) avec des températures comprises entre 14 et 33°C. La partie Nord subit un climat tropical de type soudanien (26° C à 27°5 C). Enfin, les parties montagneuses de l'Ouest dépendent du climat de montagne (température moyenne annuelle de 25°C<sup>12</sup>).

Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

### II.1.3. Végétation et hydrographie

Le territoire ivoirien est subdivisé en deux grands domaines biogéographiques : le domaine guinéen au paysage forestier et un domaine soudanais avec un paysage de savane (Lauginie, 2007). Le domaine guinéen regroupe quatre types de formations végétales : la forêt ombrophile, la forêt mésophile ou semi-décidue, les savanes de basse-côte ou « savanes incluses » et la mosaïque forêt mésophile et savanes entrecoupées de forêts-galleries. Le domaine soudanais est constitué de deux sous entités qui sont les domaines sub-soudanais et soudanais. Ils sont constitués d'une juxtaposition de formations forestières et savaniques.

Le réseau hydrographique de la Côte d'Ivoire comprend quatre grands bassins avec d'Ouest en Est :

- le Cavally qui s'étend sur un bassin versant de 28.800 km<sup>2</sup> ;
- le Sassandra occupe un bassin de 75.000 km<sup>2</sup> ;

---

<sup>12</sup>Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire, 2006

- le Bandama couvre un bassin de 97.000 km<sup>2</sup> ;
- la Comoé se développe sur un bassin versant de 78.000 km<sup>2</sup>.

De petits cours d'eau côtiers au Sud du pays, dont les plus significatifs sont le Tabou, le Néro, le San-Pédro, le Niouniourou, le Boubo (5.100 km<sup>2</sup>), l'Agnéby (8.900 km<sup>2</sup>), la Mé (4.300 km<sup>2</sup>), la Bia, le Tanoé et le Noé. Les affluents du Niger à l'extrême Nord-Ouest s'étendant sur un bassin versant de 24.000 km<sup>2</sup>, avec d'Ouest en Est, le Gbanhala, le Baoulé, le Dégou, le Kankélabi et la Bagoué. Les affluents de la Volta Noire au Nord-Est, avec le Koulou, le Kolodio, le GbanlouBineda et le Kohodio<sup>13</sup>.



Figure 1. Carte de l'hydrographie et de la végétation de la Côte d'Ivoire

## II.2. CONTEXTE SOCIOECONOMIQUE ET POLITIQUE

### II.2.1. Organisation administrative

<sup>13</sup> Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire, 2006

Le découpage administratif du territoire comprend deux Districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 107 départements, 423 Sous-préfectures et 197 collectivités municipales et plus de 8600 villages.

La capitale politique, Yamoussoukro se trouve au centre du pays, à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.



Figure 2. Découpage administratif de la Côte d'Ivoire (BNETD, 2012)

## II.2.2. Contexte démographique et scolaire

### II.2.2.1. Population

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014 donne une population totale de 22 671 331 habitants. Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques de cette population.

Tableau III. Profil démographique de la Côte d'Ivoire

Population RGPH 2014

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Population totale</b>	22 671 331	100
<b>Population féminine</b>	10 963 087	48,4
<b>Population masculine</b>	11 708 244	51,6
<b>Population active (15-64 ans)</b>	12 491 695	56
<b>Population urbaine</b>	11 370 347	50,2
<b>Population rurale</b>	11 300 984	49,8
<b>Population étrangère</b>	5 491 972	24,2
<b>Population âgée de moins de 15 ans</b>	9 408 602	41,5
<b>Densité moyenne (habitants/ km<sup>2</sup>)</b>	70,3	-
<b>Taux de dépendance</b>		78,6
<b>Taux d'accroissement annuel moyen</b>	-	2,6
<b>Indice synthétique de fécondité (enfant/femme)</b>	5	-

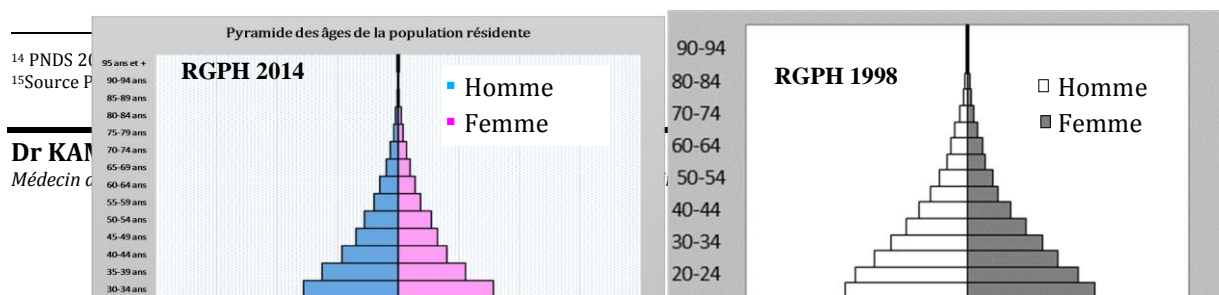
Source : INS, 2014

En mai 2014, le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de la Côte d'Ivoire indique que la population totale est estimée à 22 671 331 habitants avec une densité de 70,3 habitants/km<sup>2</sup>. Elle est composée de 11 708 244 d'hommes soit 51,7% et de 10 963 087 de femmes soit 48,3%.

La population vivant en milieu urbain est de 11 370 347 soit 50,2% contre 11 300 984 en milieu rural soit 49,8%. La Côte d'Ivoire connaît un fort taux d'immigration, la population non nationale était estimée à 5 490 222 personnes soit 24,2% de la population totale.

L'espérance de vie à la naissance tenant compte de l'impact du VIH/sida sur la mortalité donnée par SPECTRUM pour la Côte d'Ivoire est de 54,3 ans en 2015 avec respectivement 53,4 pour les hommes et 55,2 pour les femmes<sup>14</sup>.

La population est très jeune avec un nombre de dépendants élevé puisqu'un ivoirien sur deux a toujours moins de 20 ans et près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans (Figure 1). Cette structure par âge correspond à 80 dépendants de moins de 15 ans et 65 ans et plus, pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, contre 40 à 50 dépendants (deux fois moins) dans les pays émergents. La diminution rapide des taux de dépendance suite à la maîtrise de leurs niveaux de fécondité, a permis aux pays émergents d'ouvrir une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain, ce qui leur a permis de bénéficier du dividende démographique (Encadré 1)<sup>15</sup>.

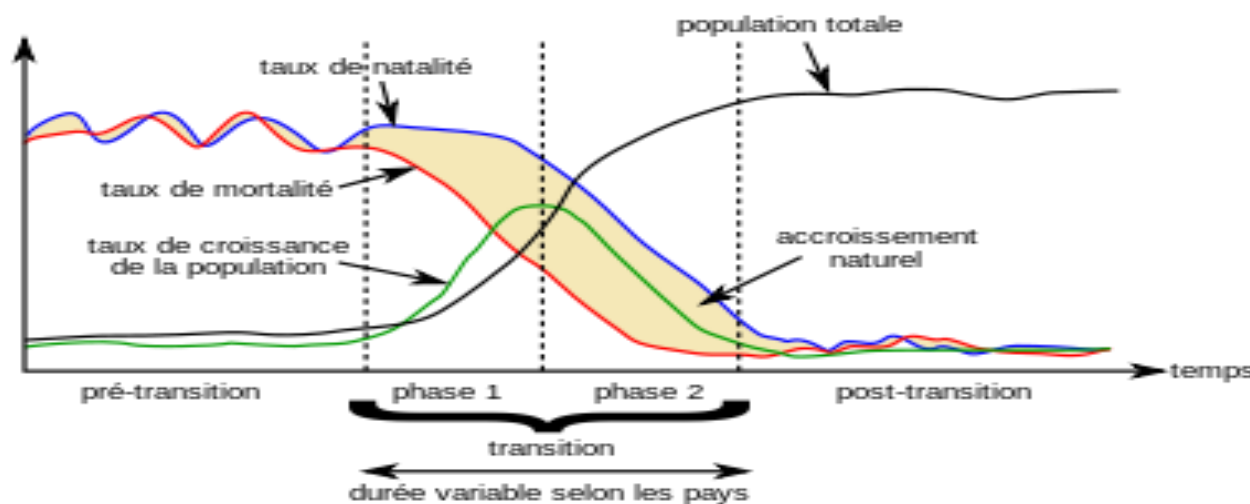


**Figure 3. Evolution de la pyramide des âges de la Côte d'Ivoire entre 1998 et 2014 (Source INS)**

**Encadré 1 : Le Dividende Démographique**

Le Dividende Démographique est le bénéfice que peuvent tirer les pays au cours de la période unique de leur histoire où ils réalisent leur transition démographique, c'est-à-dire le passage de niveaux élevés de mortalité et de fécondité à des niveaux moindres maîtrisés.

**Les étapes de la transition démographique**



La maîtrise progressive de la mortalité puis de la fécondité se traduit par une diminution du pourcentage de jeunes à charge des actifs, ce qui permet de mieux maîtriser l'augmentation des dépenses en santé et en éducation imputables auparavant à l'augmentation continue du nombre d'enfants et de jeunes. L'augmentation parallèle du nombre de personnes en âge de travailler (15 à 64 ans), à condition bien sûr que ceux-ci occupent des emplois décents, permet de consacrer une part accrue des revenus du travail à l'épargne et à l'investissement, ce qui a pour effet de stimuler

la croissance économique. La réalisation de la transition démographique (en panne en Côte d'Ivoire depuis les années 1990) est l'une des transformations majeures nécessaire pour atteindre l'émergence et bénéficier du dividende démographique. Dans les pays émergents, la croissance démographique se situe aujourd'hui entre 0,5% et 1,5% par an (contre 2,6% en Côte d'Ivoire), les femmes ont en moyenne au plus 3 enfants (contre 5 enfants en Côte d'Ivoire), et 60 à 85 % d'entre elles utilisent une méthode de contraception ce qui favorise leur insertion sur le marché du travail (contre 18% seulement en Côte d'Ivoire en 2012).

### **II.2.2.2. Niveau d'alphabétisation**

L'analphabétisme reste à un niveau relativement élevé bien qu'ayant enregistré une baisse de 0,5 point en moyenne par an depuis 1998 (63%). Les résultats du RGPH 2014 indique que sur la base de la population de 15 ans et plus (13 185 520 individus), plus de la moitié (56,1%) ne savent ni lire, ni écrire dans une langue quelconque. Ce taux varie de 30,1% pour la ville d'Abidjan à 84,7% dans la région du Folon. Aussi, ce taux est-il plus marqué dans les régions du Nord du pays (plus de 70%) que dans celles du Sud autour d'Abidjan (en deçà de la moyenne nationale). Par ailleurs, les femmes sont moins alphabétisées que les hommes (63% contre 49%). De même que la population non ivoirienne est plus touchée (73%) que la population ivoirienne (51%).

En termes d'accès aux structures scolaires, le Taux Net de Scolarisation (TNS) dans le préscolaire est de 13% en milieu urbain et de 1% en milieu rural selon les données de l'ENV 2008. Ce taux, dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. En milieu rural, il est de 49,8% et 68,2% en milieu urbain. C'est l'un des meilleurs taux du continent. Quant au secondaire, le TNS est de 26,6% avec 30,3% pour les garçons et 22,6% pour les filles. Le rapport filles/garçons est de 0,64<sup>16</sup>.

### **II.2.3. Contexte politique<sup>17</sup>**

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel et un équilibre des pouvoirs entre l'exécutif, le législatif et le judiciaire. L'Exécutif est composé du Président de la République, du Vice-Président de la République et du Gouvernement. Le Président est élu au suffrage universel direct pour cinq (05) ans renouvelables une seule fois. Il choisit un Vice-Président de la République qui est élu en même temps que lui. Le Président et le Vice-Président de la République sont tous les deux élus au scrutin de liste majoritaire à deux tours. Leur élection est acquise à la majorité absolue des suffrages exprimés.

<sup>16</sup>République de Côte d'Ivoire, 2012- Plan National de Développement 2012 – 2015

<sup>17</sup> Constitution de la République de Côte d'Ivoire, novembre 2016



Le Président de la République nomme le Premier Ministre et les membres du gouvernement, qui répondent politiquement de leurs actes devant lui.

Le Vice-Président de la République agit sur délégation du Président de la République

Le pouvoir législatif est exercé par le Parlement qui est composé de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Les Députés de l'Assemblée Nationale, au nombre de 255, sont élus au suffrage universel direct pour une durée de cinq (05) ans.

Le Sénat assure la représentation des Collectivités Territoriales et ivoiriens établis hors de la Côte d'Ivoire. Ils sont élus pour deux tiers (2/3) au suffrage universel indirect. Un tiers (1/3) sont désignés par le Président de la République parmi les anciens Présidents d'Institutions, les anciens Premiers Ministres et les personnalités et compétences nationales y compris des ivoiriens de l'extérieur et des membres de l'opposition politique. Le mandat des Sénateurs est de cinq ans.

Le pouvoir judiciaire est indépendant. Le Président de la République est le garant de l'indépendance du pouvoir judiciaire. Il est assisté par le Conseil Supérieur de la Magistrature. La Cour Suprême et la Cour des Comptes sont les deux institutions juridictionnelles représentatives du pouvoir judiciaire. Aux côtés de celles-ci, existent deux juridictions spéciales que sont le Conseil Constitutionnel et la Haute Cour de Justice.

Le paysage politique ivoirien est également caractérisé par le pluralisme avec plus de 130 partis politiques. L'alternance démocratique est marquée par l'organisation des élections présidentielles, législatives, municipales et régionales.

Depuis 2011, le pays connaît une stabilité sociopolitique après les crises successives et s'est lancé le défi de l'émergence à l'horizon 2020. La paix a été retrouvée, la cohésion sociale a été rétablie et la réconciliation nationale est en bonne voie. De plus, l'État de droit et la sécurité des biens et des personnes ont été rétablis sur l'ensemble du territoire.

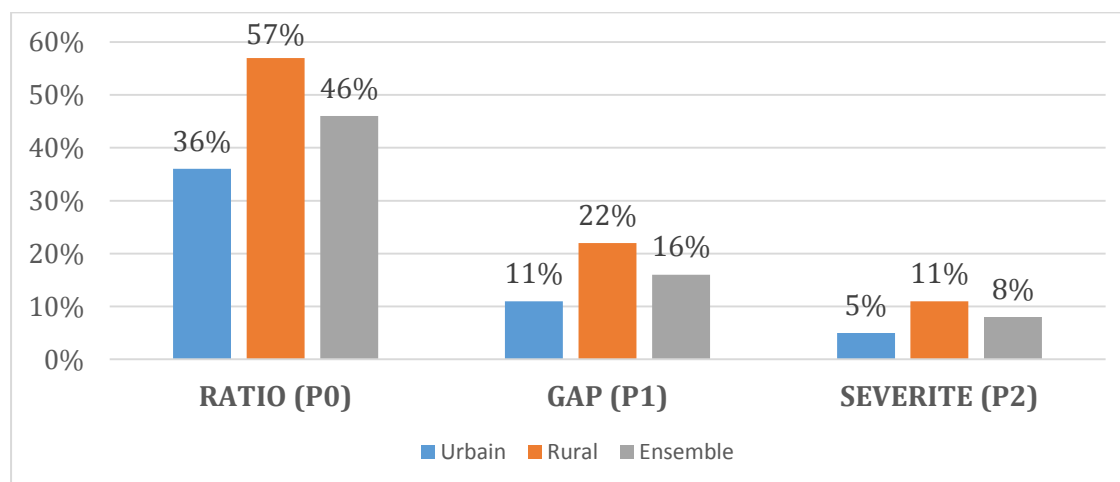
#### **II.2.4. Contexte économique**

L'économie ivoirienne affiche un taux de croissance parmi les plus élevés en Afrique : 9,8% en 2012, 9% en 2013 avec des perspectives de l'ordre de 10% en 2015. En 2013, cette économie est portée par le secteur primaire avec 24%, le secondaire à 28% et le tertiaire à 48% de son PIB. Ces trois secteurs connaissent des taux de croissance de 6,7% pour le primaire, 8,3% pour le secondaire et 9,6% pour le tertiaire (Côte d'Ivoire Economie, 2015). Le secteur primaire emploie les deux tiers de la population active. Le secteur secondaire transforme 30% en moyenne des produits locaux.

Le secteur tertiaire emploie 22% de la population active. Le secteur secondaire ivoirien représente, à lui seul, 63% de l'industrie de l'Afrique de l'Ouest francophone. Avec plus de 40%

du PIB de l'UEMOA, la Côte d'Ivoire demeure la plus grande économie de l'Union. La croissance du pays est entretenue par les investissements dans les infrastructures et les secteurs productifs. Le taux d'investissement qui était de 13,7% du PIB en 2012 est passé à 16,5% en 2013 avec un objectif de 23,5% en 2015. La grande partie de ces investissements est le fait du secteur privé avec 62%. Ces performances économiques sont les dividendes tirés des réformes opérées notamment à travers le nouveau code de l'investissement qui a été accompagnée d'importantes réformes structurelles et réalisées particulièrement dans le domaine du Doing Business et du Millenium Challenge Corporation (MCC)<sup>18</sup>

Cependant, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté reste élevée, passant de 32,3% en 1993 à 48,9% en 2008<sup>19</sup> puis à 46,3% en 2015<sup>20</sup>. La pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, en 2015, le taux de pauvreté en milieu urbain est de 35,9% contre 56,8% en milieu rural. Les niveaux de pauvreté en milieux rural et urbain connaissent des évolutions contrastées par rapport à leur niveau de 2008. En effet, si le taux de pauvreté en milieu rural a baissé de 62,5% à 56,8%, en milieu urbain, il connaît une hausse, passant de 29,5% en 2008 à 35,9% en 2015<sup>21</sup>.



**Figure 4. Principaux indicateurs de pauvreté en 2015 (Source : INS / ENV 2015)**

## II.3. INDICATEURS DE SANTE ET SYSTEME SANITAIRE NATIONAL<sup>22</sup>

### II.3.1. Indicateurs de santé

Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰ en 1988 à 14‰ en 2006 et à 9,96 ‰ en 2012. En 2013, les incidences les plus rencontrées dans la population générale sont le paludisme (106‰), la tuberculose (105,93‰), la diarrhée (19,57‰). Comparativement aux résultats des années

<sup>18</sup> Côte d'Ivoire Economie, 2015

<sup>19</sup> ENV 2008

<sup>20</sup> ENV 2015

<sup>21</sup> PNDS 2016-2020

<sup>22</sup> PNDS 2016-2020

antérieures, on observe, en 2013, une régression des incidences du paludisme, de la tuberculose et de l'Ulcère de Burili au niveau national. Les autres pathologies comme l'Onchocercose, la Bilharziose et le Pian restent encore présentes. Pour les enfants de moins de cinq ans, leur profil épidémiologique restait dominé en 2013, par une incidence élevée des affections courantes suivantes : le paludisme (302,61‰), les infections respiratoires aiguës (162,10‰) et les maladies diarrhéiques (69,75‰). Chez ces enfants, il est observé une augmentation des incidences des IRA et des maladies diarrhéiques en 2013. Cependant pour le paludisme et la malnutrition, le tableau s'améliore avec une baisse des incidences de ces pathologies. L'incidence de l'hypotrophie néonatale est en régression par rapport à celle de 2012. En effet, elle est passée de 8,19% à 8,06%<sup>23</sup>.

En 2015, l'espérance de vie à la naissance était de 54,3 ans et l'indice synthétique de fécondité à 5<sup>24</sup>.

Durant la période la plus récente (2007-2012), sur 1 000 enfants nés vivants, 68 sont décédés avant d'atteindre leur 1<sup>er</sup> anniversaire. Sur 1 000 enfants survivants au 1<sup>er</sup> anniversaire, 43 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq (05) ans. Globalement, environ un enfant sur neuf n'atteint pas son 5<sup>ème</sup> anniversaire. La mortalité des enfants de moins de cinq ans est plus faible en milieu urbain (100 ‰) qu'en milieu rural (125 ‰). Elle est la plus basse dans la région du Centre-Nord (74 ‰) et la plus élevée dans la région du Nord (209 ‰)<sup>25</sup>.

Les niveaux de mortalité adulte ont baissé depuis 2005 et sont identiques pour les hommes et les femmes. Entre 15 et 50 ans, les hommes et les femmes courent un risque de décéder compris entre un sur quatre et un sur cinq. Les décès maternels représentent 17 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Les femmes courent un risque de 1 sur 32 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation. Le rapport de mortalité maternelle est estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de sept ans précédant l'enquête (2005-2011)<sup>26</sup>.

Selon l'OMS<sup>27</sup> en 2013, le taux de mortalité de la population âgé de 15 à 60 ans était de 410 pour 1000 pour les hommes et 398 pour 1000 pour les femmes. Les dépenses totales consacrées à la santé sont de 5,7% du PIB et les dépenses totales consacrées à la santé par habitant est de 172 US \$ soit 85 551,7 FCFA<sup>28</sup>.

#### **Tableau IV. Données sur les IST/VIH, les soins préventifs et les soins curatifs<sup>29</sup>**

Désignation	Données 2013
-------------	--------------

<sup>23</sup>République de Côte d'Ivoire, 2014, Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013

<sup>24</sup> Source : PND 2016-2020

<sup>25</sup> EDS-MICS 2012

<sup>26</sup> EDS-MICS 2012

<sup>27</sup> OMS, 2013 (<http://www.who.int/countries/civ/fr/>)

<sup>28</sup> 1 US \$ = 497,393612F CFA (coût moyen 2013)

<http://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries.action?recherche=idbank&idbank=000642291>, consulté le 28 juillet 2016 à 12H41)

<sup>29</sup> Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida : Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013

Incidence dans la population adulte (‰)	8,29
Nombre de femmes enceintes conseillées en PTME	642 102
Nombre de femmes enceintes testées	620 255
Nombre de femmes enceintes ayant reçu un résultat	602 160
Nombre de femmes enceintes VIH+	20 893
Nombre de clients conseillés (CD-PTME)	1 514 502
Nombre de clients testé (CD-PTME)	1 380 415
Nombre de clients ayant reçu leurs résultats	1 350 382
Nombre de clients dépistés positif	76 500
Nombre de personnes sous ARV	123 692
Couverture en CPN4 (%)	33,27
Abandon de la CPN (%)	62,29
Taux d'accouchement assisté (%)	53,60
Couverture par DTC3 (%)	101,28
Couverture par Polio3 (%)	97,70
Couverture de BCG (%)	89,59
Couverture par le vaccin anti rougeoleux (%)	85,5
Couverture par le vaccin anti amaril (%)	83,79
Couverture par le vaccin anti tétanique (%)	80,81
Taux d'utilisation des établissements sanitaires (%)	27,50

### II.3.2. Politique sanitaire et environnementale

Depuis quelques années, la Côte d'Ivoire a entrepris de nouvelles réformes dans le secteur de la santé. Il s'agit principalement (i) de la réforme hospitalière, (ii) du financement basé sur la performance, (iii) de la décentralisation sanitaire, (iv) de l'organisation des interventions à base communautaire, (v) de l'organisation et de la réorganisation des services des urgences dans les

Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et (vi) la couverture sanitaire universelle (CSU).

Ces stratégies visent à améliorer l'accessibilité des populations grâce à une offre de services et de soins de qualité, particulièrement pour les populations vulnérables et cela dans le respect de la pyramide sanitaire. Dans cette optique, en plus de la mesure de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, un régime de couverture du risque maladie dénommé Couverture Maladie Universelle (CMU) a été adopté en 2014 par le Gouvernement en complément des régimes classiques de protection sociale.

Le système de santé ivoirien à l'instar des systèmes de santé des pays africains est de type pyramidal en essayant à chaque échelon de la pyramide de prendre en charge correctement les usagers qui s'y présentent.

La première Conférence Interministérielle sur la Santé et l'Environnement en Afrique, organisée en août 2008 à Libreville au Gabon a permis aux pays africains de prendre conscience du rôle des facteurs de risques liés à l'environnement sur la santé. Au cours de cette rencontre de haut niveau organisée sous l'égide des Bureaux régionaux Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE), les Gouvernements africains ont pris l'engagement formel qui permettra de catalyser les changements politiques, institutionnels et en matière d'investissements nécessaires, pour réduire les risques pour la santé liés à l'environnement afin de garantir le développement durable. En Côte d'Ivoire, cet engagement s'est traduit par l'élaboration d'un document de Politique Nationale Santé Environnement<sup>30</sup>.

Par ailleurs, le PNDS 2016-2020 met un accent particulier sur l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène de l'environnement dans la lutte contre la maladie.

### **II.3.3. Organisation du système sanitaire ivoirien**

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 (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire.

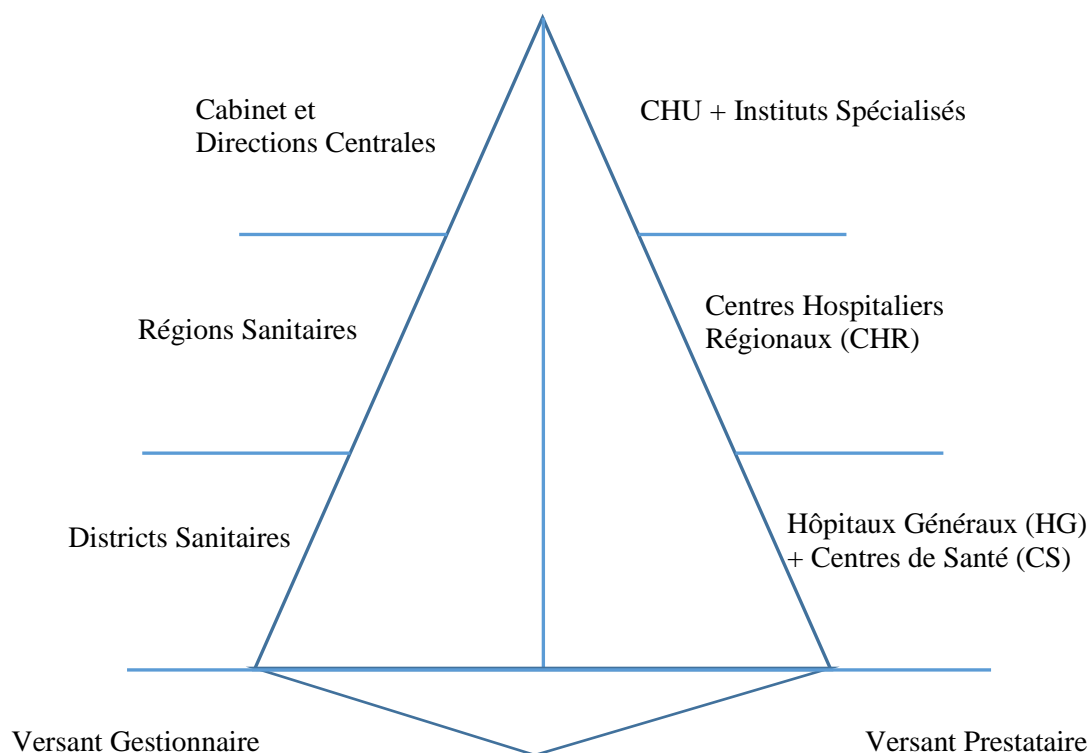
Il comprend trois (03) niveaux dans sa structuration administrative :

- Le niveau central avec le cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les Programmes de santé, est chargé de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale ;

---

<sup>30</sup> Rapport de la Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique, août 2008

- Le niveau intermédiaire est composé de 20 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 82 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 est lui-même subdivisé en aires sanitaires ou bassins de desserte des ESPC.



**Figure 5. Organisation du Système sanitaire ivoirien**

### **II.3.4. Offre de soins**

Le système de santé ivoirien est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

#### ***II.3.4.1. Secteur sanitaire public***

Le secteur public de soins est organisé en trois niveaux :

- le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) avec 1237 Centres de Santé Ruraux (CSR), 514 Centres de Santé Urbains (CSU) dont 25 à base communautaires, 127 Centres de Santé Urbains Spécialisés (CSUS), 32 Formations Sanitaires Urbaines (FSU) dont 15 à base communautaire ;
- le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence avec 68 Hôpitaux Généraux (HG), 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 02 Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) ;
- le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence avec 04 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 05 Instituts Nationaux Spécialisés<sup>31</sup> (INS) et 04 autres Etablissements Publics Nationaux<sup>32</sup> (EPN) d'appui.

Il est à noter que d'autres ministères tels que ceux de la Défense, de l'Économie et des Finances, de la Fonction Publique et de la réforme administrative, de la solidarité, de la famille, de la femme et de l'enfant, de l'Éducation nationale et de l'Intérieur participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de silence sanitaire. Selon les données de la carte sanitaire, plus de 29% de la population vit à plus de 15 km d'un établissement de santé<sup>33</sup>.

#### ***II.3.4.2. Secteur sanitaire privé***

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSHP. Sous l'impulsion du MSHP, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d'établissement pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les Associations et les Organisations à Base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup>Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)

<sup>32</sup>Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)

<sup>33</sup>Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, RCI : PNDS 2016-2020

<sup>34</sup>Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, RCI : PNDS 2016-2020

En 2014<sup>35</sup>, le secteur pharmaceutique privé occupe une place très importante dans le système de santé et couvre entre 80 et 90% de l'offre en médicament. Ce secteur pharmaceutique privé comprend essentiellement :

- quatre (04) grossistes-répartiteurs (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI et TEDIS PHARMA CI) qui importent plus de 90% de leur chiffre d'affaires ;
- 1 100 officines privées de pharmacie ;
- huit (08) unités de production de médicaments, dont quatre (04) en activité. La production locale est évaluée à 6% du marché pharmaceutique national.

### ***II.3.4.3. Médecine traditionnelle<sup>36</sup>***

L'exercice et l'organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont réglementés par la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. La médecine traditionnelle compte plus de 8 500 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). Ce secteur a des particularités qui le distinguent de l'industrie pharmaceutique classique aussi bien sur le plan choix des produits que sur le plan marché ou encore en matière industrielle. En tout état de cause, la fabrication des produits de phytothérapie et ceux issus de la médecine traditionnelle doivent impérativement respecter les règles de bonnes pratiques de fabrication (BPF). En 2010, 1204 PMT ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

---

<sup>35</sup>Etude pour le Développement des Industries pharmaceutiques locales en Côte d'Ivoire- ONUDI-PACIR- Projet EE/IVC/010/001- 2014

<sup>36</sup>Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, RCI : PNDS 2016-2020



## CHAPITRE II : EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNGDM 2009-2011 ET IMPACTS SOCIO-SANITAIRES ET ENVIRONNEMENTAUX

---

---

### III. MATERIEL ET METHODE DE L'EVALUATION

---

#### III.1. EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES

L'étude a pris en compte tous les niveaux de la pyramide sanitaire et a concerné tant les zones urbaines que les zones rurales. Elle a couvert les Districts Sanitaires de mise en œuvre du PNGDM 2009-2011<sup>37</sup> et tous les types d'établissements sanitaires publics et privés.

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive, qui a permis de collecter les informations aux moyens d'entretiens individuels, d'observation sur la gestion des déchets ainsi que le recueil des données sur la production des déchets sanitaires.

Deux (02) types d'échantillonnage ont été utilisés. D'abord, un choix raisonné concernant les Districts Sanitaires d'intervention du PRSSE et ensuite un choix aléatoire pour les autres Districts Sanitaires. Le choix des Districts et des établissements sanitaires s'est fait par une méthode en deux (02) étapes d'échantillonnage en grappes. Dans cet échantillonnage en grappes, l'auto-pondération est garantie par (i) le choix des Districts Sanitaires dans lesquelles les grappes sont sélectionnées en utilisant une probabilité proportionnelle à la taille de la population dans le District ou au nombre d'établissements sanitaires et (ii) le même nombre d'unités d'échantillonnage dans chaque grappe.

Au total, cinq (05) Districts Sanitaires, 31 établissements sanitaires dont 08 de référence et 02 spécialisés dont 01 antenne de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et 01 Centre Anti Tuberculeux (CAT), ont été sélectionnés.

---

<sup>37</sup> Cocody-Bingerville, Treichville-Marcory, Yopougon-Est, Yopougon-Ouest-Songon, Bouaké-Sud, Bouaké-Nord-Est, Bouaké Nord-Ouest, Man, Yamoussoukro, Séguéla, Aboisso, Abengourou, Bondoukou, Daloa, Korhogo, Koumassi-Port-Bouët-Vridi, Grand-Lahou, Daoukro, Tengréla, Sassandra, Toumodi, Gagnoa, Bocanda, Abobo-Est, Abobo-Ouest, Mankono, Adiaké, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Grand-Bassam, Katiola

Tableau V. Récapitulatif des districts et établissements sanitaires sélectionnés

Districts Sanitaires	Etablissements sanitaires publics	Etablissements sanitaires privés
<b>Abobo-Est</b>	1. HG Houphouët-Boigny, 2. Antenne INHP, 3. CSR Djibi Village, 4. CSU de Kennedy CLOUETCHA.	1. Clinique Centrale d'Abobo, 2. CS-Com Angélu d'Abobo, 3. Centre Médical le SILOE PK18.
<b>Cocody-Bingerville</b>	5. CHU Cocody, 6. CSR-DM de Abatta, 7. CSU-DM Colombie Cocody-Bingerville, 8. CSUS-SSSU Cocody-Sud.	4. PISAM, 5. Centre de Santé Humanitaire la Voix de l'Espoir, 6. Centre de SSP com Agban II.
<b>Daloa</b>	9. CHR Daloa, 10. CSR-D de BRIBOUO, 11. CSR-DM de DEBO, 12. CSU-DM Don TONINO Pullega	7. Clinique Antilope, 8. Dispensaire Catholique Notre Dame de la Providence.
<b>Man</b>	13. CHR Man, 14. CSR-D PUBLIC de GONGOUINE, 15. CAT de Man, 16. DR de Ziogouine.	9. Centre Médical LAFED, 10. INF Privée Centre Médical Ste Famille.
<b>Yamoussoukro</b>	17. CHR Yamoussoukro, 18. CSR de N'Guattakro, 19. CSR de SAKIARE, 20. CSU de MOROFÉ.	11. CM privé KOUILAND de Yamoussoukro, 12. CSU-D privé AIBEF de Yamoussoukro.

Un choix raisonné des sujets à interroger a été fait en fonction des services disponibles dans les établissements sanitaires. Leur présence au poste et leur disponibilité permettaient aux enquêteurs de les recruter au fur et à mesure. Au total, 439 personnes ont été interrogées et 67 unités de soins ont fait l'objet d'observation.

**Tableau VI. Récapitulatif des sujets humains interrogés**

	<b>Etablissements sanitaires publics</b>	<b>Etablissements sanitaires privés</b>	<b>Total</b>
<b>DRSHP</b>		1	1
<b>DDSHP</b>		4	4
<b>Collectivités territoriales</b>		5	5
<b>Acteurs de la société civile</b>		5	5
<b>Responsables d'établissements sanitaires</b>	20	11	31
<b>Prestataires de soins</b>	215	106	321
<b>Personnel d'entretien</b>	49	23	72
<b>Total</b>			<b>439</b>

### III. 2. CARACTERISATION DES DECHETS SANITAIRES

Pour avoir une idée exacte de la caractérisation des déchets, conforme à la réalité du terrain, aucune disposition spécifique n'a été prise pour aider les établissements sanitaires cibles à trier leurs déchets à la production. Ainsi, les déchets ont été pesés dans chaque établissement sanitaire cible tels que trouvés, conditionnés ou non, triés ou non. Dans ce contexte, un déchet infectieux en contact avec un autre qui ne l'est pas, le contamine aussitôt, le faisant ainsi appartenir aux déchets de catégorie 2.

Pour la pesée, les unités de soins cibles ont été dotées en balances à haute sensibilité et à haute précision. Ce sont des balances électroniques avec fonction tare pratique et plateau de pesée, de marques SOEHNLE® et TRISTAR® model n° : KW-2436.

Régulièrement et bien souvent une fois par jour selon le type d'établissement et la production, le Chargé de la pesée procède à la pesée des déchets, soit sur les différents lieux de collecte, soit dans un local approprié.

Sur la base des dispositions de l'arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 et pour les besoins de l'étude, les déchets sanitaires ont été catégorisés comme suit :

Tableau VII. Typologie des déchets sanitaires

Catégories	Dénomination de Catégorie	Description de la catégorie
Catégorie 1	Déchets ménagers et assimilés	Emballages non souillés par les liquides biologiques, déchets de jardinage, déchets de cuisine, déchets d'administration, etc.
Catégorie 2	Objets piquants, coupants et tranchants (OPCT)	Seringues avec aiguilles, lames de bistouri, lames rasoirs, bris de verrerie, épicroâniennes, intranules, aiguilles, etc.
Catégorie 3	Déchets médicaux infectieux	Déchets anatomiques humains et animaux, matériels médicaux non OPCT et souillés par les produits biologiques.
Catégorie 4	Déchets chimiques et pharmaceutiques	Réactifs de laboratoire et médicaments périmés ou avariés, bains et clichés de films radiologiques, etc.

#### IV. RESULTATS DE L'EVALUATION

##### IV.1. ANALYSE DU CADRE INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE

En Côte d'Ivoire, la Loi n° 96-766 du 3 octobre 1996 portant Code de l'Environnement insiste sur les précautions à prendre pour la gestion des déchets sanitaires. En effet, en son article 26, le code de l'environnement dispose que « tous les déchets, notamment les déchets hospitaliers et dangereux, doivent être collectés, traités et éliminés de manière écologiquement rationnelle afin de prévenir, supprimer ou réduire leurs effets nocifs sur la santé de l'homme, sur les ressources naturelles, sur la faune et la flore et sur la qualité de l'environnement ». L'article 27 traite de l'enfouissement dans le sol et le sous-sol de déchets non toxiques qui ne doit se faire qu'après autorisation et sous réserve du respect des prescriptions techniques et règles particulières définies par décret. Le code de l'environnement précise également que « l'élimination des déchets doit respecter les normes en vigueur et être conçue de manière à faciliter leur valorisation. A cette fin, il est fait obligation aux structures concernées de (i) développer et divulguer la connaissance des techniques appropriées, (ii) conclure des contrats organisant la réutilisation des déchets et (iii) régler les modes de fabrication ».

Malgré les dispositions prévues dans le code de l'environnement, aucun décret d'application spécifique sur la gestion des déchets sanitaires n'a été pris. Seul l'arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte

d'Ivoire a été pris le 03 juin 2009. Cet arrêté, bien que n'étant pas adossé à un décret, essaie de préciser les différentes catégories de déchets sanitaires à considérer, la couleur des contenants à utiliser, aborde les techniques de traitement et définit le champ d'intervention du secteur privé. Un document de politique nationale et des directives en matière de sécurité des injections et de gestion des déchets médicaux existent depuis 2009. Des directives pour l'utilisation des incinérateurs à combustion pyrolytique ont été également élaborées et servent à l'amélioration de l'élimination des déchets sanitaires.

Par ailleurs, des projets de code de l'hygiène et de code de la salubrité existent, venant renforcer les dispositions existantes en la matière.

#### IV.2. EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES

L'enquête pour l'évaluation des compétences des acteurs en matière de gestion des déchets sanitaires a fourni des informations utiles sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques ainsi que sur la situation du secteur dans les établissements sanitaires cibles.

La population totale d'étude composée de 439 sujets comprend 73,12% de prestataires de soins, 16,40% de personnel d'entretien, 7,06% de responsables d'établissements sanitaires, 2,28% d'acteurs de développement local et 1,14% d'autorités sanitaires locales (DDSHP et DRSHP). 61% des sujets sont de sexe masculin. L'âge moyen est de 46,3 ans avec un écart-type de 8,3 ans, un âge minimum de 22 ans et un âge maximum de 71 ans. L'ancienneté professionnelle moyenne des sujets est de 7,2 ans.

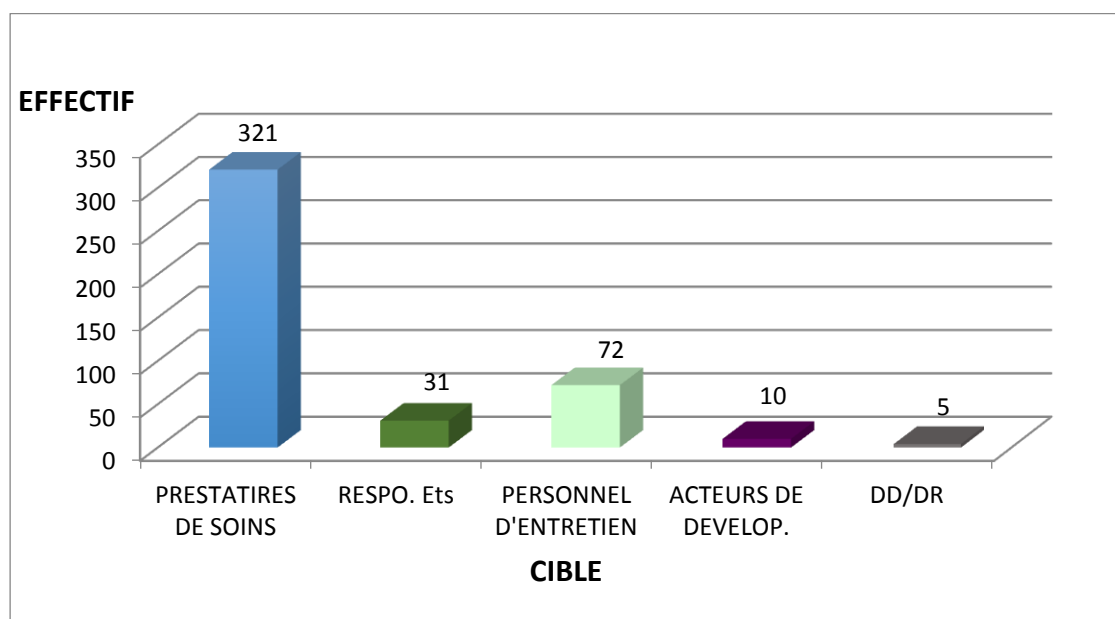


Figure 6. Distribution des sujets de l'étude selon la cible



#### **IV.2.1. Au niveau du cadre réglementaire**

La majorité des deux acteurs principaux du secteur, l'un (prestataires de soins), gros producteurs de déchets sanitaires à risque et l'autre (personnel d'entretien), responsable de la manutention, ne connaît pas l'existence du PNGDM 2009-2011 et des textes réglementaires respectivement dans environ 52,5% et 59,8% des cas. De plus, il n'existe pas de procédures écrites destinées à uniformiser les interventions de ces acteurs et contribuer à améliorer la gestion des déchets sanitaires.

Les responsables d'établissements sanitaires majoritairement composés d'IDE (41,94%), de Médecins (19,35%) et de Gestionnaires des Services de Santé (9,68%), sensés relayés les informations auprès des prestataires dans les unités de soins ne savent pas dans environ 60% des cas, qu'il existe des textes réglementant le secteur des déchets sanitaires ainsi qu'un plan de gestion des déchets que leurs établissements produisent.

45,6% des Mairies ignorent l'existence du PNGDM 2009-2011. Dans 63,6% des cas, elles ne disposent ni de documents de référence, ni de plan local de gestion des déchets sanitaires.

Par contre, les DDSHP connaissent l'existence du PNGDM 2009-2011 et des textes réglementaires en matière de gestion des déchets sanitaires. Par ailleurs, ils disposent dans la majorité des cas (80%), de documents de référence et prennent des dispositions pratiques sous-forme de supervisions (60% des cas), de formation (20%) et de sensibilisation (20%) pour améliorer la gestion des déchets sanitaires dans leurs zones.

Il ressort de l'évaluation que les documents de base (textes réglementaires, normes et directives, plan de gestion) pris depuis 2009 n'ont pas été suffisamment diffusés. Les acteurs principaux que sont les prestataires de soins et le personnel d'entretien ne sont pas suffisamment informés sur les orientations stratégiques et les dispositions prises au niveau central pour une bonne gestion des déchets sanitaires.

#### **IV.2.2. Au niveau de la formation, de l'encadrement et de la sensibilisation**

Seulement 49,22% des prestataires de soins ont suivi une formation initiale et 30,84% une formation continue en matière de gestion des déchets sanitaires. Cependant, 69,16% de ces prestataires de soins ont été sensibilisés à la bonne gestion des déchets sanitaires. Par ailleurs, la quasi-totalité n'a jamais été supervisée (87%) et seulement 23,68% ont déjà participé à des rencontres sur la gestion des déchets sanitaires.

La conséquence de cette situation est que les cadres supérieurs de la santé ont de bonnes connaissances et de bonnes attitudes en matière de gestion des déchets sanitaires (51,46% et

63,11% des cas) alors que leurs pratiques restent majoritairement non conformes dans 50,48% des cas. Quant aux IDE et SFDE, ils disposent de connaissances et de pratiques acceptables (82,09% et 62,36% des cas) et présentent de très bonnes dispositions en la matière (62,84% des cas). Cela pourrait se justifier par le fait que la gestion des déchets sanitaires n'est pas abordée dans la formation des cadres de supérieurs de la santé alors que les curricula de formation des IDE et SFDE ont été renforcés en la matière à l'INFAS.

Seulement 34,72% du personnel d'entretien sont des agents d'hygiène. 65,28% sont du personnel non qualifié et non spécifiquement affecté à cette tâche. De plus, seulement 44,4% d'entre eux ont suivi une formation initiale en matière de gestion des déchets sanitaires. La formation continue quant à elle peut être jugée satisfaisante, touchant 51,4% du personnel d'entretien dont la grande majorité (75%) a bénéficié de sensibilisation aux bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires. Malheureusement, l'encadrement régulier de ce personnel à travers la supervision est quasi-inexistant ; ce qui pourrait justifier le fait que malgré des connaissances et d'attitudes satisfaisantes (93,05% et 73,31% des cas), les pratiques du personnel d'entretien soient mauvaises dans 51,35% des cas.

Les autorités sanitaires locales que sont les DDSHP et les responsables des établissements sanitaires, sensées assurer l'encadrement du personnel soignant et des agents d'entretien à travers entre autres, des supervisions et des rencontres d'information, dans leur grande majorité n'ont pas bénéficié dans leur formation initiale, de modules sur la gestion des déchets sanitaires. Par contre, celles-ci bénéficient de séances de formation continue et de sensibilisation aux bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires.

#### **IV.2.3. Au niveau des appuis financiers apportés par les autorités sanitaires locales et les Mairies**

Les acteurs locaux que sont les DDSHP, les responsables des établissements sanitaires et les Mairies participent timidement à la gestion des déchets sanitaires. En effet, seulement 28,8% des établissements sanitaires disposent d'une allocation budgétaire spécifique inférieure à cinq (05) millions de FCFA dans 75% des cas. A part cette faible allocation budgétaire venant du trésor public, les établissements sanitaires ne bénéficient d'appui conséquent, ni des Directions Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique, ni de Mairies pour gérer les déchets issus des activités de soins.

Seulement 20% des autorités sanitaires locales disposent d'une allocation budgétaire comprise entre 1 et 5 millions de FCFA pour la gestion des déchets sanitaires.

Malgré les engagements pris par les collectivités territoriales d'accompagner la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011, une ligne budgétaire spécifique pour la gestion des déchets sanitaires



n'est prévue que dans 54,5% des cas. Et lorsqu'elle existe, cette dotation budgétaire est largement insuffisante, inférieure ou égale à cinq (05) millions de FCFA dans 83,30% des cas.

Les efforts fournis au niveau local pour la gestion des déchets sanitaires sont très insignifiants. Les plans de développement local quand ils existent, ne font pas allusion à la gestion des déchets sanitaires. Toutes les initiatives sont attendues du niveau central à travers le trésor public et les appuis des Partenaires Techniques et Financiers.

#### **IV.2.4. Au niveau du tri, de la collecte et de l'élimination des déchets sanitaires**

A l'observation, les salles de soins disposent plus de poubelles (46,27%) que les salles de consultation (35,82%) avec présence de sacs poubelles dans 64,18% des cas. Les sacs poubelles utilisés ne sont pas différenciés, majoritairement de couleur noire. Par ailleurs, des contenants de fortune sont bien souvent utilisés tels que les bouteilles en Polyéthylène Téréphtalate (PET) ou en verre, les seaux, les emballages cartonnés.

Quant au tri des déchets à la production, il n'est pas systématique dans toutes les unités de soins. Il est effectué dans seulement 59,7% des cas, majoritairement par le personnel soignant (87,5%). Des efforts de conditionnement et d'enlèvement régulier des déchets sont faits par les établissements sanitaires, empêchant que les poubelles ne débordent et que les déchets ne traînent dans les unités de soins et dans les environs immédiats des structures de santé.

Dans la majorité des cas (65,67%), les unités de soins disposent d'un site de stockage provisoire des déchets sanitaires, majoritairement situé dans l'enceinte de l'établissement, se résumant bien souvent en un dépôt sauvage, accessible aux récupérateurs et aux animaux. Quelques fois, les déchets sanitaires sont provisoirement stockés dans des niches à ordures ménagères, situées en bordure de route, en contact direct avec la population.

Dans la majorité des cas (73,13%), le personnel chargé de la gestion des déchets sanitaires ne dispose pas d'Équipement de Protection Individuelle (EPI) complet. De plus, ce personnel, dans la majorité des cas n'est pas qualifié et n'est pas spécifiquement affecté à cette tâche. Les moyens de transport des déchets sanitaires, des zones de production au site d'élimination ou de stockage provisoire sont bien souvent non conformes. Ils se résument généralement en des sacs poubelles, des cartons, des seaux ou des boîtes de toute sorte.

La majorité des établissements sanitaires utilise le brûlage à l'air libre, dans des fosses non sécurisées ou dans une barrique pour éliminer leurs déchets. Le recours aux décharges publiques normalement réservées aux déchets solides ménagers et assimilés, est une réalité. Seulement 6 établissements sanitaires sur 31 visités disposent d'un incinérateur qui du reste, ne sont pas fonctionnels dans 83,3% des cas, dû à des pannes (60%) ou à un

manque de combustible (20%). Concernant les ouvrages modernes d'élimination des déchets sanitaires, le tableau suivant présente la situation à janvier 2016<sup>38</sup>.



Dépôt sauvage de déchets sanitaires



Moyens de collecte inappropriés des déchets sanitaires



Fosse à déchets sanitaires non sécurisées



Incinérateur moderne à combustion pyrolytique de déchets sanitaires



<sup>38</sup> Source MSHP/DHES

Incinérateur artisanal pour déchets sanitaires
---

**Tableau VIII. Répertoire des  
incinérateurs modernes et banaliseurs existants en Côte d'Ivoire**

N°	REGION SANITAIRE	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DU DISPOSITIF	OBSERVATIONS
1.	Agnéby-Tiassa-Mé	Adzopé	1 moderne a 2 chambres, modelé chinois / HG	20 kg/h	Non encore mis en service
2.	Gboklê-Nawa-San-Pedro	Sassandra	1 pyrolytique / HG	30 kg/h	En panne
3.	Gôh	Gagnoa	1 moderne a 2 chambres, modèle chinois / HG	20 kg/h	Fonctionnel
4.	Bélier	Toumodi	1 pyrolytique; hg	30 kg/h	Fonctionnel
5.		Yamoussoukro	1 pyrolytique / District Sanitaire	30 kg/h	Fonctionnel
6.			1 Pyrolytique / HG MOSCATI	15 kg/h	Fonctionnel
7.	Abidjan 1 - Grands Ponts	Adjamé-Plateau-Attécoubé	1 pyrolytique / HMA	40 kg/h	Fonctionnel
8.		Grand-Lahou	1 pyrolytique:/ HG	5 kg/h	Fonctionnel
9.		Yopougon Ouest-Songon	1 pyrolytique / IPCI	15-20 kg/h	Fonctionnel
10.			1 pyrolytique / CHU Yopougon	30 kg/h avec laveur humide	Fonctionnel
11.	Abidjan 2	Abobo-Est	1 pyrolytique / Antenne INHP	250 kg/h	Installation en cours
12.		Cocody-Bingerville	1 banaliseur a la vapeur / PISAM	50 kg/h	Fonctionnel
13.			1pyrolytique CHU de Cocody	15 kg/h	Installation en cours
14.		Koumassi-Port-Bouët-Vridi	1 pyrolytique / HG Port-Bouët	15 kg/h	Fonctionnel
15.		Treichville-Marcory	1 pyrolytique / CNTS	30 kg/h avec système de filtration de fumée	Fonctionnel
16.			1 pyrolytique / ICA	120 kg/jour	Fonctionnel
17.			1 pyrolytique / RETRO-CI	30 kg/h avec laveur humide	Installation en cours
18.	Tonkpi	Man	1 pyrolytique / CHR	15 kg/h	Fonctionnel

N°	REGION SANITAIRE	DISTRICT SANITAIRE	TYPE / LOCALISATION	CAPACITE DU DISPOSITIF	OBSERVATIONS
19.			1 pyrolytique / CAT	15 kg/h	Non encore mis en service
20.	N'Zi-Iffou	Daoukro	1 pyrolytique / HG	30 kg/h	En panne
21.	Poros-Tchologo-Bagoué	Tengréla	1 pyrolytique / HG	5 kg/h	En panne
22.	Sud-Comoé	Aboisso	1 pyrolytique / CHR	30 kg/h	Fonctionnel
23.	Gbêkè	Bouaké Nord-Ouest	1 pyrolytique / CHU	15 kg/h	Fonctionnel
24.	Hambol	Katiola	1 pyrolytique / CHR	1300 kg/mois	Fonctionnel
25.	Worodougou-Béré	Séguéla	1 pyrolytique / CHR	30 kg/h	Fonctionnel

Au total, vingt-quatre (24) incinérateurs modernes à combustion pyrolytique ont été installés par le Gouvernement avec l'appui des PTF. Un (01) banaliseuse a été installé par la PISAM.

Sur les 24 incinérateurs, seize (16) sont fonctionnels, trois (03) sont en cours d'installation, cinq (05) sont non fonctionnels dont trois (03) en panne et deux (02) non encore mis en service.

Quant aux déchets sanitaires liquides, les constats suivants ont été faits :

- les déchets sanitaires liquides préoccupent peu les prestataires de soins et les responsables des établissements sanitaires qui n'accorde pas d'intérêt particulier à leur traitement ;
- l'élimination de ces déchets se fait en majorité dans la nature sans traitement à partir : (i) des égouts à travers les éviers, bidets de WC et autres siphons, (ii) de déversements direct à même le sol, (iii) de fosses non sécurisées ;
- rarement est effectuée une désinfection avant le rejet à l'égout ;
- les fosses à placenta sont quelques fois utilisées ;
- aucun établissement sanitaire ne dispose de station d'épuration des eaux usées.

Concernant la sensibilisation des acteurs, dans 65,67% des unités de soins, il n'existe aucun support de communication en matière de gestion durable des déchets sanitaires.

### IV.3. CARACTERISATION DES DECHETS SANITAIRES

#### IV.3.1. Déchets sanitaires solides

Selon les estimations, le secteur sanitaire public national produit chaque jour, 16 744,08 kg soit environ 16,74 tonnes de déchets sanitaires solides, représentant 66% de la production nationale. La production annuelle est estimée à 6 111 588,59 kg soit 6 111,59 tonnes. 72% des déchets produits par le secteur public sont infectieux avec 9% d'objets piquants, coupants, tranchants et 63% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT. 26% sont composés de déchets ménagers et assimilés et 2% de déchets chimiques et pharmaceutiques.

Quant au secteur sanitaire privé, il produit au total 8 804,11 kg soit environ 8,80 tonnes par jour, représentant 34% de la production nationale. La production annuelle de ce secteur est de 3 213 498,33 kg soit environ 3 213,50 tonnes. Les déchets du secteur public sont composés de 43% d'infectieux dont 6% d'objets piquants, coupants, tranchants et 37% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT. 54% de ces déchets sont assimilables aux déchets ménagers et 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques.

Au total, le secteur de santé ivoirien public et privé produit 25 548,18 kg soit environ 25,55 tonnes chaque jour et 9 325 086,92 kg soit environ 9 325,09 tonnes par an. 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux, composés de 8% d'objets piquants, coupants, tranchants et 54% de déchets médicaux infectieux autres que les OPCT. 36% de ces déchets sont assimilables aux déchets ménagers et 2% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques.

La production nationale tout secteur confondu est passée de 13,2 tonnes par jour en 2009 à 25,55 tonnes par jour en 2016 soit une augmentation de 93,56%, pouvant témoigner d'un accroissement de l'offre de soins et d'une utilisation importante des services de santé. En sept (07) années de mise en œuvre du PNGDM 2009-2011, les interventions ont permis d'inculquer aux acteurs, la notion du tri des déchets à la production. Ainsi, la proportion de déchets infectieux est passée de 70% en 2009 à 62% en 2016 soit une réduction de 11,43%. Malgré les efforts pour la réduction de la proportion de déchets infectieux par rapport à celle de 2009, celle-ci reste toujours importante comparativement aux standards internationaux. En effet, selon l'OMS, « 85% environ des déchets liés aux soins de santé sont comparables aux ordures ménagères et ne sont pas dangereux. Les 15% restants sont considérés comme dangereux et peuvent être infectieux, toxiques ou radioactifs »<sup>39</sup>.

**Tableau IX. Productions nationales de déchets sanitaires par catégorie et par secteur sanitaire**

	OPCT	DMI	DMA	DCP	TOTAL
<b>Total jour privé (Kg/j)</b>	2 078,82	13 902,86	9 104,14	462,36	25 548,18
<b>Total an privé</b>	758 769,76	5 074 543,90	3 323 010,80	168 762,46	9 325 086,92

<sup>39</sup> OMS : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire N°253, Novembre 2015

(Kg/an)					
<b>Production nationale (Kg/an)</b>	761 963,18	5 085 244,26	3 312 808,44	169 224,83	9 329 260,70
<b>%</b>	<b>8%</b>	<b>54%</b>	<b>36%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>

### IV.3.2. Déchets sanitaires liquides

Aucun établissement sanitaire ne possède de dispositifs particuliers permettant de collecter séparément les déchets liquides. Ceux-ci, mélangés aux eaux usées sont éliminés directement dans la nature sans traitement. Ainsi, aucune donnée sur les quantités de déchets liquides n'est disponible.

L'évaluation des quantités des déchets liquides produits par les établissements sanitaires n'a pu être faite.

## V. IMPACTS DES DECHETS SANITAIRES

### V.1. IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX

Le traitement et l'élimination des déchets liés aux soins peuvent entraîner indirectement des risques pour la santé en raison du rejet dans l'environnement, d'agents pathogènes et de polluants toxiques. L'élimination des déchets sanitaires dans les dépôts sauvages ou dans les fosses non septiques ainsi que l'enfouissement mal réalisé, peuvent contaminer le sol et l'eau de boisson, et représenter un risque certain pour la faune, la flore et les gestionnaires de déchets.

Par ailleurs, le brûlage à l'air libre ou une incinération imparfaite de déchets contenant du PCV entraîne le rejet dans l'atmosphère, de résidus de cendres et de polluants tels que les dioxines et les furanes, cancérigènes pour l'homme et associés à divers effets néfastes sur la santé. L'incinération des métaux lourds ou de matériaux contenant une grande quantité de métal (en particulier du plomb, du mercure ou du cadmium) peut entraîner le rejet de métaux toxiques dans l'environnement<sup>40</sup>.

### V.2. IMPACTS SOCIO-SANITAIRES

Les déchets produits par les activités du secteur de la santé présentent une telle spécificité qu'ils commandent des précautions particulières dans le processus de leur gestion. En effet, ces déchets qui peuvent être du sang, les parties de membres ou d'organes, les placentas ou les embryons,

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

peuvent poser d'importants problèmes éthiques dans leur gestion, surtout lorsqu'ils se retrouvent dans la nature.

En plus des risques pour la santé publique en l'absence d'une bonne gestion, la réutilisation directe de matériel d'injection contaminé entraîne un risque professionnel pour le personnel soignant, pour le personnel chargé de la gestion des déchets et pour les récupérateurs. Lorsque l'accès aux décharges n'est pas restreint, les enfants peuvent entrer en contact avec des déchets contaminés et jouer avec des aiguilles et des seringues qui ont déjà servi. Les études épidémiologiques indiquent qu'après piqûre accidentelle avec une aiguille utilisée pour un patient infecté, le risque d'être infecté par le HBV, le HCV et le VIH est respectivement de 30 %, 1,8 % et 0,3 %<sup>41</sup>.

Même avec un bon système de gestion des déchets sanitaires basé sur le tri systématique à la production, environ 20% de ces déchets demeurent à risque, susceptibles de propager de nombreuses maladies infectieuses ou d'origine chimique<sup>42</sup>. La mauvaise gestion des déchets sanitaires est responsable dans le monde d'environ 21 millions de cas d'infections par le virus de l'hépatite B, 2 millions de cas d'infection par celui de l'hépatite C et 260 000 cas d'infection par le VIH<sup>43</sup>.

Par ailleurs, le brûlage ou l'incinération à basse température (inférieure à 800°C) de certains déchets sanitaires comportant du polychlorure de vinyle (PVC) est responsable de la formation de (i) polychlorodibenzodioxines (PCDD), (ii) polychlorodibenzofuranes (PCDF) et (iii) divers autres polluants aériens toxiques dont les polychlorobiphényles (PCB), respectivement appelés dioxines, furanes et PCB co planaires. Les dioxines, les furanes et les PCB co planaires sont des substances persistantes, dont la molécule n'est pas dégradée dans l'environnement, et qui s'accumulent dans la chaîne alimentaire. La plus grande partie de l'exposition humaine est due à l'alimentation. Ces substances peuvent 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>44</sup>.

---

<sup>41</sup> OMS : Gestion des déchets d'activités de soins. Aide-mémoire N°281 Octobre 2011

<sup>42</sup> O.M.S. : Les déchets liés aux soins de santé. Genève : Aide-mémoire 253, 2000

<sup>43</sup> OMS : Aide-mémoire n°254 ; Genève 2004

<sup>44</sup> OMS : Gestion des déchets d'activités de soins. Aide-mémoire N°281 Octobre 2011

## CHAPITRE III : PLAN NATIONAL DE GESTION DES DECHETS SANITAIRES 2016-2020

---

### VI. PROBLEMES MAJEURS

---

La gestion des déchets sanitaires solides et liquides, bien qu'actuellement lacunaire, reste une préoccupation majeure du Gouvernement telle que décrite dans les Plans Nationaux de Développement Sanitaire successifs. Plusieurs problèmes minent le secteur, empêchant l'émergence d'un système de gestion écologiquement rationnel.

#### VI.1. INSUFFISANCE DU CADRE INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE

Malgré les déclarations dans les différents documents de planification du secteur de la santé, la gestion des déchets sanitaires n'est pas affichée comme une priorité spécifique dans la politique sanitaire nationale. En effet, en dehors d'une stratégie nationale de promotion de l'hygiène qui fait référence aux déchets sanitaires, il n'existe pas de document de stratégie spécifique à la gestion des déchets sanitaires. Dans ce secteur, aucun décret n'a été pris pour l'application de certaines dispositions du code de l'environnement. De plus, le document de politique sectorielle existant doit être renforcé par la détermination d'une vision plus précise, des orientations stratégiques conséquentes et une définition plus claire des responsabilités des différents acteurs clés, notamment les Directions centrales compétentes du MSHP, les Directions Régionales et Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique, les structures déconcentrées, les structures sanitaires et les collectivités territoriales.

De même, compte tenu des résultats de l'enquête d'évaluation de la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011, les normes et directives doivent être améliorées pour se rapprocher le plus possible des réalités de terrain. Par ailleurs, il n'existe pas de procédures claires de gestion des déchets sanitaires au niveau des établissements sanitaires et des collectivités territoriales.

Globalement, le peu de textes et de documents existants ne sont pas suffisamment diffusés au niveau des acteurs du niveau opérationnel.

L'absence de textes déterminant clairement le champ d'action et les missions de la structure de coordination qu'est la Direction chargée de l'hygiène publique, a favorisé au sein de certains programmes de santé et établissements sanitaires disposant de ressources financières suffisantes notamment les Etablissements Publics Nationaux (EPN) de santé, des ONG et certains donateurs en partenariat avec des collectivités, le développement d'un système de gestion des déchets. Ce système a conduit certains à la construction d'incinérateurs parfois de grande capacité malgré la promotion de la stratégie basée sur la polarisation des déchets vers un site d'élimination ou quelques autres fois, la construction d'incinérateurs artisanaux, véritables four à brûlage.



## **VI.2. DEFICIENCE DE L'ORGANISATION DE LA GESTION DES DECHETS SANITAIRES**

Les Districts et établissements sanitaires ne disposent pas de plan de gestion des déchets sanitaires et de procédures internes. La fraction liquide de ces déchets est ignorée par tous et ne constitue une priorité ni pour les autorités sanitaires centrales et locales, ni pour le personnel soignant, ni pour les responsables d'établissements, encore moins pour le personnel soignant.

Le personnel soignant n'est pas formé à la gestion des déchets sanitaires. En plus, le tri des déchets ne s'effectue pas de façon systématique, augmentant la proportion de déchets à risque. Les agents dédiés à la manutention des déchets, bien souvent non formés, ne sont pas spécifiquement affectés à cette tâche. Il existe rarement dans les établissements de santé, un point focal ou un référent chargé de faire le suivi de la gestion des déchets sanitaires, avec une description claire des tâches.

Les matériels de collecte et de transport des déchets solides, des zones de production aux sites de stockage ou d'élimination, sont inappropriés voire inexistantes. Quant aux déchets liquides, aucun dispositif particulier n'est utilisé pour leur collecte. Le transport de ces déchets est en majorité assuré par le réseau d'assainissement collectif quand il existe, sinon c'est l'assainissement généralement autonome qui s'en charge, notamment des fosses et autres regards de fortunes.

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

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

De plus, aucune disposition réglementaire n'est prise pour que le secteur privé spécialisé s'intéresse au secteur de la gestion des déchets sanitaires. A ce jour, les opérateurs privés qui interviennent dans les établissements sanitaires ont des activités qui se limitent à l'entretien des locaux. Cela se résume au traitement des dispositifs médicaux, au nettoyage des planchers, plafonds, murs et meubles, à la lutte anti-vectorielle et à l'entretien des espaces verts. Cette situation constitue une contrainte majeure pour la professionnalisation de la filière des déchets sanitaires.

## **VI.3. INSUFFISANCE DE FORMATION ET SENSIBILISATION DES ACTEURS**

Il n'existe pas de programme de formation spécifique bien que les documents de formation (guide du formateur et manuel de l'apprenant) existent. Quant aux supports de communication pour le changement social et comportemental, ils existent et méritent d'être améliorés, en

témoignent les connaissances, attitudes et pratiques non conformes des acteurs dans la majorité des cas, notamment chez le personnel soignant et le personnel chargé de la manutention des déchets sanitaires.

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

#### **VI.4. MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE GESTION INSUFFISANTS ET INAPPROPRIES**

Le matériel de collecte des déchets reste insuffisant dans les unités de soins. Quand ils existent, ceux-ci sont inadéquats. L'arrêté N°131/MSHP/DGHP/DRHP du 03 juin 2009 portant réglementation de la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire détermine trois (03) types de contenants pour la collecte des déchets sanitaires. Il s'agit de (i) poubelles noires pour les déchets ménagers et assimilés, (ii) poubelles jaunes ou rouges avec le signe « Biorisque » pour les déchets anatomiques, (iii) poubelles jaunes avec le signe « Biorisque » pour les autres déchets infectieux hormis les Objets Piquants, Coupants, Tranchants (OPCT), (iv) poubelles jaunes avec la mention « Toxique » pour les déchets pharmaceutiques et chimiques, (v) boîtes de sécurité de couleur jaune avec le signe « Biorisque » pour les OPCT et (vi) containers rigides, autoclavables et en plomb avec le signe « Radioactivité » pour les déchets radioactifs.

L'ensemble des poubelles utilisées doivent contenir des sacs poubelles de la même couleur.

Cette distinction impose donc que dans un établissement sanitaire, chaque unité de soins dispose d'au moins quatre (04) contenants à savoir, (i) 01 poubelle noire avec sac poubelle noir pour les déchets ménagers et assimilés, (ii) 01 poubelle jaune avec sac poubelle jaune pour les déchets infectieux autres que les OPCT, (iii) 01 poubelle jaune avec sac poubelle jaune pour les déchets pharmaceutiques et chimiques et (iv) 01 boîte de sécurité de couleur jaune pour les OPCT. Ces dispositions complexes pour la majorité des établissements sanitaires rendent financièrement inaccessibles le matériel de collecte des déchets. Ce qui justifie l'utilisation de contenants de fortune, représentés souvent par des bouteilles en Polyéthylène téréphtalate (PET) ou en verre, des emballages cartonnés, des seaux, etc. Les moyens de transport in situ des déchets sont aussi inexistantes voire inappropriés.

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

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

## VI.5. INSUFFISANCE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DU SECTEUR

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

L'intervention du secteur privé dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires n'est pas encouragée du fait (i) de l'absence d'un cadre réglementaire adéquat, (ii) de la sous-évaluation des interventions du secteur et (iii) des nombreux retards accusés dans le paiement des prestations effectuées dans les structures sanitaires par les prestataires qui s'y essaient.

La production annuelle nationale totale a été évaluée en 2009 à 4 822 tonnes de déchets sanitaires avec environ 70% d'infectieux<sup>45</sup>. Les besoins estimés pour la mise en œuvre du Plan National de Gestion des Déchets Médicaux 2009-2011 étaient de 7 583 220 970 F CFA<sup>46</sup>. De 2009 à 2015, les ressources mobilisées au niveau central pour les activités de gestion des déchets sanitaires étaient estimées à 1 307 633 346 F CFA, représentant seulement 17,24% des ressources attendues. Le Trésor Public a contribué seulement pour 8% et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour 92%<sup>47</sup>.

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

---

<sup>45</sup> MSHP-Direction Générale de l'Hygiène Publique : Rapport de caractérisation des déchets médicaux en Côte d'Ivoire, 2009

<sup>46</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Plan National de Gestion des Déchets Médicaux 2009-2011.

<sup>47</sup> Source DHES/MSHP

## VII. CADRE STRATEGIQUE DU PNGDS 2016-2020

---

Les propositions pour améliorer la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire sont issues de l'évaluation de la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011 et des leçons apprises.

### VII.1. OBJECTIF GENERAL

Améliorer la gestion des déchets sanitaires en Côte d'Ivoire à l'horizon 2020.

### VII.2. IMPACT GLOBAL DU PNGDS 2016-2020

A l'instar des PNDS successifs dans le cadre duquel le PNGDS 2016-2020 s'inscrit, l'impact global est : l'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés.

### VII.3. OBJECTIFS STRATEGIQUES

#### VII.3.1. Objectif stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel

##### *VII.3.1.1. Objectif spécifique 1.1. : Renforcer le cadre institutionnel et législatif*

La question des déchets sanitaires est certes une préoccupation mondiale de santé publique mais aussi d'environnement. En effet, la Convention de Bâle en son article premier identifie les déchets sanitaires comme dangereux. Elle précise les déchets concernés dont les déchets liés aux activités de soins dans son annexe I aux points Y1 à Y3<sup>48</sup>.

La Côte d'Ivoire, signataire de ladite Convention, se doit de continuer à légiférer dans le domaine. Ainsi au niveau national, le Code de l'Environnement fait allusion aux déchets sanitaires à travers l'article 26.

Aussi, le Code de l'hygiène publique en cours de finalisation devra-t-il mettre un accent particulier sur la gestion des déchets sanitaires.

---

<sup>48</sup> PNUÉ : Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination. Adoptée en 1989 et entrée en vigueur en 1992.

De plus, le document de politique nationale de gestion des déchets sanitaires doit être révisé. Cette politique pourra être sectorielle ou incluse dans celle de la santé ou de l'hygiène publique.

Un document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires doit être élaboré, tenant compte du secteur privé sanitaire et du partenariat public-privé. Ce document devra définir clairement les orientations stratégiques et les objectifs majeurs au niveau national, ainsi que les stratégies de mise en œuvre. Il devra préciser clairement les rôles, responsabilités et obligations des différents acteurs concernés tels que le MSHP à travers ses Directions techniques, ses entités déconcentrées, les Collectivités territoriales, les établissements sanitaires, le secteur privé et la population.

### ***VII.3.1.2. Objectif spécifique 1.2. : Renforcer le cadre réglementaire et normatif***

Il s'agit de prendre rapidement les décrets et arrêtés d'application des textes existants tels que le Code de l'Environnement et la loi portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux Collectivités, notamment en matière de « santé, d'hygiène publique et de qualité ».

Après adoption du Code de l'hygiène, les différents textes subséquents devront être rapidement pris.

Les documents de références en matière de gestion des déchets sanitaires doivent être mis à jour ou élaborés. Il s'agit (i) des normes et directives, (ii) des guides et procédures simples par niveau de la pyramide sanitaire et par catégorie d'agent et (iii) des outils de collecte des données intégrant la collecte et l'analyse systématique des indicateurs de gestion des déchets sanitaires dans le système de routine existant au sein des différents établissements sanitaires publics et privés.

Un paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour chaque niveau de la pyramide sanitaire devra être défini.

A cela s'ajoutent la collecte et l'analyse systématique des indicateurs de gestion des déchets sanitaires dans le système de routine existant au sein des différents établissements sanitaires publics et privés.

Il s'agit également de rendre systématique et obligatoire :

- la formation des agents de santé sur les bonnes pratiques en matière de gestion des déchets sanitaires ;

- le « certificat de salubrité » pour les établissements sanitaires, intégrant l'aspect gestion des déchets ;
- les types de réceptacles pour déchets sanitaires et les codes couleur selon les catégories de déchets ;
- l'utilisation par les établissements sanitaires, des ouvrages d'élimination identifiés et agréés par le MSHP ;
- la contribution de chaque établissement sanitaire à l'élimination écologiquement rationnelle des déchets produit par ses activités avec l'instauration d'un système opérationnel de contrôle, de suivi et d'évaluation.

### ***VII.3.1.2. Objectif spécifique 1.3. : Organiser le pilotage du secteur de la gestion des déchets sanitaires***

L'absence et/ou l'insuffisance de personnel et de structure/organe dédiés spécialement à la gestion des déchets est un problème récurrent au sein des établissements sanitaires.

Il s'agira donc à travers cet objectif :

- de mettre en place un organe ou une structure uniquement chargée de la coordination des activités d'hygiène en milieu hospitalier et de la gestion des déchets sanitaires. Cet organe assurera le pilotage, le contrôle, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 ;
- de redynamiser ou créer les Comités d'hygiène au niveau départemental et des établissements sanitaires pour une meilleure organisation et un suivi assidu des activités d'hygiène hospitalière en général et de gestion des déchets sanitaires en particulier. Ces Comités seront rendus fonctionnels et favoriseront la participation des différents acteurs locaux ;
- d'apporter un appui technique et financier à l'élaboration et la mise en œuvre des Plans Locaux de Gestion des Déchets Sanitaires. Ces plans seront proposés par les Comités Locaux Départementaux et d'établissements sanitaires en fonction de la situation des déchets sanitaires au niveau local, des orientations générales données par le plan national, des opportunités et des contraintes existantes ainsi que des objectifs à atteindre par établissement, District et Région sanitaires.

## **VII.3.2. Objectif stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs**

### ***VII.3.2.1. Objectif spécifique 2.1. : Organiser le plaidoyer et la mobilisation sociale***

Le plaidoyer se fera à l'endroit des collectivités territoriales, des représentants des administrations centrales concernées, des principaux partenaires bilatéraux et multilatéraux, des responsables d'établissements sanitaires, des groupements socio-professionnels du secteur santé. A cet effet, une table ronde sur la gestion des déchets sanitaires aura lieu au niveau central, des rencontres et des missions de terrain seront organisées dans les Districts et régions sanitaires à l'endroit des autorités politiques, administratives, sanitaires locales, du personnel de santé, de la société civile et du secteur privé.

Le plaidoyer sera également fait à l'endroit des autorités du système éducatif national pour la prise en compte ou le renforcement dans les curricula de formation du personnel de santé, de la gestion des déchets sanitaires.

Concernant la mobilisation sociale, des actions seront entreprises pour informer et sensibiliser les responsables des établissements sanitaires publics et privés, le personnel de santé et la communauté sur (i) les impacts négatifs de la mauvaise gestion des déchets sanitaires sur la santé et l'environnement, et (ii) la nécessité de s'impliquer et de participer à la prise de décisions en matière de gestion des déchets sanitaires. Il s'agira aussi et surtout d'amener les différents acteurs à un changement de comportement en matière d'hygiène hospitalière et de gestion des déchets sanitaires à travers une meilleure organisation locale. Les établissements sanitaires ainsi que les autres acteurs du secteur, chacun à son niveau, devrait pouvoir sensibiliser, inciter les autres à agir, à se mobiliser et à mobiliser leurs moyens propres pour l'amélioration de la gestion des déchets sanitaires.

Par ailleurs, les Relais Communautaires (RC) pourront jouer un rôle important dans l'amélioration de la gestion des déchets sanitaires. Aussi, leurs compétences en la matière devront-elles être renforcées pour améliorer leur intervention sur le terrain.

La mobilisation sociale pourra être soutenue par plusieurs activités dont l'organisation de concours annuel de l'établissement sanitaire le plus propre avec un accent particulier sur la gestion des déchets sanitaires. Ce concours qui mettra en compétition tous les établissements sanitaires publics et privés par niveau de la pyramide sanitaire, sera la base de la création du label de l'hôpital écologique ou « éco-hôpital ».

**VII.3.2.2. Objectif spécifique 2.2. : Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires**

Cela consistera à la production et à la diffusion des supports média et hors média, à savoir :

- les supports médias : les messages, les émissions interactives, les spots, les capsules, les bandes déroulantes, les SMS, les affiches, kakemono, banderoles et les autocollants ;
- les supports hors média : les Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière et de la Gestion des Déchets Sanitaires, le concours de l'établissement sanitaire le plus propre.

**VII.3.3. Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires**

**VII.3.3.1. Objectif spécifique 3.1. : Organiser la formation des acteurs clés**

**a) Formation de base**

Il s'agit ici de mettre l'accent sur la formation de base des agents de santé. Aussi, après le plaidoyer et la volonté politique affichée, les curricula de formation des agents de santé seront-ils revus à travers le renforcement ou l'introduction dans les programmes de formation de base, des thématiques liées à la gestion des déchets sanitaires. Pour soutenir cette action, il sera indispensable de procéder à la formation ou la mise à niveau des connaissances des enseignants des écoles publiques et privées de formation des agents de santé.

Le niveau scolaire pourra également être pris en compte par l'introduction dans les programmes, des notions de base en matière d'hygiène et de gestion des déchets.

**b) Formation continue**

Concernant le personnel des établissements sanitaires ainsi que celui des Collectivités Territoriales cibles, il s'agira de renforcer la formation continue par la mise en place d'un programme de renforcement permanent des capacités des acteurs pour palier au déficit actuel. La stratégie de la formation en cascades sera renforcée. Pour ce faire, les documents de formation tels que le manuel de l'apprenant et le guide du formateur devront être revisités et adaptés à chaque catégorie d'agent de santé. Pour la conduite de ces activités de formation, les pools de



formateurs existants verront leurs capacités renforcées et de nouveaux pools de formateurs seront mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Des agents de la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) du MSHP seront formés à la maintenance des incinérateurs, des stations de traitement des eaux usées et des véhicules de transport des déchets sanitaires.

Des agents des Districts sanitaires cibles seront formés à l'utilisation et à l'entretien des incinérateurs, des stations de traitement des eaux usées et des véhicules de transport des déchets sanitaires.

### ***VII.3.3.2. Objectif spécifique 3.2.: Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires***

#### ***a) Matériels de collecte et équipements de protection individuelle***

Le tri à la production des déchets sanitaires prôné par tous doit être promu dans l'ensemble des établissements sanitaires publics et privés, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cela contribuera fortement à la réduction des quantités de déchets à risque destinés à une élimination spécifique et plus rigoureuse.

Pour ce faire, des contenants devront être acquis par les établissements sanitaires. Il s'agit de (i) poubelles à pédale pour les déchets à risque infectieux ou non, (ii) boîtes de sécurité pour les OPCT, (iii) de poubelles ordinaires à couvercle pour les déchets ménagers et assimilés, (iv) de sacs poubelles de différente couleur et (v) de chariots pour le transport in situ des déchets.

Des EPI complets doivent être acquis pour tous les manutentionnaires de déchets sanitaires. Ces EPI devront comporter au moins une combinaison à manches longues anti-éclaboussures, chaussures avec semelles antidérapantes, gants avec résistance chimique, anti-piqûre, anti-coupure, pouvant protéger autant les avant-bras que les mains, lunettes protectrices et masque respiratoire.

A terme, il s'agit donc de formuler les commandes d'intrants de gestion des déchets sanitaires sous forme de kits comportant au moins les contenants et les EPI sus mentionnés.

#### ***b) Infrastructures d'élimination des déchets sanitaires***

Au vue des engagements pris par la Côte d'Ivoire dans le cadre des accords internationaux pour la protection de l'environnement (lutte contre la pollution atmosphérique, le réchauffement climatique, la dégradation des sols et des ressources, etc.), les ouvrages à utiliser pour l'élimination des déchets sanitaires doivent être économiquement viables, acceptables par les acteurs du milieu récepteur et écologiquement supportables. Pour ce faire, le MSHP a décidé de l'utilisation d'incinérateurs à combustion pyrolytique et à haute température pour minimiser les émissions gazeuses toxiques.

Aussi, dans le cadre du présent plan de gestion, est-il proposé l'installation dans chaque District sanitaire non encore pourvu, d'un incinérateur destiné à l'ensemble de la production de déchets sanitaires solides du District. Ne pourront être utilisés préférentiellement comme moyens d'élimination des déchets sanitaires que les infrastructures suivantes :

- les incinérateurs modernes à double chambre et à température élevée ou les banaliseurs pour les districts sanitaires ou pour un ensemble d'établissements gros producteurs de déchets sanitaires. Pour ces incinérateurs, des bombones de gaz seront acquis pour leur alimentation ;
- les incinérateurs de type De Montfort amélioré pour les ESPC éloignés et/ou difficilement accessibles ;
- les fosses sécurisées à cendres pour les résidus d'incinération ;
- les fosses sécurisées à placentas et à déchets liquides pour les structures ne disposant pas de moyens d'élimination de déchets anatomiques et des eaux usées ;
- les moyens de décontamination et de désinfection des déchets liquides ;
- les stations d'épuration des eaux usées pour les CHU et les Polycliniques.

La construction des incinérateurs et des stations de traitement des eaux usées des établissements sanitaires sera précédée d'Etudes d'Impact Environnemental et Social (EIES).

### ***c) Moyens de transport ex-situ des déchets sanitaires***

L'un des problèmes clés de la gestion des déchets sanitaires étant leur enlèvement régulier, des moyens de transport doivent être prévus pour l'acheminement de ces déchets sanitaires des zones de production aux sites d'élimination. A cet effet, les déchets seront préalablement bien emballés pour éviter l'écoulement des éventuels lixiviats et les

déversements accidentels. Les moyens de transport seront conçus de manière à minimiser au mieux les risques de pollution de l'environnement et de contamination des populations.

***VII.3.3.3. Objectif spécifique 3.3. : Mettre en place une organisation pour la gestion des déchets sanitaires***

***a) Pour les déchets sanitaires solides***

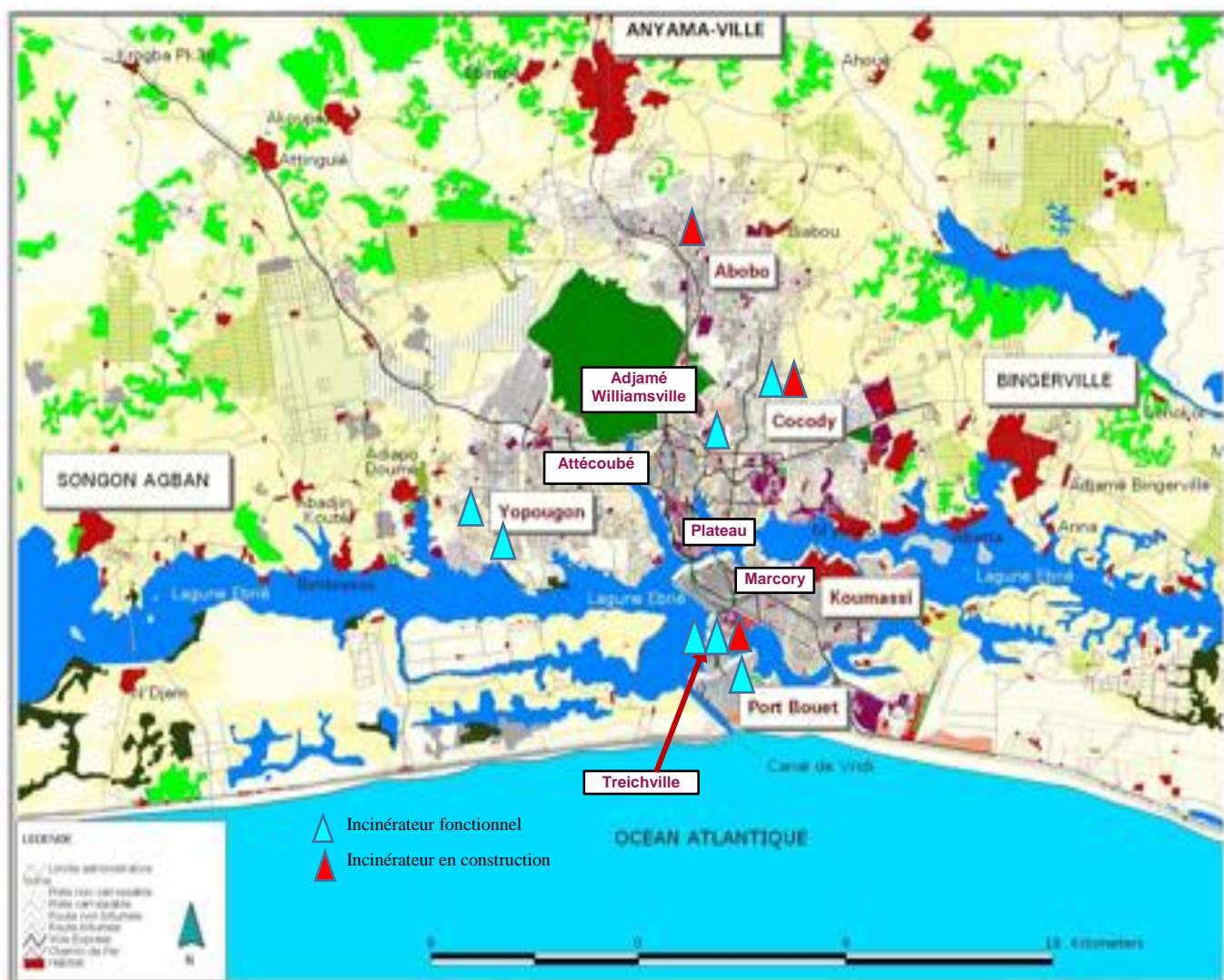
Pour d'une part, renforcer la lutte contre la pollution éventuellement engendrée par les ouvrages et d'autre part, minimiser les dépenses d'investissement et de fonctionnement (entretien, carburant, manutentionnaires, etc.) liés aux activités de gestion des déchets sanitaires, la stratégie de polarisation recommandée par le MSHP sera utilisée dans le cadre du présent plan d'action. Il s'agit notamment de la convergence des déchets sanitaires produits en périphérie d'un site abritant un incinérateur (généralement le centre de référence ou le plus gros producteur) à l'aide de moyens de transports.

Aussi, des moyens de transport sécurisé des déchets sanitaires, de leurs lieux de production aux sites d'élimination, doivent être prévus. Ces moyens de transport doivent être dimensionnés et acquis de sorte à pouvoir être utilisés dans le plus grand nombre de sites difficilement accessibles et être d'entretien facile.

Par ailleurs, les vingt-quatre (24) incinérateurs et le banaliseur existants seront utilisés comme base du système d'élimination des déchets sanitaires dans le cadre de ce plan d'action. Ces ouvrages qui desserviront les établissements sanitaires de leur zone d'installation, seront réhabilités, remis en état de fonctionnement optimal et entretenus, et pourront, à terme, être complétés pour couvrir l'ensemble des Districts sanitaires, raccourcissant ainsi le rayon d'action des pôles d'incinérateurs.



Figure 7. Distribution des incinérateurs sur l'étendue du territoire national



**Figure 8. Distribution des incinérateurs dans le District Autonome d'Abidjan**

La stratégie proposée dans le cadre du présent plan en matière d'élimination des déchets sanitaires, intégrant les dispositions existantes en matière d'incinérateurs, sera de renforcer le système de maillage déjà recommandé par le MSHP, visant à polariser les déchets des établissements d'une zone géographique donnée vers le site d'élimination existant ou à construire dans ladite zone. Pour ce faire, il faudra utiliser la démarche suivante :

- **s'appuyer sur les ouvrages existants** couvrant dix-neuf (19) Districts sanitaires : vingt-quatre (24) incinérateurs et un (01) banaliseur. Les ouvrages en construction tels que les incinérateurs de l'INHP à Abobo, du projet RETROCI et du CHU de Cocody devront être achevés et ceux en panne ou en état de vétusté devront être réparés et remis en état de marche ;

- **doter seize (16) Districts sanitaires en incinérateurs à combustion pyrolytique et treize (13) Districts sanitaires en incinérateurs De Montfort** : les districts sanitaires non équipés ou sous-équipés, seront dotés d'ouvrages en fonction de leur niveau de production ;
- **acquérir des moyens de transport des déchets sanitaires des zones de production aux sites d'élimination** : les déchets préalablement conditionnés et stockés par l'équipe ou l'agent désigné à cet effet, seront collectés selon un rythme à établir au niveau local. Pour ce faire, l'ensemble des 48 Districts sanitaires seront dotés de moyens de transport pour l'enlèvement et le convoyage des déchets des zones de production vers le site d'élimination.

Pour le District Autonome d'Abidjan, sur dix (10) ouvrages d'élimination, trois (03) sont en construction et sept (07) sont fonctionnels dont un (01) banaliseuse appartenant à une structure privée (PISAM) et six (06) incinérateurs appartenant à des structures publiques.

Dans le cadre du présent plan et en l'état actuel des ouvrages existant, aucun autre moyen d'élimination des déchets sanitaires ne sera construit sur le territoire du District Autonome d'Abidjan.

L'ensemble des déchets sanitaires produits par les établissements sanitaires publics et privés dans le District Autonome d'Abidjan est estimé à 9,99 tonnes par jour, soit 3 646,47 tonnes par an. 61,40% de ces déchets sont infectieux et 2,40% sont des déchets chimiques et pharmaceutiques soit au total, 63,80% de déchets à risque. Au total, ce seront environ 6,37 tonnes par jour soit 2 326,45 tonnes par an de déchets à risque qui devront être éliminés dans les ouvrages existants dans le District Autonome d'Abidjan.

Si tous les ouvrages d'élimination existant dans le District Autonome d'Abidjan sont mis en service, la capacité d'élimination journalière offerte sera d'environ 8,56 tonnes soit 3,56 tonnes pour les ouvrages des structures sanitaires publiques, 0,40 tonne pour la PISAM et 4,60 tonnes pour les opérateurs privés du secteur.

### ***b) Pour les déchets sanitaires liquides***

Les quatre (04) CHU et les quatorze (14) CHR bénéficieront de stations de traitement des déchets sanitaires liquides. Les Polycliniques et Cliniques devront se doter de station d'épuration de leurs eaux usées.

Les déchets liquides à haut potentiel infectieux pourront être collectés dans des contenants appropriés et convoyés vers les stations de traitement spécialisés.

La décontamination et la désinfection selon les procédures prescrites seront utilisées par l'ensemble des établissements sanitaires avant le rejet dans la nature.

Les fosses sécurisées à déchets liquides et à placentas seront réhabilitées ou construites dans les établissements sanitaires ne disposant ni de stations de traitement, ni d'incinérateurs.

La construction des ouvrages d'élimination des déchets sanitaires doit être précédée d'une Etude d'Impact Environnemental et Social obligatoire avec un plan de gestion environnemental et social budgétisé.

#### **VII.3.4. Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé**

##### ***VII.3.4.1. Objectif spécifique 4.1. : Inscrire le financement de la gestion des déchets sanitaires au nombre des priorités nationales et accroître la subvention de l'Etat y afférente***

Conformément aux différents engagements pris par le Gouvernement, la gestion des déchets sanitaires doit figurer au nombre des priorités de la politique de développement.

A cet effet, des lignes budgétaires spécifiques qui pourraient être alimentées pour certains établissements sanitaires par les ressources propres, devraient être créées. De plus, le Gouvernement doit accroître, dans le cadre du renforcement du système de santé, le niveau des investissements en matière de gestion des déchets sanitaires.

Par ailleurs, les Collectivités territoriales doivent être associées et s'impliquer véritablement dans la gestion efficace des déchets sanitaires.

##### ***VII.3.4.2. Objectif spécifique 4.2. : Susciter le financement de la gestion des déchets sanitaires par les établissements sanitaires producteurs***

Les appuis traditionnels de ce secteur que sont l'Etat à travers le Trésor Public et les PTF n'arrivent plus à couvrir les besoins du secteur des déchets sanitaires tant les besoins sont énormes. D'où la nécessité d'une réflexion pour un système de financement complémentaire et/ou autonome mais surtout pérenne. Le principe du « pollueur payeur » semble être une voie à sonder. En vertu de ce principe tel que prescrit par le Code de

l'environnement en son article 35 alinéa 5, tous les établissements sanitaires publics et privés doivent payer pour la gestion des déchets produits par leurs activités.

Dès lors, une étude devrait être conduite pour déterminer les conditions d'application de la contribution des établissements sanitaires à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

#### ***VII.3.4.3. Objectif spécifique 4.3 : Améliorer le partenariat public-privé pour un renforcement de la gestion des déchets sanitaires***

Le renforcement du financement avec le développement du partenariat public privé reste un axe stratégique plus que nécessaire pour résoudre durablement la problématique de la gestion des déchets sanitaires. A cet effet, les domaines d'intervention attractifs en matière de gestion des déchets sanitaires doivent être clairement déterminés, un cadre de partenariat avec le secteur privé doit être établi avec une forte implication de ceux-ci et un renforcement des capacités managériales des acteurs privés locaux.

L'implication du secteur privé pourra consister entre autres, en la fourniture de matériels et équipement de collecte des déchets, au transport des déchets sanitaires des lieux de production aux sites d'élimination, et en la construction et l'exploitation d'une unité d'élimination des déchets sanitaires. Elle peut aussi consister en un contrat d'affermage pour la gestion des ouvrages existants, construits par le Gouvernement.

### **VIII. CADRE DE PARTENARIAT ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNGDS 2016-2020**

---

#### **VIII.1. CADRE DE PARTENARIAT**

Le secteur de la gestion des déchets sanitaires fait intervenir plusieurs acteurs à des niveaux d'intervention divers, allant du niveau central décisionnel au niveau périphérique opérationnel en passant par le niveau intermédiaire de relai sans oublier le niveau communautaire avec la population.

La réussite de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 repose sur l'implication (i) de toutes les entités publiques avec le Cabinet du MSHP ainsi que les Ministères techniques concernés, les Directions Centrales, les Programmes et Projets de santé, les entités déconcentrées, les établissements sanitaires publics, (ii) les entités privées avec les établissements sanitaires privés, les opérateurs privés du secteur, (iii) les collectivités territoriales, (iv) des PTF et de la société civile. Cela permettra de garantir la cohérence des actions entreprises ainsi que leur complémentarité et l'atteinte des objectifs. Aussi, un



cadre de partenariat formel doit-il être créé avec la détermination pour chaque catégorie d'acteurs, des rôles et responsabilités potentiels ainsi que les contributions attendues.

## **VIII.2. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNGDS 2016-2020**

### **VIII.2.1. Cadre institutionnel**

Un organe de coordination de la mise en œuvre du PNGDS 2016 -2020 sera mis en place au niveau central. Il en assurera au niveau opérationnel et avec l'appui d'un Comité de suivi, le contrôle, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions.

Au niveau local, des Comités seront créés et rendus fonctionnels dans chacun des 48 Districts sanitaires cibles et dans les établissements sanitaires d'intervention pour une organisation et une mise en œuvre au quotidien des activités.

Le Gouvernement est responsable de la mobilisation des ressources nécessaires au financement du PNGDS 2016-2020. Il adopte en Conseil des Ministres le présent plan et est responsable de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs. Le présent plan servira d'unique boussole pour toutes les interventions dans le secteur de la gestion des déchets sanitaires, quel que soit le lieu de l'intervention, l'acteur concerné et la source de financement.

Le suivi de la mise en œuvre sera renforcé et assuré au niveau central par un Comité Technique. Au niveau local, ce suivi sera assuré par les Comités d'hygiène de District et d'établissement sanitaire.

### **VIII.2.2. Planification de la gestion des déchets sanitaires**

Pour une mise en œuvre coordonnée du PNGDS 2016-2020, une planification cohérente et concertée doit être faite afin d'amener tous les acteurs concernés à ajuster leurs activités sur ledit plan. Le but visé est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification. Pour ce faire, un guide de planification pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire sera élaboré et mis à disposition. Avec ce guide, la planification opérationnelle verra la participation de l'ensemble des acteurs (Cabinet, Directions centrales techniques, DRSHP, DDSHP, établissements sanitaires publics et privés, agents de santé, collectivités territoriales, société civile, PTF, etc.).

### **VIII.2.3. Mécanisme de Coordination**

#### ***VIII.2.3.1. Organe de coordination de la mise en œuvre des activités***

Il s'agira de la Direction centrale du MSHP chargée de la gestion des déchets sanitaires. Cette Direction centrale sera donc chargée d'orienter et de suivre la mise en œuvre des interventions. A ce titre, elle doit : (i) valider les objectifs annuels, (ii) assurer la construction ou la coordination des activités de constructions des ouvrages d'élimination des déchets, (iii) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés, (iv) organiser le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et (v) apprécier le degré d'atteinte des résultats du PNGDS 2016-2020.

#### ***VIII.2.3.2. Comité Technique de suivi de mise en œuvre***

Un Comité Technique de suivi de la mise en œuvre du plan sera mis en place. Ce Comité verra la participation de l'ensemble des acteurs du secteur et des PTF. Il sera chargé (i) de veiller à la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020, (ii) d'aider à la coordination de la mise en œuvre des interventions, (iii) de donner des avis techniques, (iv) d'organiser les revues annuelles, à mi-parcours, et l'évaluation finale du PNGDS, (v) d'assurer le suivi et les évaluations des plans annuels opérationnels et (vi) de coordonner l'élaboration des rapports d'exécution du PNGDS.

#### ***VIII.2.3.3. Comités régionaux de coordination et de suivi***

Les Comités régionaux assureront la coordination et le suivi des activités des Comités départementaux. Ils aideront au plaidoyer et à la mobilisation des ressources au niveau local.

Les Comités régionaux verront la participation, des autorités administratives et politiques de la région et de la société civile. Le secteur privé pourra être sollicité en cas de nécessité.

#### ***VIII.2.3.4. Comités départementaux de mise en œuvre et de suivi***

La mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation au niveau départemental à travers les Comités départementaux d'hygiène. Ces Comités seront également chargés (i) de coordonner au niveau local, les actions des Comités d'établissements sanitaires, (ii) d'aider à l'identification des besoins en matière de gestion des déchets sanitaires, (iii) de proposer un plan d'actions prioritaires au niveau départemental, (iv) d'organiser la planification de la formation des acteurs, (v) de conduire le plaidoyer et contribuer à la sensibilisation et (vi) d'organiser le suivi des activités.

Les Comités départementaux verront la participation entre autres, des autorités administratives, des collectivités territoriales du département et de la société civile.

### ***VIII.2.3.5. Comités d'hygiène d'établissement sanitaire***

Ils constituent le relai des actions au niveau des établissements sanitaires. 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 conduire la sensibilisation du personnel de l'établissement et des usagers, (iv) d'organiser la formation du personnel, (v) de veiller à la dotation des unités de soins en matériels et équipements de tri et de collecte des déchets, (vi) d'organiser le suivi et l'entretien du système d'élimination des déchets et (vii) d'organiser le suivi des activités.

Un arrêté du MSHP précisera la composition, l'organisation et le fonctionnement de ces Comités d'hygiène.

## **IX. ARTICULATION DU PNGDS 2016-2020 À LA STRATEGIE GOUVERNEMENTALE**

---

### **IX.1. ANCRAGE INSTITUTIONNEL**

Le PNGDS 2016-2020 est issu du PRSSE et répond au souci de garantir l'exécution du projet dans le respect des normes environnementales et de gérer de façon écologiquement rationnelle des déchets produits par l'amélioration de l'offre de soins.

Au plan institutionnel, le PNGDS contribue activement à la réalisation de l'effet intermédiaire 6.2 de l'effet 6 de l'axe stratégique 6 du PNDS 2016-2020<sup>49</sup>.

En effet, dans la perspective de son émergence à l'horizon 2020, la Côte d'Ivoire a pris l'option d'un renforcement de sa politique de développement à travers l'élaboration de Plans Nationaux de Développement successifs (2011-2015 et 2016-2020). Le Plan National de Développement Sanitaire est l'outil de mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé.

Le PNDS, pour participer efficacement à l'atteinte des objectifs fixés par le PND 2016-2020, s'est donnée comme vision, « un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire, en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020 ». L'impact global visé est « l'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés ». Le PNDS est décliné en six (06) axes stratégiques portés

---

<sup>49</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.

par 6 résultats d'effets, 26 résultats d'effets intermédiaires et 83 extrants déclinés en stratégies d'interventions. Les différents axes stratégiques sont : (i) Gouvernance et leadership, (ii) Financement de la santé, (iii) Offre et situation des services de santé, (iv) Lutte contre la maladie, (v) Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes et (vi) Prévention et promotion de la santé et de l'hygiène publique.

Deux (02) des quatre (04) effets intermédiaires de l'axe stratégique 6 font référence à l'hygiène publique. Il s'agit de : (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 PNGDS 2016-2020 est donc arrimé aux orientations stratégiques du PNDS 2016-2020 dans lequel il s'intègre parfaitement.

## **IX.2. RESPONSABILITES ET DOMAINES DE COMPETENCE**

La réussite de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 et l'atteinte des objectifs commandent une identification précise des acteurs principaux et une définition claire des rôles et responsabilités.

### **IX.2.1. Niveau central du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique**

Le MSHP 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 PNGDS 2016-2020. Cette responsabilité est actuellement déléguée à la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement (DHPSE) qui assure la coordination de la mise en œuvre du plan en collaboration avec les structures techniques centrales concernées, notamment la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHPP) et la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM).

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

Le MSHP est responsable de la mobilisation des financements intérieurs et extérieurs annuels requis pour la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020. Il conduit le plaidoyer auprès des PTF.

### **IX.2.2. Entités déconcentrées du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique**

Les Districts Sanitaires sont chargés de la coordination et du suivi de la mise en œuvre des activités. Ils sont supervisés par les Régions sanitaires qui les accompagnent dans les activités de plaidoyer, de mobilisation sociale et de communication pour le changement social et comportemental.

Les Districts Sanitaires ont la responsabilité administrative de la gestion des déchets sanitaires dans leurs aires de santé. Ils mettent en place les Comités départementaux d'hygiène ainsi que les Comités d'hygiène au niveau de chaque établissement sanitaire. Ils coordonnent l'élaboration des plans départementaux et des plans des établissements sanitaires en matière de gestion des déchets sanitaires. Les Districts sanitaires veillent à l'application effective de la stratégie de polarisation des déchets vers un site commun d'élimination afin de mutualiser les coûts de gestion. Ils s'assurent du respect par tous, des bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires.

### **IX.2.3. Administration des établissements sanitaires**

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

### **IX.2.4. Ministère de l'Environnement et du Développement Durable**

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 PNGDS 2016-2020, notamment le transport ex-situ des déchets sanitaires, la construction des incinérateurs, banaliseurs ou stations de traitement des déchets sanitaires liquides.

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

#### **IX.2.5. Agence Nationale de la Salubrité Urbaine (ANASUR) et Mairies**

L'enlèvement régulier des déchets sanitaires assimilables aux déchets ménagers est assuré par l'ANASUR. Dans les localités non desservies par l'ANASUR, 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.

### **X. PLAN DE SUIVI-EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNGDS 2016-2020**

---

#### **X.1. DEMARCHE**

Le présent Plan de Suivi et Evaluation 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 outils de planification à savoir, les plans d'action annuels, les 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-Evaluation a pour but de rendre compte, de façon continue, de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020, en termes d'exécution des activités, d'atteinte des résultats et de mesures de l'impact global au niveau des populations.

Il décrit les différents objectifs stratégiques faisant l'objet de suivi, présente les indicateurs clés et 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-Evaluation, à savoir (i) des objectifs clairement définis, (ii) des indicateurs précis, (iii) des méthodes de collecte et d'analyse des données, (iv) un circuit d'informations bien déterminé et (v) un plan de dissémination des données préalablement établi.

Le plan de suivi-évaluation du PNGDS 2016-2020 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 PNGDS se fera à travers une approche participative impliquant l'ensemble des acteurs notamment les Directions centrales du MSHP, les Directions Régionales du MSHP, les Directions Départementales du MSHP, les établissements sanitaires publics et privés, les collectivités territoriales, la société civile et les PTF.

La DHPSE 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 Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS) dans le cadre du SNIS.

## **X.2. BUT ET ACTIVITES CLES DU PNGDS 2016-2020**

### **X.2.1. But**

Améliorer l'état de santé et le bien-être des populations par la gestion écologiquement rationnelle des déchets sanitaires dans les établissements publics et privés de Côte d'Ivoire à l'horizon 2020.

### **X.2.2. Activités du PNGDS 2016-2020**

1. Adopter et promulguer l'avant-projet de loi portant Code de l'hygiène.
2. Organiser des séances d'information et de sensibilisation des acteurs clés et de la population sur le Code de l'hygiène.
3. Elaborer et valider le document de politique nationale de l'hygiène publique.
4. Editer et diffuser 700 exemplaires du document de politique nationale de l'hygiène hospitalière.
5. Elaborer et valider le document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires.
6. Editer et diffuser 5000 exemplaires du document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires.
7. Prendre les décrets et arrêtés d'application en matière de gestion des déchets sanitaires, du code de l'environnement, du code de l'hygiène, de la loi portant transfert

des compétences de l'Etat aux Collectivités ainsi que des autres textes législatifs spécifiques et procéder à leur diffusion.

8. Prendre des textes pour rendre systématique et obligatoire (i) la formation des agents de santé sur les bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires, (ii) le « certificat de salubrité » dans les établissements sanitaires, (iii) les types de réceptacles pour déchets sanitaires et les codes couleur selon les catégories, (iv) l'utilisation par les établissements sanitaires, des ouvrages d'élimination identifiés et agréés par le MSHP, (v) la contribution de chaque établissement sanitaire à l'élimination écologique de ses déchets.
9. Elaborer et valider les normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires.
10. Editer et diffuser 10000 exemplaires des normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires.
11. Définir un paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.
12. Editer et diffuser 3000 exemplaires du paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire.
13. Renforcer les missions et les capacités techniques, logistiques, financières et en ressources humaines de la Direction/structure chargé de la gestion des déchets sanitaires.
14. Créer et rendre fonctionnels 82 Comités d'hygiène dans les Districts sanitaires.
15. Elaborer et valider un guide de planification pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
16. Apporter un appui à l'élaboration des 82 plans de gestion des déchets des Districts sanitaires.
17. Créer et rendre fonctionnel, le Comité de suivi de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020.
18. Renforcer le système d'information en matière de gestion des déchets sanitaires.
19. Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PNGDS 2016-2020.



20. Organiser une table ronde sur la gestion des déchets sanitaires avec l'ensemble des acteurs notamment les Ministères techniques concernés, les collectivités territoriales, le secteur privé, les PTF et la société civile.
21. Organiser 01 rencontre annuelle sur la gestion des déchets sanitaires dans chacune des 20 régions sanitaires avec les Autorités sanitaires locales, les Collectivités territoriales, le secteur privé et la société civile.
22. Organiser 05 rencontres d'information et de plaidoyer avec les autorités du système éducatif national.
23. Organiser dans chaque District sanitaire, 01 séance annuelle d'information et de sensibilisation du personnel de santé et de la communauté sur la gestion des déchets sanitaires.
24. Susciter la création ou la redynamisation par les établissements sanitaires, de Comités d'hygiène fonctionnels.
25. Encourager la tenue dans chaque établissement de santé, de réunions d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires.
26. Renforcer l'intervention des relais communautaires en matière de gestion des déchets sanitaires.
27. Produire et diffuser 20 000 tee-shirts, 20 000 casquettes, 50 000 affiches 40x40, 5 100 Kakemonos, 2 000 bâches, 100 000 autocollants et 75000 dépliants.
28. Produire et diffuser des messages sur les radios de proximité.
29. Diffuser 1 500 000 de SMS à l'endroit du personnel de santé.
30. Organiser chaque année les Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière (JNHH).
31. Organiser le concours annuel "Eco-hôpital".
32. Elaborer ou mettre à jour dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires, les curricula de formation de base dans les écoles, instituts et universités de formation des agents de santé.
33. Former 200 enseignants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé à l'hygiène hospitalière et à la gestion des déchets sanitaires.
34. Former les apprenants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé.

35. Elaborer ou mettre à jour les manuels de formation continue en matière de gestion des déchets sanitaires.
36. Former 338 formateurs nationaux et de districts.
37. Organiser la formation continue de 14 472 agents de santé.
38. Renforcer les capacités de 58 agents de la DIEM (CRIEM et AMD) en maintenance des incinérateurs, stations de traitement des déchets liquides et des fosses sécurisées.
39. Former 134 opérateurs pour la gestion des 53 incinérateurs et 14 stations de traitement des déchets sanitaires liquides.
40. Organiser 02 missions annuelles de supervision des acteurs dans les Districts sanitaires cibles.
41. Organiser une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé des Districts sanitaires cibles.
42. Doter les établissements sanitaires publics de 4392 poubelles noire de 240 litres avec roue, 9 384 poubelles noire de 27 litres avec pédale, 18 768 poubelles jaunes de 27 litres avec pédale, de 117 684 boîtes de sécurité, de 582 816 sacs poubelles noirs de 300 litres, 1 544 526 sacs poubelles noirs de 50 litres, 2 446 080 sacs poubelles jaunes de 50 litres et 2 406 chariots jaunes pour le transport in situ des déchets.
43. Doter les établissements sanitaires cibles de 5 394 EPI complets.
44. Assurer la remise en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla.
45. Organiser 02 missions de suivi de travaux de remise en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla.
46. Veiller à la finalisation des travaux de construction des 03 incinérateurs du projet RETROCI à Treichville, de l'INHP à Abobo et du CHU de Cocody.
47. Réaliser des audits environnementaux sur les 19 sites disposant déjà d'incinérateurs ;

48. Acquérir et installer 13 incinérateurs à combustion pyrolytique de 30 kg/h dans les Districts sanitaires de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville et Touba, 03 incinérateurs de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam et 13 incinérateurs type De Montfort amélioré de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Soubré, Vavoua, Bocanda, Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi, Bouna.
49. Organiser 02 missions de suivi de travaux d'installation des 29 incinérateurs dans les Districts sanitaires de de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville, Touba, Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam, Soubré, Vavoua, Bocanda, Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi et Bouna.
50. Assurer le fonctionnement des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles.
51. Assurer la maintenance préventive et curative des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles.
52. Acquérir 50 véhicules de transport de déchets sanitaires pour les Districts sanitaires équipés d'incinérateurs.
53. Assurer le fonctionnement des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires.
54. Assurer la maintenance préventive et curative des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires.
55. Procéder à des mesures annuelles des émissions gazeuses des 53 incinérateurs publics.
56. Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 29 sites de construction d'incinérateurs.
57. Construire 04 stations de traitement des déchets sanitaires liquides dans les CHU de Cocody, Yopougon, Treichville et Bouaké.
58. Construire 14 mini stations de traitement des déchets sanitaires liquides dans les CHR de Yamoussoukro, Bondoukou, Daloa, Bouaflé, Man, Korhogo, Aboisso, Abengourou, Gagnoa, San-Pedro, Dimbokro, Agboville, Séguéla et Odienné.
59. Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 18 sites de construction des stations de traitement des déchets sanitaires liquides.

60. Construire 1910 fosses sécurisées pour l'élimination des déchets anatomiques des ESPC.
61. Organiser 02 missions de suivi des travaux de construction des 18 stations de traitement des déchets liquides et de construction des 1910 fosses sécurisées.
62. Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 1910 sites de construction des fosses sécurisées à déchets anatomiques.
63. Organiser une étude sur la caractérisation des déchets sanitaires solides et liquides.
64. Inscrire dans la loi des finances, la part du budget réservée à l'hygiène hospitalière et à la gestion des déchets sanitaires conformément aux engagements relatifs à la protection de l'environnement.
65. Créer des lignes spécifiques sur le budget des établissements sanitaires pour la prise en compte de la gestion de leurs déchets.
66. Accroître le niveau des investissements publics en matière de gestion des déchets sanitaires.
67. Conduire une étude pour déterminer les conditions d'application de la contribution des établissements sanitaires de chaque niveau de la pyramide sanitaire au financement de la gestion durable des déchets sanitaires.
68. Prendre les actes pour l'application des conclusions de l'étude et pour la mise en œuvre du principe pollueur payeur relativement à la gestion des déchets sanitaires.
69. Organiser 10 séances d'information et de sensibilisation des responsables des établissements sanitaires publics et privés pour une contribution technique et financière efficace à la gestion des déchets sanitaires.
70. Créer un label d'éco-citoyenneté pour motiver le secteur privé à investir dans la gestion des déchets sanitaires.
71. Organiser des rencontres d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires à l'endroit du secteur privé.
72. Elaborer des projets structurants en matière de gestion des déchets sanitaires à soumettre à financement à travers le CNP-PPP.
73. Conduire une étude de faisabilité technique et économique pour l'implication du secteur privé dans la filière de gestion des déchets sanitaires.



### **X.3. OBJECTIFS DU PLAN DE SUIVI-EVALUATION**

#### **X.3.1. Objectif général**

L'objectif général visé par le plan de suivi-évaluation est d'améliorer la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020.

#### **X.3.2. Objectifs spécifiques**

1. Dresser le cadre de suivi et évaluation ;
2. Identifier les indicateurs du plan d'action ;
3. Décrire le plan de suivi et les activités de suivi et d'évaluation ;
4. Décrire le plan de collecte des données et le circuit de l'information ;
5. Décrire le mécanisme d'actualisation du plan de suivi-évaluation ;
6. Ajuster les stratégies et la conduite des activités du PNGDS 2016-2020 ;
7. Rendre compte des progrès réalisés aux parties prenantes du PNGDS 2016-2020 ;
8. Partager les bonnes pratiques et les leçons apprises de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 avec les acteurs.

### **X.4. CADRE DE SUIVI-EVALUATION**

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 PNGDS, c'est-à-dire de 2016 à 2020. 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 PNGDS.

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

### X.4.1. Cadre logique

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
<b>Ressources humaines</b> - Personnel de la DHPSE - Personnel MSHP - DR et DD Santé Hygiène Publique - Comités d'Hygiène - Cellules focales SIGDM - Equipes cadres de district - Collectivités territoriales - Leaders communautaires - Membres des ONG/Club santé/RC - Consultants - PTF	- Adopter et promulguer l'avant-projet de loi portant Code de l'hygiène.	- L'avant-projet de loi portant Code de l'hygiène est adopté et promulgué.	La gestion des déchets sanitaires est améliorée
	- Organiser des séances d'information et de sensibilisation des acteurs clés et de la population sur le Code de l'hygiène.	- Des séances d'information et de sensibilisation des acteurs clés et de la population sur le Code de l'hygiène sont organisées.	
	- Elaborer et valider le document de politique nationale de l'hygiène publique.	- Le document de politique nationale de l'hygiène publique est élaboré et validé.	
	- Editer et diffuser 700 exemplaires du document de politique nationale de l'hygiène hospitalière.	- 700 exemplaires du document de politique nationale de l'hygiène hospitalière sont édités et diffusés.	
	- Elaborer et valider le document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires.	- Le document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires est élaboré et validé.	
	- Editer et diffuser 5000 exemplaires du document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires.	- 5000 exemplaires du document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires édités et diffusés.	
	- Prendre les décrets et arrêtés d'application en matière de gestion des déchets sanitaires et procéder à leur diffusion.	- Les décrets et arrêtés d'application en matière de gestion des déchets sanitaires des textes existants sont pris et diffusés.	

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
<p><b>Ressources Financières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trésor Public</li> <li>- Financement du PRSSE</li> <li>- PTF</li> <li>- Secteur privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre des textes pour rendre systématique et obligatoire (i) la formation des agents de santé sur les bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires, (ii) le « certificat de salubrité » dans les établissements sanitaires, (iii) les types de réceptacles pour déchets sanitaires et les codes couleur selon les catégories, (iv) l'utilisation par les établissements sanitaires, des ouvrages d'élimination identifiés et agréés par le MSHP, (v) la contribution de chaque établissement sanitaire à l'élimination écologique de ses déchets.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des textes sont pris pour rendre systématique et obligatoire (i) la formation des agents de santé sur les bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires, (ii) le « certificat de salubrité » dans les établissements sanitaires, (iii) les types de réceptacles pour déchets sanitaires et les codes couleur selon les catégories, (iv) l'utilisation par les établissements sanitaires, des ouvrages d'élimination identifiés et agréés par le MSHP, (v) la contribution de chaque établissement sanitaire à l'élimination écologique de ses déchets.</li> </ul>	
<p><b>Ressources Matérielles et Logistiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matériels didactiques (Modules de formation, supports CCC/plaidoyer, indicateurs, outils de collecte)</li> <li>- Matériels audiovisuels (messages radio/télé)</li> <li>- Matériels et équipements de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et valider les normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires sont élaborés et validés.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Editer et diffuser 10000 exemplaires des normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10000 exemplaires des normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires sont édités et diffusés.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir un paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires est défini pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Editer et diffuser 3000 exemplaires du paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3000 exemplaires de paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire sont édités et diffusés.</li> </ul>		



INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS	
<p>des déchets (4392 poubelles à roues noire de 240 litre, 9 384 poubelles noire de 27 litres à pédale, 18 768 poubelles jaune de 27 litres à pédale, 117 684 boîtes de sécurité, 582 816 sacs poubelles de 300 litres noir, 1 544 526 sacs poubelles de 50 litres noir, 2 446 080 sacs poubelles de 50 litres jaune, 2 406 chariots jaunes, 5 394 EPI complets, 40 incinérateurs à combustion pyrolytique, 13 incinérateurs De Montfort, 14 stations de traitement des déchets liquides, 1910 fosses sécurisées)</p> <p>- Bureaux de la DHPSE</p> <p>- Équipements, fournitures et consommables</p> <p>- Carburant, matériels et consommables informatiques et</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les missions et les capacités de la Direction/structure chargé de la gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les missions et les capacités de la Direction/structure chargé de la gestion des déchets sanitaires sont renforcées.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer et rendre fonctionnels 82 Comités d'hygiène dans les Districts sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 82 Comités d'hygiène de Districts sanitaires sont créés et fonctionnels.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer et valider un guide de planification pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un guide de planification pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire existe,</li> <li>- Une organisation opérationnelle permanente et unique est mise en place</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apporter un appui à l'élaboration des 82 plans de gestion des déchets des Districts sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les 82 plans de gestion des déchets des Districts sanitaires sont élaborés.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer et rendre fonctionnel, le Comité de suivi de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Comité de suivi de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 est créé et fonctionnel."</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer le système d'information en matière de gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le système d'information en matière de gestion des déchets sanitaires est renforcé</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PNGDS 2016-2020.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PNGDS 2016-2020 sont organisées.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une table ronde sur la gestion des déchets sanitaires avec l'ensemble des acteurs notamment les Ministères techniques concernées, les collectivités territoriales, le secteur privé, les PTF et la société civile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une table ronde sur la gestion des déchets sanitaires est organisée.</li> </ul>		

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
bureautiques, abonnement Internet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser 01 rencontre annuelle sur la gestion des déchets sanitaires dans chacune des 20 régions sanitaires avec les Autorités sanitaires locales, les Collectivités territoriales, le secteur privé et la société civile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 rencontre sur la gestion des déchets sanitaires est organisée chaque année dans chacune des 20 régions sanitaires.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser 05 rencontres d'information et de plaidoyer avec les autorités du système éducatif national.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 05 rencontres d'information et de plaidoyer sont organisées avec les autorités du système éducatif national</li> </ul>	
<p><b>Ressources informationnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de l'enquête de caractérisation des déchets médicaux 2009</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser dans chaque District sanitaire, 01 séance annuelle d'information et de sensibilisation du personnel de santé et de la communauté sur la gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 séance annuelle d'information et de sensibilisation du personnel de santé et de la communauté sur la gestion des déchets est organisée dans chaque District sanitaire.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de l'enquête d'évaluation de la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Susciter la création ou la redynamisation par les établissements sanitaires, de Comités d'hygiène fonctionnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les Comités d'hygiène sont créés par les établissements sanitaires et rendus fonctionnels</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documents de politique nationale (GDM, SI, HH, SE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encourager la tenue dans chaque établissement de santé, de réunions d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des réunions d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaire sont organisées dans chaque établissement de santé.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de normes et directives pour l'utilisation optimale des incinérateurs à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'intervention des relais communautaires en matière de gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervention des relais communautaires en matière de gestion des déchets sanitaires est renforcée.</li> </ul>	

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
combustion pyrolytique - Document de normes et directives SIGDM	- Produire et diffuser 20 000 tee-shirts, 20 000 casquettes, 50 000 affiches 40x40, 5 100 Kakemonos, 2 000 bâches, 100 000 autocollants et 75000 dépliant	- 20 000 tee-shirts, 20 000 casquettes, 50 000 affiches 40x40, 5 100 Kakemonos, 2 000 bâches, 100 000 autocollants et 75000 dépliant sont produits et diffusés.	
	- Produire et diffuser des messages sur les radios de proximité.	- Des messages sont produits et diffusés sur les radios de proximité.	
	- Diffuser 1 500 000 de SMS à l'endroit du personnel de santé.	- 1 500 000 de SMS sont diffusés à l'endroit du personnel de santé.	
	- Organiser chaque année les Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière (JNHH).	- Les Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière (JNHH) sont organisée chaque année.	
	- Organiser le concours annuel "Eco-Hôpital".	- Le concours annuel "Eco Hôpital" est organisé.	
	- Elaborer ou mettre à jour dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires, les curricula de formation de base dans les écoles, instituts et universités de formation des agents de santé.	- Les curricula de formation de base dans les écoles, instituts et universités de formation des agents de santé sont élaborés ou mis à jour dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires.	
	- Former 200 enseignants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé à l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets sanitaires.	- 200 enseignants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé sont formés à l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets sanitaires.	
	- Former les apprenants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé.	- Les apprenants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé sont formés.	

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer ou mettre à jour les manuels de formation continue en matière de gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les manuels de formation continue en matière de gestion des déchets sanitaires sont élaborés ou mettre à jour.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former 338 formateurs nationaux et de districts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 338 formateurs nationaux et de districts sont formés.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser la formation continue de 14 472 agents de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 472 agents de santé participent à la formation continue.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités de 58 agents de la DIEM (CRIEM et AMD) en maintenance des incinérateurs, stations de traitement des déchets liquides et des fosses sécurisées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les capacités de 58 agents de la DIEM (CRIEM et AMD) en maintenance des incinérateurs, stations de traitement des déchets liquides et des fosses sécurisées sont renforcées.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former 134 opérateurs pour la gestion des 53 incinérateurs et 14 stations de traitement des déchets sanitaires liquides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les 134 opérateurs de gestion des 53 incinérateurs et 14 stations de traitement des déchets sanitaires liquides sont formés.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser 02 missions annuelles de supervision des acteurs dans les Districts sanitaires cibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 02 missions annuelles de supervision des acteurs dans les Districts sanitaires cibles sont organisées.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé des Districts sanitaires cibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnes de santé des Districts sanitaires cibles est organisée.</li> </ul>	

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doter les établissements sanitaires publics de 4392 poubelles noire de 240 litres avec roue, 9 384 poubelles noire de 27 litres avec pédale, 18 768 poubelles jaunes de 27 litres avec pédale, de 117 684 boîtes de sécurité, de 582 816 sacs poubelles noirs de 300 litres, 1 544 526 sacs poubelles noirs de 50 litres, 2 446 080 sacs poubelles jaunes de 50 litres et 2 406 chariots jaunes pour le transport in situ des déchets</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les établissements sanitaires publics sont équipés de 4392 poubelles noires de 240 litre avec roue, 9 384 poubelles noires de 27 litres avec pédale, 18 768 poubelles jaunes de 27 litres avec pédale, de 117 684 boîtes de sécurité, de 582 816 sacs poubelles noirs de 300 litres, 1 544 526 sacs poubelles noirs de 50 litres, 2 446 080 sacs poubelles jaunes de 50 litres et 2 406 chariots jaunes pour le transport in situ des déchets.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doter les établissements sanitaires cibles de 5 394 EPI complets.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les établissements sanitaires cibles sont dotés de 5 394 EPI complets.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la remise en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla sont remis en état de fonctionnement optimal.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser 02 missions de suivi de travaux de remis en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 02 missions de suivi de travaux de remis en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla sont</li> </ul>	

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
	Katiola, Séguéla, Man et Tengréla.	organisées.	
	- Veiller à la finalisation des travaux de construction des 03 incinérateurs du projet RETROCI à Treichville, de l'INHP à Abobo et du CHU de Cocody.	- Les travaux de construction des 03 incinérateurs du projet RETROCI à Treichville, de l'INHP à Abobo et du CHU de Cocody sont finalisés.	
	- Réaliser des audits environnementaux sur les 19 sites disposant déjà d'incinérateurs.	- Des audits environnementaux sont réalisés sur les 19 sites disposant déjà d'incinérateurs.	
	- Acquérir et installer 13 incinérateurs à combustion pyrolytique de 30 kg/h dans les Districts sanitaires de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville et Touba, 03 incinérateurs de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam et 13 incinérateurs type De Montfort amélioré de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Soubré, Vavoua, Bocanda, Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi, Bouna.	- 13 incinérateurs à combustion pyrolytique de 30 kg/h, 03 incinérateurs à combustion pyrolytique de 15 kg/h et 13 incinérateurs type De Montfort amélioré de 15 kg/h sont acquis et installés dans les Districts sanitaires cibles.	
	- Organiser 02 missions de suivi de travaux d'installation des 29 incinérateurs dans les Districts sanitaires de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville, Touba,	- 02 missions de suivi de travaux d'installation des 29 incinérateurs dans les Districts sanitaires de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville, Touba, Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam, Soubré, Vavoua, Bocanda,	

INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
	Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam, Soubré, Vavoua, Bocanda, Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi et Bouna.	Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi et Bouna. sont organisées.	
	- Assurer le fonctionnement des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles.	- Le fonctionnement des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles est assuré.	
	- Assurer la maintenance préventive et curative des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles.	- La maintenance préventive et curative des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles est assurée.	
	- Acquérir 50 véhicules de transport de déchets sanitaires pour les Districts sanitaires équipés d'incinérateurs.	- 50 véhicules de transport de déchets sanitaires sont acquis pour les Districts sanitaires équipés d'incinérateurs.	
	- Assurer le fonctionnement des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires.	- Le fonctionnement des 50 véhicules acquis pour le transport des déchets sanitaires est assuré.	
	- Assurer la maintenance préventive et curative des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires.	- La maintenance préventive et curative des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires est assurée.	
	- Procéder à des mesures annuelles des émissions gazeuses des 53 incinérateurs publics.	- Des mesures des émissions gazeuses des 53 incinérateurs publics sont effectuées chaque année.	
	- Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 29 sites de construction d'incinérateurs.	- Des études d'impact environnemental et social sont réalisées sur les 29 sites de construction d'incinérateurs.	

INTRANTS	PROCESSUS		EXTRANTS	RESULTATS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire 04 stations de traitement des déchets sanitaires liquides dans les CHU de Cocody, Yopougon, Treichville et Bouaké.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CHU de Cocody, Yopougon, Treichville et Bouaké sont dotés de station de traitement des déchets liquides.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire 14 mini stations de traitement des déchets sanitaires liquides dans les CHR de Yamoussoukro, Bondoukou, Daloa, Bouaflé, Man, Korhogo, Aboisso, Abengourou, Gagnoa, San-Pedro, Dimbokro, Agboville, Séguéla et Odienné.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CHR de Yamoussoukro, Bondoukou, Daloa, Bouaflé, Man, Korhogo, Aboisso, Abengourou, Gagnoa, San-Pedro, Dimbokro, Agboville, Séguéla et Odienné sont dotés de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 18 sites de construction des stations de traitement des déchets sanitaires liquides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des études d'impact environnemental et social sont réalisées sur les 18 sites de construction des stations de traitement des déchets sanitaires liquides.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire 1910 fosses sécurisées pour l'élimination des déchets anatomiques des ESPC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les ESPC disposent de fosses sécurisées pour l'élimination des déchets anatomiques.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser 02 missions de suivi de travaux de construction des 18 stations de traitement des déchets liquides et de construction des 1910 fosses sécurisées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 02 missions de suivi de travaux construction des 18 stations de traitement des déchets liquides et de construction des 1910 fosses sécurisées sont organisées.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 1910 sites de construction des fosses sécurisées à déchets anatomiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des études d'impact environnemental et social sont réalisées sur les 1910 sites de construction des fosses sécurisées.</li> </ul>	



INTRANTS	PROCESSUS	EXTRANTS	RESULTATS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une étude sur la caractérisation des déchets sanitaires solides et liquides.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une étude sur la caractérisation des déchets sanitaires est organisée.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inscrire dans la loi des finances, la part du budget réservée à l'hygiène hospitalière et à la gestion des déchets sanitaires conformément aux engagements relatifs à la protection de l'environnement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La part du budget réservée à l'hygiène hospitalière et à la gestion des déchets sanitaires est clairement inscrite dans la loi des finances, conformément aux engagements relatifs à la protection de l'environnement.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer des lignes spécifiques sur le budget des établissements sanitaires pour la prise en compte de la gestion de leurs déchets.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des lignes spécifiques sont créées sur le budget des établissements sanitaires pour la prise en compte de la gestion de leurs déchets.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître le niveau des investissements publics en matière de gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le niveau des investissements publics en matière de gestion des déchets sanitaires. Sont accrus</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduire une étude pour déterminer les conditions d'application de la contribution des établissements sanitaires de chaque niveau de la pyramide sanitaire au financement de la gestion durable des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une étude pour déterminer les conditions d'application de la contribution des établissements sanitaires au financement de la gestion durable des déchets sanitaires est conduite.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre les actes pour l'application des conclusions de l'étude et pour la mise en œuvre du principe pollueur payeur relativement à la gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les actes pour l'application des conclusions de l'étude et pour la mise en œuvre du principe pollueur payeur relativement à la gestion des déchets sanitaires sont pris.</li> </ul>	

INTRANTS	PROCESSUS		EXTRANTS	RESULTATS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser 10 séances d'information et de sensibilisation des responsables des établissements sanitaires publics et privés pour une contribution technique et financière efficace à la gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 séances d'information et de sensibilisation des responsables des établissements sanitaires publics et privés pour leur contribution technique et financière à la gestion des déchets sanitaires sont organisées.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un label d'éco-citoyenneté pour motiver le secteur privé à investir dans la gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un label d'éco-citoyenneté est créé pour motiver le secteur privé à investir dans la gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des rencontres d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires à l'endroit du secteur privé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des rencontres d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires sont organisées à l'endroit du secteur privé.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer des projets structurants en matière de gestion des déchets sanitaires à soumettre à financement à travers le CNP-PPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des projets structurants en matière de gestion des déchets sanitaires sont élaborés et soumis à financement à travers le CNP-PPP.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduire une étude de faisabilité technique et économique pour l'implication du secteur privé dans la filière de gestion des déchets sanitaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une étude de faisabilité technique et économique pour l'implication du secteur privé dans la filière de gestion des déchets sanitaires est conduite.</li> </ul>	

## **X.4.2. Indicateurs**

### ***X.4.2.1. 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 PNGDS.

### ***X.4.2.2. 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 PNGDS, c'est-à-dire la capitalisation des expériences acquises de la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011.

Cette sélection prend en compte les indicateurs PBF élaborés dans le cadre du PRSSE.

### ***X.4.2.3. 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 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 sortis du cadre logique est la suivante :

1. Nombre de séances parlementaires ;
2. Nombre de voix de parlementaires ;
3. Nombre de séances/rencontres d'information et de sensibilisation planifiées ;
4. Nombre de séances/rencontres d'information et de sensibilisation organisées ;
5. Nombre de structures participant aux séances/rencontres ;
6. Nombre de structures / personnes participantes aux rencontres ;

7. Document de politique disponible ;
8. Nombre d'exemplaires du document de politique édités ;
9. Nombre d'exemplaires du document de politique diffusé ;
10. Document de stratégie disponible ;
11. Nombre d'exemplaires du document de stratégie édités ;
12. Nombre d'exemplaires du document de stratégie diffusés ;
13. Nombre de textes réglementaires pris ;
14. Nombre de documents de référence élaborés et validés ;
15. Nombre d'exemplaires des documents de référence édités ;
16. Nombre d'exemplaires des documents de référence diffusés ;
17. Nombre d'agents de la DHPSE, qualifiés en gestion des déchets sanitaires ;
18. Nombre de matériels roulants, bureautiques, informatiques, etc. acquis ;
19. Niveau de dotation budgétaire ;
20. Nombre de Comités d'hygiène de District sanitaire créés ;
21. Nombre de Comités d'hygiène de District sanitaire fonctionnels ;
22. Nombre de réunions de Comités d'hygiène de District sanitaire organisées ;
23. Nombre de plan de gestion des déchets sanitaires de District sanitaire élaborés ;
24. Nombre de planification faite selon le guide ;
25. Nombre de réunions / missions de suivi ;
26. Nombre d'études/enquêtes ;
27. Nombre de rapports d'activités ;
28. Nombre d'indicateurs validés ;
29. Nombre de rapports d'activités de gestion des déchets sanitaires produits ;
30. Nombre de Comités d'hygiène d'établissement sanitaire créés ;

31. Nombre d'établissements sanitaires disposant de Comité d'hygiène fonctionnels ;
32. Nombre de relais communautaires actifs en matière de gestion des déchets sanitaires ;
33. Nombre de tee-shirt, casquettes, affiches 40x40, kakemonos, bâches, autocollants et dépliants produits ;
34. Nombre de tee-shirt, casquettes, affiches 40x40, kakemonos, bâches, autocollants et dépliants diffusés ;
35. Nombre de messages de sensibilisation produits ;
36. Nombre de messages de sensibilisation diffusés ;
37. Nombre de radio locale concernés par les activités de sensibilisation ;
38. Nombre de SMS diffusés ;
39. Nombre d'agents de santé ayant reçu les SMS de sensibilisation ;
40. Nombre de Régions sanitaires organisant les JNHH ;
41. Nombre d'établissements sanitaires participants aux Concours « hôpital propre » ;
42. Curricula de formation de base intégrant la gestion des déchets sanitaires ;
43. Nombre d'enseignants des écoles de formation des agents de santé formés ;
44. Nombre d'écoles, instituts et universités de formation des agents de santé concernés par le renforcement des curricula de formation ;
45. Nombre d'apprenants formés ;
46. Nombre de manuels de formation continue élaborés ou mis à jour ;
47. Nombre de formateurs nationaux et de District formés ;
48. Nombre de pool de formateurs opérationnels ;
49. Nombre d'agents de santé formés ;
50. Nombre d'agents de la DIEM formés ;

51. Nombre d'opérateurs d'incinérateurs et de stations de traitement des déchets sanitaires liquides formés ;
52. Nombre de missions de supervision organisées ;
53. Nombre de poubelles, de boîtes de sécurité, de sacs poubelles de différentes couleurs et de chariots pour le transport in situ des déchets ;
54. Nombre d'EPI complet ;
55. Composition EPI complet.
56. Nombre d'incinérateurs acquis et installés ;
57. Nombre d'incinérateurs fonctionnels ;
58. Niveau des paramètres mesurés par rapport aux normes d'émissions gazeuses prescrites pour les incinérateurs ;
59. Nombre de véhicules acquis ;
60. Nombre de véhicules fonctionnels ;
61. Nombre de stations de traitement des déchets sanitaires liquides construits ;
62. Nombre de stations de traitement des déchets sanitaires liquides fonctionnels ;
63. Nombre de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides construits ;
64. Nombre de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides fonctionnels ;
65. Nombre de fosses sécurisées construites,
66. Nombre de fosses sécurisées fonctionnels ;
67. Quantité de déchets sanitaires produits ;
68. Quantité de déchets sanitaires collectés et éliminés ;
69. Proportion de déchets à risque infectieux ;
70. Nombre d'audits environnementaux réalisés ;
71. Nombre d'EIES réalisées ;

- 72. Niveau de budget alloué par rapport au budget planifié ;
- 73. Niveau de budget d'investissement alloué pour la gestion des déchets sanitaires ;
- 74. Nombre d'entreprises privées investissant dans le secteur de la gestion des déchets sanitaires.
- 75. Nombre de projets structurants élaborés ;
- 76. Nombre de projets présents sur le site du CNP-PPP.

**X.4.2.4. Matrice des indicateurs**

N° Ordre	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de collecte des données	Périodicité de mesure	Responsables
1.	Nombre de séances parlementaires Nombre de voix de parlementaires.	Processus	Rapports de séances parlementaires Journal officiel.	Revue documentaire	Annuelle	Service Juridique/ DHPSE
2.	Nombre de séances d'information et de sensibilisation / mobilisation planifiées. Nombre de séances d'information et de sensibilisation / mobilisation organisées. Nombre de structures / personnes participantes.	Processus	Rapports d'activités de d'information et de sensibilisation, Listes de présence.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/Service Juridique
3.	Document de politique disponible nationale de l'hygiène hospitalière.	Extrant	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	Revue documentaire	Annuelle	DMHPP / DHPSE / DPPEIS
4.	Nombre d'exemplaires du document de politique édités. Nombre d'exemplaires du document de politique diffusé.	Extrant	Rapport d'édition, Rapport de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	Comptage	Annuelle	DMHP/DHPSE/ DPPEIS
5.	Document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires disponible.	Extrant	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DPPEIS



N°	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de	Périodicité de	Responsables
6.	Nombre d'exemplaires du document de stratégie édités. Nombre d'exemplaires du document de stratégie diffusés.	Extrant	Rapport d'édition, Rapport de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DPPEIS
7.	Nombre de textes règlementaires pris	Processus	Journal Officiel, Rapport d'activités.	Comptage et Revue documentaire	Annuelle	Service Juridique/ DHPSE
8.	Nombre de documents de référence élaborés et validés.	Extrant	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DMHP
9.	Nombre d'exemplaires des documents de référence édités. Nombre d'exemplaires des documents de référence diffusés.	Extrant	Rapport d'édition, Rapport de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	Comptage	Annuelle	DHPSE / DMHP / DPPEIS
10.	Nombre d'agents de la DHPSE qualifiés en gestion des déchets sanitaires. Nombre de matériels roulants, bureautiques, informatiques, etc. acquis ; Niveau de dotation budgétaire.	Extrant	Liste des agents Bordereaux de livraison, Notification budgétaire.	Comptage; Revue documentaire, entretien	Trimestrielle	DAF MSHP / Trésor Public
11.	Nombre de Comités d'hygiène de District sanitaire créés. Nombre de Comités d'hygiène de District	Extrant	Rapports d'activités, Liste des Comités d'hygiène de District sanitaire.	Comptage et entretien	Annuelle	DHPSE/DMHP

N°	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de	Périodicité de	Responsables
	sanitaire fonctionnel. Nombre de réunions de Comités d'hygiène de District sanitaire organisées.					
12.	Nombre de plan de gestion des déchets sanitaires de District sanitaire élaborés. Nombre de Districts sanitaires disposant d'un plan de gestion des déchets sanitaires.	Extrant	Rapports d'ateliers d'élaboration.	Comptage et Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DSCMP
13.	Nombre de structures participantes, Type de structures participantes, Nombre de rencontres organisées.	Extrant	Rapport d'activités, Liste de présence.	Comptage et entretien	Mensuelle	DHES/DPPEIS
14.	Nombre de réunions / missions de suivi. Nombre d'études/enquêtes ; Nombre de rapports d'activités.	Extrant	Acte de création, Rapport d'enquêtes / études, Rapports de missions / d'activités.	Revue documentaire	Annuelle	DHES/DPPEIS
15.	Nombre d'indicateurs validés ; Nombre de rapports d'activités de gestion des déchets sanitaires produits.	Extrant	Rapports d'activités.	Revue documentaire et entretien	Annuelle	DHPSE/DPPEIS
16.	Nombre de Comités d'hygiène d'établissement sanitaire. Nombre d'établissements sanitaires disposant de Comité d'hygiène fonctionnels.	Extrant	Rapport d'activités, Liste des Comités d'hygiène d'établissement sanitaire.	Comptage et entretien	Annuelle	Districts sanitaires/ Etablissements sanitaires

N°	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de	Périodicité de	Responsables
17.	Nombre de relais communautaires actifs en matière de gestion des déchets sanitaires.	Extrant	Rapport d'activités.	Comptage	Annuelle	DSCMP/Districts sanitaires/ DHPSE
18.	Nombre de tee-shirt, casquettes, affiches 40x40, kakemonos, bâches, autocollants et dépliants produits.  Nombre de tee-shirt, casquettes, affiches 40x40, kakemonos, bâches, autocollants et dépliants diffusés.	Extrant	Bordereaux de livraison, Rapport de diffusion	Comptage	Annuelle	DHPSE
19.	Nombre de messages produits.  Nombre de messages diffusés ;  Nombre de radio locale concernés.	Extrant	Bordereaux de livraison, Rapport de diffusion	Comptage et entretien	Annuelle	DHPSE
20.	Nombre de SMS diffusés.  Nombre d'agents de santé ayant reçu les SMS de sensibilisation.	Extrant	Rapport de diffusion.	Comptage	Annuelle	DHPSE
21.	Nombre de Régions sanitaires organisant les JNHH.	Extrant	Rapport d'activités.	Comptage et Revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DMHP/D AF
22.	Nombre d'établissements sanitaires participants aux concours « hôpital propre ».  Nombre de Districts sanitaires couverts.	Extrant	Rapport d'activités.	Comptage et revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DMHP

N°	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de	Périodicité de	Responsables
23.	Curricula de formation de base intégrant la gestion des déchets sanitaires.	Processus	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	Revue documentaire	Annuelle	DFRS/DHPSE
24.	Nombre d'enseignants formés. Nombre d'écoles, instituts et universités de formation des agents de santé concernés.	Extrant	Rapport d'atelier de formation.	Comptage	Annuelle	DFRS/DHPSE
25.	Nombre d'apprenants formés.	Extrant	Rapport d'atelier de formation.	Comptage	Annuelle	Ecoles, instituts et universités de formation des agents de santé.
26.	Nombre de manuels de formation continue élaborés ou mis à jour.	Extrant	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	Comptage et revue documentaire	Annuelle	DFRS/DHPSE
27.	Nombre de formateurs nationaux et de District formés, Nombre de pool de formateurs opérationnels.	Extrant	Rapport d'atelier de formation, Rapport d'activités.	Comptage		DFRS/DHPSE
28.	Nombre d'agents de santé formés.	Extrant	Rapport d'atelier de formation, Rapport d'activités.	Comptage		DFRS/DHPSE
29.	Nombre d'agents de la DIEM formés.	Extrant	Rapport de formation, Liste de présence.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE

N°	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de	Périodicité de	Responsables
30.	Nombre d'opérateurs d'incinérateurs et de stations de traitement des déchets sanitaires liquides formés.	Extrant	Rapport de formation, Liste de présence.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
31.	Nombre de missions de supervision.	Processus	Rapport de supervision, Liste des acteurs supervisés.	Comptage	Annuelle	DHPSE/DPPEIS
32.	Nombre de missions de suivi de travaux.	Processus	Rapports de mission	Comptage	Annuelle	DHPSE/DIEM
33.	Nombre de poubelles, de boîtes de sécurité, de sacs poubelles de différentes couleurs et de chariots pour le transport in situ des déchets.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage et entretien	Annuelle	DEPS/DIEM/DHPSE
34.	Nombre d'EPI complet acquis.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage et entretien	Annuelle	DEPS/DIEM/DHPSE
35.	Nombre d'incinérateurs acquis et installés.	Extrant	Procès-Verbal de réception.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
36.	Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Extrant	Procès-Verbal de réception.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
37.	Niveau des paramètres mesurés par rapport aux normes d'émissions gazeuses prescrites pour les incinérateurs.	Extrant	Rapport d'études	Mesures	Annuelle	LNSP/DHPSE

N°	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de	Périodicité de	Responsables
38.	Nombre de véhicules de transport de déchets sanitaires acquis.	Extrant	Bordereaux de livraison.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
39.	Nombre véhicules de transport de déchets sanitaires fonctionnels.	Extrant	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
40.	Niveau des paramètres mesurés par rapport aux normes prescrites.	Extrant	Rapport d'études	Mesures	Annuelle	LNSP/DHPSE
41.	Nombre de stations de traitement des déchets sanitaires liquides construits. Nombre de stations de traitement des déchets sanitaires liquides fonctionnels.	Extrant	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
42.	Nombre de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides construits. Nombre de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides fonctionnels.	Extrant	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
43.	Nombre de fosses sécurisées construites. Nombre de fosses sécurisées fonctionnelles.	Extrant	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	Comptage	Annuelle	DIEM/DHPSE
44.	Nombre d'audits environnementaux réalisés	Extrants	Procès-Verbal de validation de rapports d'audits, Rapport d'activités	Comptage et revue documentaire	Annuelle	ANDE/DHPSE

N°	Indicateurs	Type	Sources de vérification	Méthodes de	Périodicité de	Responsables
45.	Nombre d'EIES réalisées	Extrant	Procès-Verbal de validation d'EIES, Rapport d'activités.	Comptage et revue documentaire	Annuelle	ANDE/DHPSE
46.	Niveau de budget alloué par rapport au budget planifié.	Processus	Loi des finances, Notification budgétaire.	Revue documentaire	Annuelle	DAF MSHP/DHPSE
47.	Niveau de budget d'investissement alloué pour la gestion des déchets sanitaires.	Extrant	Notification budgétaire.	Revue documentaire et entretien	Annuelle	DAF MSHP/DHPSE
48.	Nombre d'entreprises privées investissant dans le secteur de la gestion des déchets sanitaires.	Extrant	Manifestations d'intérêts, Rapport d'activités.	Inventaire et revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DPPEIS
49.	Nombre de projets structurants élaborés. Nombre de projets présents sur le site du CNP-PPP.	Extrant	Rapport de Consultance, Rapport d'activités.	Comptage et revue documentaire	Annuelle	DHPSE/DAF MSHP

### X.5. ORGANISATION DE LA MISE EN ŒUVRE

La multiplicité des acteurs intervenant dans la mise en œuvre des activités de gestion des déchets sanitaires commande la détermination d'une organisation structurelle qui précisera leurs rôles et responsabilités.

Pour ce faire et selon les objectifs stratégiques et spécifiques les propositions suivantes sont faites :

Principaux axes	Description	Intervenants
<b>Renforcer le cadre institutionnel et législatif.</b>	Il s'agit ici de prendre les lois nécessaires conformément aux différents engagements nationaux et internationaux notamment en matière d'hygiène publique et de santé environnement. Ensuite, la vision globale en matière d'hygiène hospitalière devra être définie à travers un document de politique. Par ailleurs, la stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires sera définie pour donner une orientation à tous les acteurs.	La DHPSE qui a déjà initié le processus d'élaboration du code de l'hygiène publique devra poursuivre ses activités en collaboration avec le Service Juridique du MSHP.  Pour le document de politique nationale d'hygiène hospitalière, la DMHP assurera le lead. Quant au document de stratégie, la DHPSE sera responsable de son élaboration  La DPPEIS apporte son appui à l'élaboration des différents documents.
<b>Renforcer le cadre réglementaire et normatif.</b>	Les textes d'application du cadre législatif renforcé doivent être pris pour plus de précisions dans la mise en œuvre des activités de gestion des déchets sanitaires.	La DHPSE est responsable des textes spécifiques à la gestion des déchets sanitaires.  La DMHP est responsable de l'élaboration des textes relatifs à l'hygiène hospitalière de façon générale, à la lutte contre les infections nosocomiales.
<b>Organiser le pilotage du secteur de la gestion des déchets sanitaires.</b>	Il s'agira de :  - créer ou renforcer les organes de coordination et de suivi de la mise en œuvre des activités aux niveaux national et local. Les capacités de la DHPSE, organe de coordination au niveau national seront renforcées ;  - créer le Comité Technique chargé du suivi de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020. Il verra la participation de l'ensemble des acteurs ;	La DHPSE assure la coordination des activités du PNGDS 2016-2020.  Le Comité de Suivi composé des différents acteurs assure le suivi de la mise en œuvre du plan. La DPPEIS y jouera un rôle de premier plan.



Principaux axes	Description	Intervenants
	- mettre en place au niveau des Districts sanitaires et des établissements sanitaires, des Comités d'hygiène.	
<b>Organiser le plaidoyer et la mobilisation sociale.</b>	Tous les acteurs clés y compris la population devront être mobiliser autour d'une gestion écologique des déchets sanitaires.	Le Cabinet du MSHP conduira les actions de plaidoyer et de mobilisation au niveau central. Il sera représenté par la DHPSE dans certains cas. Au niveau local, ce sont les DRSHP et les DDSHP qui assureront le plaidoyer et la mobilisation en appui à la DHPSE.
<b>Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires</b>	Tous les acteurs devront être sensibiliser pour un meilleur changement de comportement face à la problématique des déchets sanitaires.	La DHPSE est responsable de production et de la diffusion des supports de communication. Elle sera aidée par le Service de Communication et des Relations Publiques du MSHP.
<b>Organiser la formation des acteurs clés.</b>	Il s'agit de la formation de base dans les écoles et instituts de formation des agents de santé et de la formation continue du personnel de santé en activité.	La DFRS sera chargée d'organiser la révision et/ou l'élaboration des curricula de formation de base et de formation continue. La DHPSE est chargée de la mise en œuvre du programme de formation avec l'appui des DRSHP et DDSHP.
<b>Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires.</b>	Il s'agit de l'acquisition, de l'entretien et de la mise en fonctionnement des ouvrages et infrastructures de gestion des déchets sanitaires solides et liquides. Par ailleurs, le matériels de gestion des déchets sanitaires sera acquis et mis à la disposition des établissements sanitaires.	La DIEM sera responsable de l'acquisition, de l'installation et de l'entretien des ouvrages et infrastructures de gestion des déchets sanitaires. La DHPSE se chargera du fonctionnement des ouvrages et infrastructures. Quant au matériel de gestion des déchets sanitaires, la responsabilité de leurs spécifications techniques, de leur acquisition et de leur distribution aux établissements sanitaires cible incombe à la DHPSE. La DPPEIS est responsable des études et autres enquêtes.
<b>Inscrire la gestion des déchets sanitaires au nombre des priorités nationales et accroître la subvention de l'Etat</b>	Il s'agit d'accroître le financement public de la gestion des déchets sanitaires.	La DAF assurer le plaidoyer pour la définition d'une ligne budgétaire spécifique à la gestion des déchets sanitaires.

Principaux axes	Description	Intervenants
<b>y afférente</b>		
<b>Susciter le financement de la gestion des déchets sanitaires par les établissements sanitaires producteurs</b>		La DHPSE et DAF conduiront l'étude pour la contribution des établissements sanitaires.
<b>Améliorer le partenariat public-privé pour un renforcement de la gestion des déchets sanitaires</b>	Il s'agit de susciter l'intérêt du secteur privé pour la gestion des déchets sanitaires.	La DHPSE et la DAF devront adopter des mesures d'incitation pour motiver l'intervention du secteur privé dans la gestion des déchets sanitaires.  Le MSHP sera aidé dans cette tâche par les ministères techniques concernés, les collectivités territoriales et les PTF.
<b>Suivre et évaluer la mise en œuvre du plan</b>	Il s'agira de s'assurer de la mise en œuvre coordonnée et totale des interventions planifiées.  Les organes chargés du suivi-évaluation devront vérifier l'application effective des actions à réaliser et cette vérification devra couvrir toute la période d'exécution du PNGDS 2016-2020.	Au niveau central, le suivi et l'évaluation sera fait par le Comité Technique.  Au niveau local, le suivi au quotidien et le contrôle sont effectués par les Districts sanitaires à travers les Comités d'hygiène de District, en rapport avec les Comités d'hygiène des établissements sanitaires.  Le suivi mensuel sera effectué au niveau des districts sanitaires tandis que l'évaluation annuelle sera faite par la DHPSE et la DPPEIS.  Au niveau local, le contrôle et la supervision seront assurés par les DRSHP et les DDSHP. A partir du niveau central, la supervision sera effectuée par la DHPSE, la DMHP, la DIEM, la DFRS, la DPPEIS.  Les collectivités territoriales seront associées aux missions de supervision.  Des Consultants seront commis à certaines tâches.



## XI. COUT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNGDS 2016-2020

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Budget (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel</b>												
<b>Objectif spécifique 1.1. : Renforcer le cadre institutionnel et législatif.</b>	1.1.1	Adopter et promulguer l'avant-projet de loi portant Code de l'hygiène.						L'avant-projet de loi portant Code de l'hygiène est adopté et promulgué.	Nombre de séances parlementaires, Nombre de voix de parlementaires.	Rapports de séances parlementaires, Journal officiel.	Service Juridique/DHPSE	PM
	1.1.2	Organiser des séances d'information et de sensibilisation des acteurs clés et de la population sur le Code de l'hygiène.						Organiser des séances d'information et de sensibilisation des acteurs clés et de la population sur le Code de l'hygiène.	Nombre de séances d'information et de sensibilisation organisées. Nombre de structures / personnes participantes.	Rapports d'activités de d'information et de sensibilisation, Listes de présence.	DHPSE/Service Juridique	66,42
	1.1.3	Elaborer et valider le document de politique nationale de l'hygiène publique.						Le document de politique nationale de l'hygiène publique est élaboré et validé.	Document de politique disponible.	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	DMHP/DHPSE/DPPEIS	39,32
	1.1.4	Editer et diffuser 700 exemplaires du document de politique nationale de l'hygiène hospitalière.						700 exemplaires du document de politique nationale de l'hygiène hospitalière sont édités et diffusés.	Nombre d'exemplaires du document de politique édités, Nombre d'exemplaires du document de politique diffusés, Proportion exemplaires édités / exemplaires diffusés.	Rapport d'édition, Rapport de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	DMHP/DHPSE/DPPEIS	6,60
	1.1.5	Elaborer et valider le document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires.						Le document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires est élaboré et validé.	Document de stratégie disponible.	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	DHPSE/DPPEIS	51,03
	1.1.6	Editer et diffuser 5000 exemplaires du document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires.						5000 exemplaires du document de stratégie nationale de gestion des déchets sanitaires édités et diffusés.	Nombre d'exemplaires du document de stratégie édités, Nombre d'exemplaires du document de stratégie diffusés, Proportion exemplaires édités / exemplaires diffusés.	Rapport d'édition, Rapport de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	DHPSE/DPPEIS	61,50
<b>Sous total OS 1.1.</b>												<b>224,87</b>

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Budget (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel</b>												
<b>Objectif spécifique 1.2. : Renforcer le cadre réglementaire et normatif.</b>	1.2.1	Prendre les décrets et arrêtés d'application en matière de gestion des déchets sanitaires, du code de l'environnement, du code de l'hygiène, de la loi portant transfert des compétences de l'Etat au Collectivités ainsi que des autres textes législatifs spécifiques et procéder à leur diffusion.						Les décrets et arrêtés d'application en matière de gestion des déchets sanitaires des textes existants sont pris et diffusés.	Nombre de textes d'applications pris.	Journal Officiel, Rapport d'activités.	Service Juridique/DHPSE	PM
	1.2.2	Prendre des textes pour rendre systématique et obligatoire (i) la formation des agents de santé sur les bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires, (ii) le « certificat de salubrité » dans les établissements sanitaires, (iii) les types de réceptacles pour déchets sanitaires et les codes couleur selon les catégories, (iv) l'utilisation par les établissements sanitaires, des ouvrages d'élimination identifiés et agréés par le MSHP, (v) la contribution de chaque établissement sanitaire à l'élimination écologique de ses déchets.						Des textes sont pris pour rendre systématique et obligatoire (i) la formation des agents de santé sur les bonnes pratiques de gestion des déchets sanitaires, (ii) le « certificat de salubrité » dans les établissements sanitaires, (iii) les types de réceptacles pour déchets sanitaires et les codes couleur selon les catégories, (iv) l'utilisation par les établissements sanitaires, des ouvrages d'élimination identifiés et agréés par le MSHP, (v) la contribution de chaque établissement sanitaire à l'élimination écologique de ses déchets.	Nombre de textes pris	Journal Officiel, Rapport d'activités.	Service Juridique/DHPSE	PM
	1.2.3	Elaborer et valider les normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires.						Les normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires sont élaborés et validés.	Nombre de documents de référence élaborés et validés.	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	DHPSE/DMHP	115,04

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Budget (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel</b>												
	1.2.4	Editer et diffuser 10000 exemplaires des normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires.						10000 exemplaires des normes, directives, procédures et cadre de référence en matière de gestion des déchets sanitaires sont édités et diffusés.	Nombre d'exemplaires des documents de référence édités, Nombre d'exemplaires des documents de référence diffusés, Proportion exemplaires édités / exemplaires diffusés.	Rapport d'édition, Rapport de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	DHPSE/DMHP	47,00
	1.2.5	Définir un paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.						Un paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires est défini pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.	Nombre de documents élaborés et validés	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	DHPSE	24,18
	1.2.6	Editer et diffuser 3000 exemplaires du paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire.						3000 exemplaires de paquet minimum d'activités en matière de gestion des déchets sanitaires pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire sont édités et diffusés.	Nombre d'exemplaires des documents de référence édités, Nombre d'exemplaires des documents de référence diffusés, Proportion exemplaires édités / exemplaires diffusés.	Rapport d'édition, Rapport de diffusion, Liste d'émargement des structures bénéficiaires.	DHPSE	62,50
<b>Sous total OS 1.2.</b>											<b>248,72</b>	

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Budget (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel</b>												

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Budget (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel</b>												
<b>Objectif spécifique 1.3. : Organiser le pilotage du secteur de la gestion des déchets sanitaires.</b>	1.3.1	Renforcer les missions et les capacités techniques, logistiques, financières et en ressources humaines de la Direction/structure chargé de la gestion des déchets sanitaires.						Les missions et les capacités techniques, logistiques, financières et en ressources humaines de la Direction/structure chargé de la gestion des déchets sanitaires sont renforcées.	Nombre d'agents qualifiés en gestion des déchets sanitaires, Nombre de matériels roulants, bureautiques, informatiques, etc. acquis, Niveau de dotation budgétaire.	Liste des agents, Bordereaux de livraison, Notification budgétaire.	DAF MSHP / Trésor Public	464,00
	1.3.2	Créer et rendre fonctionnels 82 Comités d'hygiène dans les Districts sanitaires.						82 Comités d'hygiène de Districts sanitaires sont créés et fonctionnels.	Nombre de Comités d'hygiène de District sanitaire créés, Nombre de Comités d'hygiène de District sanitaire fonctionnel, Nombre de réunions de Comités d'hygiène de District sanitaire organisés.	Rapports d'activités, Liste des Comités d'hygiène de District sanitaire.	DHPSE/DMHP	721,60
	1.3.3	Elaborer et valider un guide de planification pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire.						Un guide de planification pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire existe, Une organisation opérationnelle permanente et unique est mise en place.	Nombre de planification faite selon le guide.	Plans locaux de gestion des déchets sanitaires.	DHES/DPPEIS	21,45
	1.3.4	Apporter un appui à l'élaboration des 82 plans annuels de gestion des déchets des Districts sanitaires.						Les 82 plans de gestion des déchets des Districts sanitaires sont élaborés.	Nombre de plan de gestion des déchets sanitaires de District sanitaire, Nombre de Districts sanitaires disposant d'un plan de gestion des déchets sanitaires.	Rapports d'ateliers d'élaboration.	DHPSE/DSCMP	128,46
	1.3.6	Créer et rendre fonctionnel, le Comité de suivi de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020.						Le Comité de suivi de la mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 est créé et fonctionnel.	Nombre de réunions / missions de suivi, Nombre d'études/enquêtes, Nombre de rapports d'activités.	Acte de création, Rapport d'enquêtes / études, Rapports de missions / d'activités.	DHES/DPPEIS	28,03

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	Budget (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel</b>												
	1.3.7	Renforcer le système d'information en matière de gestion des déchets sanitaires.						Le système d'information en matière de gestion des déchets sanitaires est renforcé.	Nombre d'indicateurs validés, Nombre de rapports d'activités de gestion des déchets sanitaires produits.	Rapports d'activités.	DHPSE/DPPEIS	2,33
	1.3.8	Organiser 01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PNGDS 2016-2020.						01 revue à mi-parcours et 01 revue finale du PNGDS 2016-2020 sont organisées.	Nombre de revue du PNGDS réalisées.	Rapports de revue du PNGDS	DHES/DPPEIS	16,30
<b>Sous total OS 1.3.</b>												<b>1 382,16</b>

<b>Total Objectif Stratégique 1</b>	<b>1 855,76</b>
-------------------------------------	-----------------

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs</b>												
<b>Objectif spécifique 2.1. : Organiser le plaidoyer et la mobilisation sociale</b>	2.1.1	Organiser une table ronde sur la gestion des déchets sanitaires avec l'ensemble des acteurs notamment les Ministères techniques concernés, les collectivités territoriales, le secteur privé, les PTF et la société civile.						Une table ronde sur la gestion des déchets sanitaires est organisée.	Nombre et qualité des participants.	Liste de présence.	DHPSE/DMHP/DAF	10,17
	2.1.2	Organiser 01 rencontre annuelle sur la gestion des déchets sanitaires dans chacune des 20 régions sanitaires avec les Autorités sanitaires locales, les Collectivités territoriales, le secteur privé et la société civile.						01 rencontre sur la gestion des déchets sanitaires est organisée chaque année dans chacune des 20 régions sanitaires.	Nombre de rencontres organisées, Nombre et qualité des participants.	Rapport d'activités, Liste de présence.	DHPSE/DMHP	79,50



OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif Stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs</b>												
	2.1.3	Organiser 05 rencontres d'information et de plaidoyer avec les autorités du système éducatif national.						05 rencontres d'information et de plaidoyer sont organisées avec les autorités du système éducatif national.	Nombre de rencontres organisées.	Rapport d'activités, Liste de présence.	DHPSE/DMHP	2,66
	2.1.4	Organiser dans chaque District sanitaire, 02 séances annuelles d'information et de sensibilisation du personnel de santé et de la communauté sur la gestion des déchets sanitaires.						01 séance annuelle d'information et de sensibilisation du personnel de santé et de la communauté sur la gestion des déchets est organisée dans chaque District sanitaire.	Nombre de réunions d'information et de sensibilisation.	Rapport d'activités, Liste de présence.	DHPSE/DMHP	239,85
	2.1.5	Susciter la création ou la redynamisation par les établissements sanitaires, de Comités d'hygiène fonctionnels.						Les Comités d'hygiène sont créés par les établissements sanitaires et rendus fonctionnels.	Nombre de Comités d'hygiène d'établissement sanitaire, Nombre d'établissements sanitaires disposant de Comité d'hygiène fonctionnels.	Rapport d'activités, Liste des Comités d'hygiène d'établissement sanitaire.	Districts sanitaires/ Etablissements sanitaires	PM
	2.1.6	Encourager la tenue dans chaque établissement de santé, de réunions d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires.						Des réunions d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaire sont organisées dans chaque établissement de santé.	Nombre de réunions d'information et de sensibilisation organisées.	Rapport d'activités, Liste de présence.	Districts sanitaires/ Etablissements sanitaires	PM
	2.1.7	Renforcer l'intervention des relais communautaires en matière de gestion des déchets sanitaires.						L'intervention relais communautaires en matière de gestion des déchets sanitaires est renforcée.	Nombre de relais communautaires actifs en matière de gestion des déchets sanitaires.	Rapport d'activités.	DSCMP/Districts sanitaires/DHPSE	87,82
<b>Sous total OS 2.1.</b>												<b>420,00</b>

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					

Objectif Stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs												
Objectif spécifique 2.2. : Sensibiliser les acteurs à la gestion durable des déchets sanitaires	2.1.1	Produire et diffuser 20000 tee-shirts, 20000 casquettes, 50000 affiches 40x40,, 5100 Kakemonos, 2000 bâches, 100000 autocollants et 75000 dépliant.						20000 tee-shirts, 20000 casquettes, 50000 affiches 40x40,, 5100 Kakemonos, 2000 bâches, 100000 autocollants et 75000 dépliant sont produits et diffusés.	Nombre de tee-shirt, casquettes, affiches 40x40, kakemonos, bâches, autocollants et dépliant produits, Nombre de tee-shirt, casquettes, affiches 40x40, kakemonos, bâches, autocollants et dépliant diffusés.	Bordereaux de livraison, Rapport de diffusion	DHPSE	677,50
	2.1.2	Produire et diffuser des messages sur les radios de proximité.						Des messages sont produits et diffusés sur les radios de proximité.	Nombre de messages produits, Nombre de messages diffusés, Nombre de radio locale concernés.	Bordereaux de livraison, Rapport de diffusion	DHPSE	247,50
	2.1.3	Diffuser 1500000 de SMS à l'endroit du personnel de santé.						1500000 de SMS sont diffusés à l'endroit du personnel de santé.	Nombre de SMS diffusés, Nombre de compagnies de téléphonie mobile sollicitées.	Rapport de diffusion.	DHPSE	75,00
	2.1.4	Organiser chaque année les Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière (JNHH) .						Les Journées Nationales de l'Hygiène Hospitalière (JNHH) sont organisée chaque année.	Nombre de Régions sanitaires organisant les journées.	Rapport d'activités.	DHPSE/DMHP/DAF	942,50
	2.1.5	Organiser le concours annuel "Eco-Hôpital".						Le concours annuel "Eco-Hôpital" est organisé.	Nombre d'établissements sanitaires participants, Nombre de Districts sanitaires couverts.	Rapport d'activités.	DHPSE/DMHP	1 305,00
<b>Sous total OS 2.2.</b>												<b>3 247,50</b>

<b>Sous total Objectif Stratégique 2</b>	<b>3 667,50</b>
--	-----------------

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
<b>Objectif spécifique 3.1. : Organiser la formation des acteurs clés.</b>	3.1.1	Elaborer ou mettre à jour dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires, les curricula de formation de base dans les écoles, instituts et universités de formation des agents de santé.						Les curricula de formation de base dans les écoles, instituts et universités de formation des agents de santé sont élaborés ou mis à jour dans le domaine de la gestion des déchets sanitaires.	Curricula de formation intégrant la gestion des déchets sanitaires.	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	DFRS/DHPSE	67,81
	3.1.2	Former 200 enseignants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé à l'hygiène hospitalière et à la gestion des déchets sanitaires.						200 enseignants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé sont formés à l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets sanitaires.	Nombre d'enseignants formés, Nombre d'écoles, instituts et universités de formation des agents de santé concernés.	Rapport d'atelier de formation.	DFRS/DHPSE	64,84
	3.1.3	Former les apprenants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé.						Les apprenants des écoles, instituts et universités de formation des agents de santé sont formés.	Nombre d'apprenants formés, Nombre d'écoles, instituts et universités de formation des agents de santé concernés.	Rapport d'atelier de formation.	Ecoles, instituts et universités de formation des agents de santé.	PM
	3.1.4	Elaborer ou mettre à jour les manuels de formation continue en matière de gestion des déchets sanitaires.						Les manuels de formation continue en matière de gestion des déchets sanitaires sont élaborés ou mettre à jour.	Nombre de manuels élaborés ou mis à jour.	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation.	DFRS/DHPSE	67,81
	3.1.5	Former 338 formateurs nationaux et de districts.						338 formateurs nationaux et de districts sont formés.	Nombre de formateurs nationaux et de District formés, Nombre de pool de formateurs opérationnels.	Rapport d'atelier de formation, Rapport d'activités.	DFRS/DHPSE	36,71
	3.1.6	Organiser la formation continue de 14 472 agents de santé.						14 472 agents de santé participent à la formation continue.	Nombre d'agents de santé formés.	Rapport d'atelier de formation, Rapport d'activités.	DFRS/DHPSE	132,13

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
	3.1.7	Renforcer les capacités de 58 agents de la DIEM (CRIEM et AMD) en maintenance des incinérateurs, stations de traitement des déchets liquides et des fosses sécurisées.						Les capacités de 38 agents de la DIEM (CRIEM et AMD) en maintenance des incinérateurs, stations de traitement des déchets liquides et des fosses sécurisées sont renforcées.	Nombre d'agents de la DIEM formés.	Rapport de formation, Liste de présence.	DIEM/DHPSE	11,38
	3.1.8	Former 134 opérateurs pour la gestion des 53 incinérateurs et 14 stations de traitement des déchets sanitaires liquides.						Les 134 opérateurs de gestion des 53 incinérateurs et 14 stations de traitement des déchets sanitaires liquides sont formés.	Nombre d'opérateurs d'incinérateurs et de stations de traitement des déchets sanitaires liquides formés.	Rapport de formation, Liste de présence.	DIEM/DHPSE	16,86
	3.1.9	Organiser 02 missions annuelles de supervision des acteurs dans les Districts sanitaires cibles.						02 missions annuelles de supervision des acteurs sont organisées dans les Districts sanitaires cibles.	Nombre de missions de supervisions organisées, Nombre d'acteurs supervisés.	Rapport de supervision, Liste des acteurs supervisés.	DHPSE/DPPEIS	180,20
	3.1.10	Organiser une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé des Districts sanitaires cibles.						Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé des Districts sanitaires cibles est organisée.	Nombre de personnel de santé visé par l'enquête.	Rapport d'enquête CAP.	DHPSE/DPPEIS	21,01
<b>Sous total OS 3.1</b>												<b>598,74</b>

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N°	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de	Responsables	BUDGET
-----------------------	----	-------------------	--------------	--------------------	-------------	------------	--------------	--------

	Ordre		A1	A2	A3	A4	A5			vérification		(Million FCFA)
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
<b>Objectif spécifique 3.2. : Renforcer les capacités en infrastructures, matériels et équipements de gestion des déchets sanitaires.</b>	3.2.1	Doter les établissements sanitaires publics de 4392 poubelles noire de 240 litres avec roue, 9 384 poubelles noire de 27 litres avec pédale, 18 768 poubelles jaunes de 27 litres avec pédale, de 117 684 boîtes de sécurité, de 582 816 sacs poubelles noires de 300 litres, 1 544 526 sacs poubelles noires de 50 litres, 2 446 080 sacs poubelles jaunes de 50 litres et 2 406 chariots jaunes pour le transport in situ des déchets.						Les établissements sanitaires publics sont dotés de 4392 poubelles noires de 240 litre avec roue, 9 384 poubelles noires de 27 litres avec pédale, 18 768 poubelles jaunes de 27 litres avec pédale, de 117 684 boîtes de sécurité, de 582 816 sacs poubelles noirs de 300 litres, 1 544 526 sacs poubelles noirs de 50 litres, 2 446 080 sacs poubelles jaunes de 50 litres et 2 406 chariots jaunes pour le transport in situ des déchets.	Nombre de poubelles, de boîtes de sécurité, de sacs poubelles de différentes couleurs et de chariots pour le transport in situ des déchets.	Bordereaux de livraison.	DEPS/DIEM/DHPSE	2 946,17
	3.2.2	Doter les établissements sanitaires cibles de 5 394 EPI complets.						Les établissements sanitaires publics et privés disposent de 5 394 EPI complets.	Nombre d'EPI complet, Composition EPI complet.	Bordereaux de livraison.	DEPS/DIEM/DHPSE	269,70
	3.2.3	Assurer la remise en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla.						Les 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla sont remis en état de fonctionnement optimal.	Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Procès-Verbal de réception.	DIEM/DHPSE	63,00

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
	3.2.4	Réaliser des audits environnementaux des 24 sites incinérateurs existants.						Des audits environnementaux des 24 incinérateurs existants sont réalisés.	Nombre d'audits environnementaux, Nombre de sites audités.	Rapports d'audits environnementaux.	ANDE/DHPSE	84,00
	3.2.5	Organiser 02 missions de suivi de travaux de remis en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla..						02 missions de suivi de travaux de remis en état de fonctionnement optimal des 21 incinérateurs publics des Districts sanitaires de Koumassi-Port Bouët-Vridi, Yopougon Ouest-Songon, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Treichville-Marcory, Grand-Lahou, Sassandra, Aboisso, Gagnoa, Adzopé, Daoukro, Toumodi, Yamoussoukro, Bouaké Nord-Ouest, Katiola, Séguéla, Man et Tengréla. sont organisées.	Nombre de missions de suivi organisées.	Rapport de mission.	DIEM/DHPSE	11,06
	3.2.6	Veiller à la finalisation des travaux de construction des 03 incinérateurs du projet RETROCI à Treichville, de l'INHP à Abobo et du CHU de Cocody.						Les travaux de construction des 03 incinérateurs du projet RETROCI à Treichville, de l'INHP à Abobo et du CHU de Cocody sont finalisés.	Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Procès-Verbal de réception.	DIEM/DHPSE	PM

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
	3.2.7	Acquérir et installer 13 incinérateurs à combustion pyrolytique de 30 kg/h dans les Districts sanitaires de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville et Touba, 03 incinérateurs de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam et 13 incinérateurs type De Montfort amélioré de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Soubré, Vavoua, Bocanda, Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi, Bouna.						13 incinérateurs à combustion pyrolytique de 30 kg/h, 03 incinérateurs à combustion pyrolytique de 15 kg/h et 13 incinérateurs type De Montfort amélioré de 15 kg/h sont acquis et installés dans les Districts sanitaires cibles.	Nombre d'incinérateurs acquis et installés, Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Procès-Verbal de réception.	DIEM/DHPSE	803,00
	3.2.8	Organiser 02 missions de suivi de travaux d'installation des 29 incinérateurs dans les Districts sanitaires de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville et Touba, 03 incinérateurs de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam et 13 incinérateurs type De Montfort amélioré de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Soubré, Vavoua, Bocanda, Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi et Bouna..						02 missions de suivi de travaux d'installation des 29 incinérateurs dans les Districts sanitaires de San Pedro, Odienné, Daloa, Bouaflé, Guiglo, Dimbokro, Abengourou, Korhogo, Divo, Bouaké Sud, Bondoukou, Agboville et Touba, 03 incinérateurs de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Ferkéssédougou, Danou, Grand-Bassam et 13 incinérateurs type De Montfort amélioré de 15 kg/h dans les Districts sanitaires de Soubré, Vavoua, Bocanda, Danané, Duékoué, Agnibilékro, M'Bahiakro, Boundiali, Dabakala, Toulépleu, Nassian, Béoumi et Bouna sont organisées.	Nombre de missions de suivi organisées.	Rapport de mission.	DIEM/DHPSE	17,82
	3.2.9	Assurer le fonctionnement des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles.						Le fonctionnement des 53 incinérateurs publics est assuré.	Nombre d'incinérateurs fonctionnels.	Bordereaux de livraison, Rapport d'activités.	DIEM/DHPSE	318,00

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
	3.2.10	Assurer la maintenance préventive et curative des 53 incinérateurs publics installés dans les Districts sanitaires cibles.					La maintenance préventive et curative des 53 incinérateurs publics est assurée.	Nombre d'incinérateurs en bon état de fonctionnement.	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	DIEM/DHPSE	530,00	
	3.2.11	Acquérir 50 véhicules de transport de déchets sanitaires pour les Districts sanitaires équipés d'incinérateurs.					Les Districts sanitaires équipés d'incinérateurs sont dotés de 50 véhicules de transport de déchets sanitaires.	Nombre de véhicules acquis.	Bordereaux de livraison.	DIEM/DHPSE	1 100,00	
	3.2.12	Assurer le fonctionnement des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires.					Le fonctionnement des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires est assuré.	Nombre de véhicules fonctionnels.	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	DIEM/DHPSE	210,00	
	3.2.13	Assurer la maintenance préventive et curative des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires.					La maintenance préventive et curative des 50 véhicules de transport des déchets sanitaires est assurée.	Nombre de véhicules de transport de déchets en bon état de fonctionnement.	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	DIEM/DHPSE	262,50	
	3.2.14	Procéder à des mesures annuelles des émissions gazeuses des 53 incinérateurs publics.					Des mesures des émissions gazeuses des 53 incinérateurs publics sont effectuées chaque année.	Niveau des paramètres mesurés par rapport aux normes prescrites.	Rapport d'études	LNSP/DHPSE	132,50	
	3.2.15	Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 29 sites de construction d'incinérateurs.					Des études d'impact environnemental et social sont réalisées sur les 29 sites de construction d'incinérateur.	Nombre d'EIES réalisées	Rapports d'EIES.	ANDE/DHPSE	159,50	
	3.2.16	Construire 04 stations de traitement des déchets sanitaires liquides dans les CHU de Cocody, Yopougon, Treichville et Bouaké.					Les CHU de Cocody, Yopougon, Treichville et Bouaké sont dotés de station de traitement des eaux usées.	Nombre de stations de traitement des déchets sanitaires liquides construits, Nombre de stations de traitement des déchets sanitaires liquides fonctionnels.	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	DIEM/DHPSE	500,00	



OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
	3.2.17	Construire 14 mini stations de traitement des déchets sanitaires liquides dans les CHR de Yamoussoukro, Bondoukou, Daloa, Bouaflé, Man, Korhogo, Aboisso, Abengourou, Gagnoa, San-Pedro, Dimbokro, Agboville, Séguéla et Odienné.						Les CHR de Yamoussoukro, Bondoukou, Daloa, Bouaflé, Man, Korhogo, Aboisso, Abengourou, Gagnoa, San-Pedro, Dimbokro, Agboville, Séguéla et Odienné sont dotés de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides.	Nombre de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides construits, Nombre de mini-stations de traitement des déchets sanitaires liquides fonctionnels.	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	DIEM/DHPSE	980,00
	3.2.18	Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 18 sites de construction des stations de traitement des déchets sanitaires liquides.						Des études d'impact environnemental et social sont réalisées sur les 18 sites de construction des stations de traitement des déchets sanitaires liquides.	Nombre d'EIES réalisées	Rapports d'EIES.	ANDE/DHPSE	180,00
	3.2.19	Construire 1910 fosses sécurisées pour l'élimination des déchets anatomiques des ESPC.						Les ESPC disposent de fosses sécurisées pour l'élimination des déchets anatomiques.	Nombre de fosses sécurisées construites, Nombre de fosses sécurisées fonctionnels.	Procès-Verbal de réception, Rapport d'activités.	DIEM/DHPSE	3 820,00
	3.2.20	Organiser 02 missions de suivi des travaux de construction des 18 stations de traitement des déchets liquides et de construction des 1910 fosses sécurisées.						02 missions de suivi de travaux construction des 18 stations de traitement des déchets liquides et de construction des 1910 fosses sécurisées sont organisées.	Nombre de missions de suivi organisées.	Rapport de mission.	DIEM/DHPSE	11,44
	3.2.21	Réaliser des études d'impact environnemental et social sur les 1910 sites de construction des fosses sécurisées à déchets anatomiques.						Des études d'impact environnemental et social sont réalisées sur les 1910 sites de construction des fosses sécurisées.	Nombre d'EIES réalisées	Rapports d'EIES.	ANDE/DHPSE	250,00

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires</b>												
	3.2.22	Organiser une étude de caractérisation des déchets sanitaires solides et liquides.						Une étude de caractérisation des déchets sanitaires est organisée.	Etude de caractérisation réalisée, Proportion de déchets infectieux, de déchets chimiques et pharmaceutiques et de déchets ménagers.	Rapport d'études	DHPSE/DPPEIS	21,01
<b>Sous total OS 3.2.</b>												<b>12 752,87</b>

<b>Sous total Objectif Stratégique 3</b>	<b>13 351,61</b>
--	------------------

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé</b>												
<b>Objectif spécifique 4.1 : Inscrire le financement de la gestion des déchets sanitaires au nombre des priorités nationales et accroître la subvention de l'Etat y afférente</b>	4.1.1	Inscrire dans la loi des finances, la part du budget réservée à l'hygiène hospitalière et à la gestion des déchets sanitaires conformément aux engagements relatifs à la protection de l'environnement.						La part du budget réservée à l'hygiène hospitalière et à la gestion des déchets sanitaires est clairement inscrite dans la loi des finances, conformément aux engagements relatifs à la protection de l'environnement.	Niveau de budget alloué par rapport au budget planifié.	Loi des finances, Notification budgétaire.	DAF MSHP/DHPSE	PM
	4.1.2	Créer des lignes spécifiques sur le budget des établissements sanitaires pour la prise en compte de la gestion de leurs déchets.						Des lignes spécifiques sont créées sur le budget des établissements sanitaires pour la prise en compte de la gestion de leurs déchets.	Niveau de dotation budgétaire allouée par rapport aux besoins planifiés.	Notification budgétaire.	DAF MSHP/DHPSE	PM

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé</b>												
	4.1.3	Accroître le niveau des investissements publics en matière de gestion des déchets sanitaires.						Le niveau des investissements publics en matière de gestion des déchets sanitaires. Sont accrus	Niveau de budget d'investissement alloué.	Notification budgétaire.	DAF MSHP/DHPSE	PM
<b>Sous total OS 4.1.</b>												-
<b>Objectif spécifique 4.2. : Susciter le financement de la gestion des déchets sanitaires par les établissements sanitaires producteurs</b>	4.2.1	Conduire une étude pour déterminer les conditions d'application de la contribution des établissements sanitaires de chaque niveau de la pyramide sanitaire au financement de la gestion durable des déchets sanitaires.						Une étude pour déterminer les conditions d'application de la contribution des établissements sanitaires au financement de la gestion durable des déchets sanitaires est conduite.	Etude de faisabilité réalisée.	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation de l'étude.	DHPSE/DAF MSHP	34,69
	4.2.2	Prendre les actes pour l'application des conclusions de l'étude et pour la mise en œuvre du principe pollueur payeur relativement à la gestion des déchets sanitaires.						Les actes pour l'application des conclusions de l'étude et pour la mise en œuvre du principe pollueur payeur relativement à la gestion des déchets sanitaires sont pris.	Nombre d'actes pris, Nombre d'actes mis en application.	Journal officiel.	Service Juridiques MSHP/DHPSE	PM
	4.2.3	Organiser 10 séances d'information et de sensibilisation des responsables des établissements sanitaires publics et privés pour une contribution technique et financière efficace à la gestion des déchets sanitaires.						10 séances d'information et de sensibilisation des responsables des établissements sanitaires publics et privés pour leur contribution technique et financière à la gestion des déchets sanitaires sont organisées.	Nombre de séances d'information et de sensibilisation planifiées, Nombre de séances organisées, Nombre et catégories de participants.	Rapport d'activités, Liste de présence des participants.	DHPSE	10,25
<b>Sous total OS 4.2.</b>												<b>44,94</b>
<b>Objectif spécifique 4.3. : Améliorer le partenariat public-privé pour un renforcement de la</b>	4.3.1	Créer un label d'éco-citoyenneté pour motiver le secteur privé à investir dans la gestion des déchets sanitaires.						Un label d'éco-citoyenneté est créé pour motiver le secteur privé à investir dans la gestion des déchets sanitaires.	Nombre d'entreprises privées investissant dans le secteur de la gestion des déchets sanitaires.	Manifestations d'intérêts, Rapport d'activités.	DHPSE/DPPEIS	PM

OBJECTIFS SPECIFIQUES	N° Ordre	ACTIONS/ACTIVITES	CHRONOGRAMME					Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsables	BUDGET (Million FCFA)
			A1	A2	A3	A4	A5					
<b>Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé</b>												
gestion des déchets sanitaires	4.3.2	Organiser des rencontres d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires à l'endroit du secteur privé.						Des rencontres d'information et de sensibilisation sur la gestion des déchets sanitaires sont organisées à l'endroit du secteur privé.	Nombre de rencontre d'information et de sensibilisation.	Rapport d'activités, Liste de présence des participants	DHPSE/DAF MSHP	PM
	4.3.3	Elaborer des projets structurants en matière de gestion des déchets sanitaires à soumettre à financement à travers le CNP-PPP.						Des projets structurants en matière de gestion des déchets sanitaires sont élaborés et soumis à financement à travers le CNP-PPP.	Nombre de projets élaborés, Nombre de projets postés sur le site du CNP-PPP.	Rapport de Consultance, Rapport d'activités.	DHPSE/DAF MSHP	PM
	4.3.4	Conduire une étude de faisabilité technique et économique pour l'implication du secteur privé dans la filière de gestion des déchets sanitaires.						Une étude de faisabilité technique et économique pour l'implication du secteur privé dans la filière de gestion des déchets sanitaires est conduite.	Etude de faisabilité réalisée.	Rapport de Consultance, Rapport d'atelier de validation de l'étude.	DHPSE/DAF MSHP	69,21
<b>Sous total OS 4.3.</b>												<b>69,21</b>

Sous total Objectif Stratégique 4

114,15

**TOTAL GENERAL (Million FCFA)**

**18 989,02**

Le budget annualisé se présente en millions de FCFA comme suit :

AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5
1 329 231 136	5 696 704 868	5 127 034 382	3 607 913 083	3 418 022 921
7%	30%	27%	19%	18%

Le budget par objectif stratégique se présente en millions de FCFA comme suit :

RECAPITULATIF	BUDGET	%
Objectif Stratégique 1 : Renforcer le cadre juridique et institutionnel	1 855 758 810	10%
Objectif Stratégique 2 : Renforcer la communication pour le changement social et comportemental des acteurs	3 667 500 088	19%
Objectif stratégique 3 : Renforcer les capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires	13 351 611 930	70%
Objectif stratégique 4 : Développer un système de financement pérenne du secteur de la gestion des déchets sanitaires et le partenariat public-privé	114 145 400	1%
<b>TOTAL</b>	<b>18 989 016 228</b>	<b>100%</b>

## CONCLUSION

---

La problématique de la gestion des déchets reste entière dans les établissements sanitaires, en témoignent les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du PNGDM 2009-2011. La Côte d'Ivoire, dans la perspective de son émergence en 2020 a pris l'option d'un renforcement de son système de santé et d'une gestion écologiquement rationnelle des déchets produits par l'augmentation du volume des actes de soins.

Aussi, le Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires 2016-2020, issu de l'évaluation de la situation actuelle du secteur, confirme-t-il l'intérêt que le Gouvernement et ses partenaires accordent à la promotion de la qualité des soins et de la sécurité des patients à travers entre autres, la lutte contre les facteurs de risques pour la santé, liés à l'environnement.

Le PNGDS 2016-2020 met un accent particulier sur la formation des agents de santé et du personnel des collectivités territoriales. Il prévoit un renforcement du plaidoyer et de la mobilisation sociale autour de la promotion d'un environnement de soins sain.

Pour moderniser la gestion des déchets sanitaires, le PNGDS 2016-2020 promeut le tri à la production. Il met un accent sur les ouvrages existants dont la maintenance devrait pouvoir aider au renforcement du système de maillage et de polarisation des déchets vers le site d'élimination du District, destinés à mutualiser les coûts de gestion et rendre accessibles à tous les établissements sanitaires, des services de gestion de qualité.

Le PNGDS 2016-2020 constitue donc une véritable boussole et un cadre idéal unique de planification de toutes les interventions du secteur, quel que soit la provenance du financement et la structure initiatrice.

Quatre (04) grands axes stratégiques gouvernent la structuration générale du PNGDS 2016-2020. Il s'agit (i) du renforcement du cadre juridique et institutionnel, (ii) de la communication pour le changement social et comportemental, (iii) du renforcement des capacités de la filière de gestion des déchets sanitaires et (iv) du financement du secteur et du développement du partenariat public-privé.

Le coût global de mise en œuvre du PNGDS 2016-2020 qui couvrira à terme, 48 districts sanitaires, est de **dix-huit milliards neuf cent vingt-cinq millions deux cent quarante-quatre mille cinq cent vingt-huit (18 925 244 528) francs CFA** dont 70% pour la formation et les équipements, 19% pour la communication pour le changement social et comportemental, 10% pour le renforcement du cadre juridique et institutionnel et 1% pour les activités de plaidoyer pour le renforcement du financement. Il est impératif que la mobilisation autour du financement du PNGDS 2016-2020 soit forte pour une mise en œuvre effective et dans les délais du présent plan.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. <http://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries.action?recherche=idbank&idbank=000642291>, consulté le 12 août 2016 à 12H41)
2. Institut National de la Statistique : Enquête sur le Niveau de Vie 2015.
3. Institut National de la Statistique : Recensement Général de la Population 2014.
4. RIPAQS-PRONALIN : Forum régional sur l'implication des patients et des associations des usagers des établissements de santé dans la promotion de la sécurité des soins dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Sénégal, du 24 au 26 mars 2009, Rapport de forum.
5. République de Côte d'Ivoire : Plan National de Développement 2016-2020.
6. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida : Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013
7. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020.
8. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Plan National de Gestion des Déchets Médicaux 2009-2011.
9. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : Rapport de caractérisation des déchets médicaux en Côte d'Ivoire, juillet 2009.
10. Ministère du Plan et du développement, RCI : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012.
11. Organisation Mondiale de la Santé : Gestion des déchets d'activités de soins. Aide-mémoire n°254, Genève 2004.
12. Organisation Mondiale de la Santé : Gestion des déchets d'activités de soins. Aide-mémoire N°281 Octobre 2011.
13. Organisation Mondiale de la Santé : Gestion des déchets solides d'activités de soins dans les centres de santé primaires, 2005.
14. Organisation Mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/countries/civ/fr/>)
15. Organisation Mondiale de la Santé : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire N°253, Novembre 2015

16. Organisation Mondiale de la Santé : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire 253, Genève 2000.
17. Organisation Mondiale de la Santé : Les déchets liés aux soins de santé. Aide-mémoire n°254, Genève 2004.
18. ONUDI-PACIR- Projet EE/IVC/010/001 : Etude pour le Développement des Industries Pharmaceutiques locales en Côte d'Ivoire- - 2014.
19. Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire, 2006.
20. Programme des Nations Unies pour l'Environnement : Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination. Adoptée en 1989 et entrée en vigueur en 1992.
21. Rapport de la Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique, août 2008.
22. République de Côte d'Ivoire : Constitution de août 2000.
23. République de Côte d'Ivoire : Plan National de Développement 2012 - 2015.