

**MINISTERE DE LA SANTE ET  
DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

\*\*\*\*\*

**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE ET  
DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

**N'Tomikorobougou, Bamako BP 233**

**☎ 20 22 64 97 - 20 22 33 52 ☒ 20 22 36 74**

**REPUBLIQUE DU MALI**  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**



**PROJET MULTISECTORIEL DE LA CEDEAO POUR L'ELIMINATION DES MALADIES  
TROPICALES NEGLIGEEES**

**PLAN DE GESTION DES DECHETS BIOMEDICAUX**

**Octobre 2022**

## Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS/ACRONYMES .....	3
RESUME NON TECHNIQUE .....	4
NON-TECHNICAL SUMMARY .....	11
INTRODUCTION ET JUSTIFICATION .....	18
I. BREVE DESCRIPTION DE LA ZONE DU PROJET .....	19
II. Description du projet .....	20
2.1. Objectifs, composantes et résultats attendus .....	20
2.1.2. Composantes du projet .....	21
2.1.3. Résultats attendus .....	26
2.2. Activités spécifiques induisant la gestion des déchets biomédicaux .....	26
III. Cadre juridique et institutionnel de la gestion des déchets biomédicaux .....	27
IV. Caractérisation des déchets biomédicaux liés aux campagnes MTN et dans les centres de santé 29	
V. IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX, SOCIAUX ET SANITAIRES DES DECHETS BIOMEDICAUX.....	30
VI. Description des pratiques actuelles de la gestion des déchets Biomédicaux au Mali.....	32
VII. Plan de gestion des déchets biomédicaux liés aux activités des MTN.....	33
7.1 But, objectifs et résultats attendus du plan .....	33
7.1.1. But .....	33
7.1.2. Objectifs .....	33
7.1.2.1 Objectif général .....	33
7.1.2.2 Objectifs spécifiques (OS).....	33
7.2 Actions prioritaires de mise en œuvre du plan .....	33
7.3 Coordination, suivi et évaluation.....	36
7.4 Acteurs/structures impliqué(e)s par niveau dans la mise en œuvre du plan.....	36
7.5 Facteurs de succès et de risques .....	39
7.5.1 Facteurs de succès .....	39
7.5.2 Facteurs de risque.....	39
VIII. Mécanisme de gestion des plaintes assorti de budget.....	39
IX. Budget global de mise en œuvre du plan de gestion des déchets biomédicaux.....	45

## **LISTE DES ABREVIATIONS/ACRONYMES**

<b>AVCI</b>	Années de vie corrigées du facteur invalidité
<b>BAD</b>	Banque africaine de Développement
<b>CCSC</b>	Communication pour le changement social de comportement
<b>CEDEAO</b>	Communauté des états de l’Afrique de l’Ouest
<b>CSCOM</b>	Centre de santé communautaire
<b>CSREF</b>	Centre de santé de référence
<b>DBM</b>	Déchet Biomédicaux
<b>DGSHP</b>	Direction générale de la santé et de l’hygiène publique
<b>DTC</b>	Directeur technique de centre
<b>GIE</b>	Groupement d’intérêt économique
<b>MTN</b>	Maladie tropicale négligée
<b>NTD</b>	Neglected Tropical Diseases
<b>OCP</b>	Programme de lutte contre l’onchocercose
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMU</b>	Project Management Unit
<b>OOAS</b>	Organisation Ouest Africaine de la santé
<b>OS</b>	Objectif stratégique
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>PCI</b>	Prevention et contrôle des infections
<b>PGDBM</b>	Plan de gestion des déchets biomédicaux du Mali
<b>PTF</b>	Partenaire technique et financier
<b>RGPH</b>	Recensement général de la population et de l’habitat
<b>SSI</b>	Système de Sauvegardes Intégré
<b>SQHIA</b>	Stratégie pour des infrastructures de santé de qualité en Afrique

## RESUME NON TECHNIQUE

### ➤ Brève description du projet

Le projet régional multisectoriel de la CEDEAO pour l'élimination des maladies tropicales négligées (MTN) concernent trois pays de l'Afrique de l'Ouest que sont le Burkina Faso, le Mali et le Niger. Le Projet vise à renforcer la résilience de la population et à promouvoir l'accès des populations vulnérables aux services sociaux de base. En effet, l'objectif principal du projet est de contribuer à l'élimination des Maladies tropicales négligées (MTN) en Afrique de l'Ouest en renforçant les capacités de prévention, de détection et de traitement des MTN afin de réduire leur morbidité et d'améliorer la qualité de vie.

Le projet est composé de trois composantes décrites ci-dessous.

#### - **Composante 1 : Appuyer la réhabilitation des établissements de santé et renforcer la capacité opérationnelle de gestion des MTN**

La composante 1 vise à renforcer la capacité des établissements de santé et des agents de santé de santé à diagnostiquer, traiter et soigner les personnes vivant avec des MTN. Les activités comprennent: (i) soutenir la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé ruraux, y compris le paquet WASH (ii) fournir des équipements médicaux/chirurgicaux et diagnostiques et des réactifs aux laboratoires (iii) installer ou améliorer l'infrastructure TIC dans les districts sanitaires frontaliers (iv) équiper les magasins médicaux centraux d'équipements de manutention, climatiseurs.

#### - **Composante 2 : Améliorer la prévention et la prise en charge de la morbidité liée aux MTN et contribuer à la durabilité du programme.**

La composante 2 vise à fournir un soutien pour assurer un traitement efficace et efficace des MTN dans les établissements de santé, accroître les activités de prévention, atténuer l'impact des MTN dans les communautés cibles et assurer la durabilité du programme. Les activités comprennent: (i) renforcer la capacité des travailleurs de la santé à gérer et à traiter efficacement les MTN, y compris l'organisation de chirurgies de l'hydrocèle et de la trichiasis (ii) renforcer les systèmes de surveillance-réponse (iii) établir un système de suivi et d'évaluation robuste et sensible au climat intégré dans le système national de surveillance et d'évaluation (iv) fournir des activités de paquet WASH dans les zones d'intervention du projet à l'aide d'une plate-forme de prestation multisectorielle, (v) mener des évaluations de l'inclusion communautaire et de genre (vi) évaluer les impacts du changement climatique sur la dynamique temporelle et spatiale et la distribution des MTN.

#### - **Composante 3 : Coordination et gestion de projets**

La composante 3 appuiera les activités visant à améliorer la gestion efficace et efficiente des activités de projet en fournissant un appui au renforcement des capacités techniques et

opérationnelles de l'Unité de gestion de projet pour superviser les aspects administratifs et financiers du projet. Les activités comprennent (i) l'acquisition d'un véhicule de programme pour la supervision dans chaque pays (ii) l'organisation du comité directeur et des réunions de coordination du projet (iii) le recrutement du coordonnateur de projet, du spécialiste des finances, du spécialiste des achats (iv) la formation sur la gestion financière et l'approvisionnement de l'Unité de gestion de projet ainsi que les parties prenantes au niveau du Ministère de la santé (v) la conception et la mise en œuvre d'un projet système de suivi-évaluation (vi) gestion des études de recherche régionales (vii) procéder à une évaluation de l'impact du projet (viii) soutien logistique pour assurer le fonctionnement quotidien de l'unité de gestion (ix) préparation des rapports d'activité du projet; et production des rapports d'audit annuels.

En analysant la réglementation au Mali sur les instruments de classification et de sauvegarde environnementales et sociales, les activités de projet sont classées en catégorie C . Cette catégorisation correspond à la catégorie 2 conformément au Système de Sauvegardes Intégré (SSI) de la Banque, tel qu'approuvé dans l'ISTS et le SAP le 25 août 2022.

Le présent plan de gestion des déchets biomédicaux comprend une analyse de la situation actuelle de gestion des déchets issus de l'ensemble du système de santé de manière générale et en particulier des déchets MTN dans le pays.

#### ➤ **Caractérisation des déchets liés aux campagnes MTN et dans les centres de santé**

Les déchets produits, pendant les campagnes MTN sont essentiellement des flacons vides, des emballages, des médicaments endommagés ou périmés, les champs opératoires à usage unique souillés, les déchets piquants/tranchants et les déchets biologiques (anatomiques, liquides, les compresses souillées, ...). Ces déchets sont identiques à ceux produits dans les centres de santé.

Au Mali, au niveau de chaque formation sanitaire publique ou privée les déchets biomédicaux produits suivent le système de gestion des DBM. Ce système de gestion va du tri à la source jusqu' à l'élimination des DBM produits. Chaque formation sanitaire publique ou privé a l'obligation de gérer les DBM produits et répond au principe du pollueur-payeur. Cependant des difficultés existent à savoir entre autres ; le tri à la source qui n'est systématique, la non-quantification systématique des DBM produits, le taux de remplissage des sacs poubelles au  $\frac{3}{4}$  maximum qui n'est pas toujours respecté, l'existence d'un local de stockage pas toujours conforme aux normes, des moyens de transport non adaptés ainsi que des incinérateurs en panne, non fonctionnels et non adaptés par rapport à la quantité de plus en plus croissante de DBM produits.

#### ➤ **Cadre politique, juridique et institutionnel de la gestion des déchets biomédicaux**

- L'organisation du travail administratif repose sur le principe de la différenciation ministérielle. Ce principe postule que le travail gouvernemental s'effectue sur la base de la spécialisation des tâches administratives assumées par les départements ministériels créés à cet effet. Du fait de l'application de ce principe, les questions des déchets biomédicaux relèvent de plusieurs administrations de l'Etat, chacune intervenant dans sa compétence

- sectorielle. Il s'agit : (i) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en tant qu'institution chargée de la mise en œuvre des politiques nationales en matière d'hygiène publique, d'hygiène hospitalière et d'hygiène alimentaire et d'éducation pour la santé. Au niveau de ce Ministère, il y a la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique qui a pour mission entre autres de concevoir et d'élaborer les stratégies en matière de lutte contre la maladie, de la santé de la reproduction, de nutrition et d'hygiène publique et de salubrité, d'élaborer la réglementation et de contribuer à l'élaboration des normes et de veiller à leur application, de coordonner, de superviser et de contrôler les activités des services d'exécution et d'évaluer leurs résultats ; (ii) la Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire qui assure la promotion d'une économie sociale et solidaire qui participe de manière efficace et efficiente à la création de richesses et d'emplois et à la lutte contre la pauvreté au Mali; (iii) la Direction Nationale de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille a pour mission l'élaboration des éléments de la Politique Nationale en matière de promotion de la femme ainsi que la coordination et le contrôle de la mise en œuvre de la dite politique; (iv) la Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances qui est chargée de l'élaboration des éléments de la politique nationale en matière d'assainissement et du contrôle des pollutions et des nuisances et en assure l'exécution ; (iv) la Direction Générale des Collectivités Territoriales a pour mission l'élaboration des éléments de la politique nationale de décentralisation du territoire et la participation à sa mise en œuvre; et (v) les Partenaires techniques et financiers qui contribuent au financement des interventions et apportent un appui technique en matière directives standards pour la gestion des déchets.
- La gestion des déchets est prise en compte dans les textes législatifs et réglementaires relatifs aux questions environnementales au Mali à savoir entre autres : la Constitution de 1992, qui dans son article 15, elle stipule que « La protection de l'environnement et la promotion de la qualité de la vie sont un devoir pour tous et pour l'Etat » ; Convention de Bamako sur l'interdiction d'importer en Afrique des déchets dangereux et sur le contrôle des mouvements transfrontières et la gestion des déchets dangereux produits en Afrique adoptée en 1991 ; Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POP) ; Loi n° 01 - 020 du 30 mai 2001, relative aux pollutions et aux nuisances ; Ordonnance n° 00-035/P-RM du 14 septembre 2000 portant sur l'adhésion du Mali à la convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et leur élimination ; Décret n°8-346/P-RM du 26 juin 2008 relatif à l'Étude d'Impact Environnemental et Social modifié par le Décret N09-318/P-RM du 26 juin 2009 ; Décret n° 01 394/ P-RM du 06 septembre 2001 fixant les modalités de gestion des déchets solides ; Décret n° 01 395/ P-RM du 06 septembre 2001 fixant les modalités de gestion des eaux usées et des gadoues ; Décret n° 01 397/ P-RM du 06 septembre 2001 fixant les modalités de gestion des polluants de l'atmosphère ; Décret n°02 – 314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales en matière de santé ; Décret n° 2014- 0572 /P- RM du 22 juillet 2014 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales dans le domaine de l'assainissement et de la lutte contre les pollutions et nuisances.

➤ **Risques/impacts liés à la gestion des déchets des campagnes MTN**

La dispensation de soins et la lutte contre les Maladies tropicales Négligées génèrent une quantité croissante de déchets pouvant entraîner des conséquences particulièrement graves liées notamment à leur caractère infectieux, polluant de l'environnement et à leur mauvaise manipulation.

Les risques pour la santé liés aux déchets médicaux dangereux sont classés en cinq catégories: (i) risque traumatique (concernant la catégorie de déchets 1); (ii) risque infectieux (concernant les catégories de déchets 1 et 2); (iii) risque chimique (concernant les catégories de déchets 3 et 4); (iv) risque d'incendie ou d'explosion (concernant les catégories de déchets 3 et 4). À ces catégories doit encore être ajouté le risque de pollution et de contamination de l'environnement. Risques traumatiques et infectieux. Les déchets liés aux soins de santé constituent un réservoir de micro-organismes potentiellement dangereux, susceptibles d'infecter les malades hospitalisés, le personnel et le grand public. Les voies d'exposition sont multiples : par blessure (coupure, piqûre), par contact cutané ou contact avec les muqueuses, par inhalation ou par ingestion.

#### ➤ **Mesures de gestion intégrée des déchets biomédicaux dans le cadre du projet**

Les activités du plan de gestion des déchets biomédicaux se résument notamment en des équipements et construction en incinérateurs des formations sanitaires concernées, des réalisations de vidoirs, des dotations en équipements de protection individuels, la maintenance préventive et curative des incinérateurs, la réalisation des aires de gestion des déchets biomédicaux, en la quantification des DBM, la formation des acteurs sur la gestion des déchets biomédicaux, la collecte des données, la réalisation d'affiches de sensibilisation et des rencontres des acteurs concernés.

#### ➤ **Mécanisme de gestion des plaintes**

La Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique assurera la mise en œuvre du plan de gestion des déchets biomédicaux en collaboration avec l'Unité de gestion du projet.

Le mécanisme de gestion des plaintes se reposera sur trois niveaux dont deux niveaux de recours à l'amiable. Le but est de le rendre accessible et en adéquation avec les réalités sociales et culturelles locales.

##### ❑ **Niveau 1 : Comité de gestion des structures de santé**

Les comités de gestion (CoGes) est une structure établie dans tous les centres de santé et de promotion sociale au Burkina. Les CoGes sont animés par des membres issus de la communauté et élus au cours d'une assemblée générale. Ils jouent un rôle important dans le dispositif de promotion de la participation communautaire, en ce sens qu'ils restent l'interface entre les populations locales et les services de santé. Le CoGes inclut entre autres l'infirmier chef de poste, une représentante des femmes et un représentant des jeunes.

Ce comité se chargera de collecter et traiter les griefs et réclamations qui émaneront éventuellement des activités du projet. Ce premier niveau offre l'avantage d'être accessible. Si les griefs enregistrés ne sont pas résolus par ce premier niveau, ils seront référés au comité communal.

Durant les réunions ordinaires du CoGes, les questions liées à la gestion des déchets biomédicaux et les plaintes y afférentes sont discutées. Une réunion Adhoc du CoGes peut se

tenir pour discuter exclusivement des plaintes des populations, décider des actions correctrices qu'il communique à la plaignante. En cas de non-satisfaction et du désir de recours la plaignante est informée des voies de recours du niveau 2. L'adresse téléphonique et physique du district sanitaire et de son chef est confiée à la plaignante. Parallèlement le CoGes doit faire un rapport de l'incident au maire de la commune dans un délai de 7 jours après la décision de recours.

Les activités du COGES liées à la gestion des plaintes dans le cadre de ce projet ne généreront pas de coûts supplémentaires. En cas de dédommagement mineurs, ces frais sont pris en charge par la caisse du COGES. Les dédommagements qui demandent les capacités du COGES feront l'objet d'activation du niveau 2 de recours.

#### ❑ **Niveau 2 : Comité de gestion des plaintes au niveau communal/District sanitaire**

Ce comité est le second niveau de recours à l'amiable. Ce comité communal sera présidé par le Maire ou son représentant et comprendra : (i) le maire de la commune ou son représentant ; (ii) le médecin chef du district (MCD) ; (iii) le chef de village ou son représentant ; (iv) le spécialiste en sauvegardes environnementale et sociale de l'Unité de gestion du projet ; (v) une représentante des femmes. (vi) le responsable environnement de la Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique. Le Maire assurera le rôle du président du Comité et le MCD le secrétaire exécutif.

Ce niveau est saisi à travers un courrier par les plaignantes directement ou leur représentant ou par le chef de village d'où provient la plainte. Le comité se réunit de façon ad hoc sur convocation du président dans les 15 jours lorsqu'une plainte est reçue. Des mesures correctrices sont prises et documentées dans un rapport archivé à la mairie. Ces mesures sont communiquées à la plaignante et au COGes du centre de santé concerné. Les voies de recours du niveau 3 sont communiquées à la plaignante en cas de non-satisfaction des décisions. Les coûts de fonctionnement de ces réunions sont à la charge de la mairie. Les dédommagements suscités par cette plainte seront pris en charge par la mairie. Dans les cas de dédommagements plus importants, le recours au niveau 3 est activé.

#### ❑ **Niveau 3 : Recours judiciaire :**

Si la tentative de résolution à l'amiable n'aboutit pas, ou si une partie n'est pas satisfaite de la résolution rendue par le comité communal, la partie prenante a la possibilité de recourir à la justice en saisissant le tribunal de la localité.

Le mécanisme de gestion des plaintes à l'amiable a pour objectif d'éviter autant que possible les actions en justice, même si la partie lésée peut recourir à des organes judiciaires compétents à tout moment du processus de gestion des réclamations. Dans le cas où l'une des parties intenterait une action en justice, la procédure stipulée dans ce document cesse d'être effective.

#### ➤ **Budget**

Le coût global de ce présent plan est évalué à cent mille dollars USD (100 000 USD) soit environ à soixante-quatre millions neuf cent quatre-vingt-dix mille francs CFA (64 990 000 FCFA) et a pour objectif principal d'assurer la gestion écologiquement rationnelle des déchets dangereux dans la zone d'intervention du projet multisectoriel de la CEDEAO pour l'élimination des Maladies Tropicales Négligées pour la période 2023 - 2025. Le budget est détaillé dans le tableau suivant :



**Tableau 1 Budget du plan de gestion des déchets biomédicaux du projet**

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
1.1	Réaliser 10 zones à déchets dans les districts sanitaires de la zone d'intervention du Projet	10 zones à déchets sont réalisées	DGSHP	UGP	Ressources du don	3 000 000	PM
1.2	Assurer la maintenance préventive et curative des 10 incinérateurs construits dans les dix formations sanitaires (FOSA) réhabilitées	10 incinérateurs construits sont maintenus	DGSHP	UGP	Ressources du don	143 000	4 290 000
2.1	Produire et mettre à la disposition de 10 FOSA réhabilitées 100 supports éducatifs pour la gestion des DBM et de formulaire de tri et de quantification des déchets	100 supports éducatifs pour la gestion des DBM et de formulaire de tri des déchets sont produits et distribués aux FOSA	DGSHP	UGP	Ressources du don	15 000	1 500 000
3.1	Former 25 membres ECD de la zone du projet sur la Gestion des déchets issus de l'ensemble du système de santé	25 membres ECD de la zone sont formés sur la gestion des déchets biomédicaux	DGSHP	UGP	Ressources du don	200 000	5 000 000
3.2	Former 50 agents de santé des districts	50 agents de santé des districts	DGSHP	UGP	Ressources du don	250 000	12 500 000

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
	d'intervention sur la gestion de déchets biomédicaux	d'intervention sont formés sur la gestion de déchets biomédicaux					
3.3	Former 30 techniciens de surface des 10 formations sanitaires (FOSA) réhabilitées sur la gestion des zones à déchets	30 techniciens de surface de 10 FOSA sont formés sur la gestion des zones à déchets	DGSHP	UGP	Ressources du don	250 000	7 500 000
4.1	Doter les 10 FOSA réhabilitées en matériel de tri, conditionnement et collecte sélective des DBM	500 sachets poubelles, poubelles, 500 boîtes de sécurité, au niveau des 10 sites concernés	DGSHP	UGP	Ressources du don	1 220 000	12 200 000
5.1	Faire le suivi trimestriel la gestion des DBM dans les formations sanitaires des 5 districts.	12 suivis trimestriels faits	DGSHP	UGP	Ressources du don	500 000	6 000 000
5.2	Doter les 10 FOSA réhabilitées d'incinérateurs de Montfort	10 incinérateurs de Montfort réhabilités ou construits	UGP	DGSHP	Ressources du don		PM
6.1	Provision pour l'élaboration d'instruments E&S durant la		UGP	DGSHP	Ressources du don	16 000 000	16 000 000

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
	phase de mise en œuvre du projet.						
	<b>Total</b>						<b>64 990 000</b>

## NON-TECHNICAL SUMMARY

### ➤ Brief description of the project

The ECOWAS Regional Multisectoral Project for the Elimination of Neglected Tropical Diseases (NTDs) involves three West African countries: Burkina Faso, Mali, and Niger. The Project aims to strengthen the resilience of the population and promote access to basic social services for vulnerable populations. Indeed, the main objective of the project is to contribute to the elimination of neglected tropical diseases (NTDs) in West Africa by strengthening capacities for the prevention, detection, and treatment of NTDs in order to reduce their morbidity and improve quality of life.

The project consists of three components described below.

#### - **Component 1: Support the rehabilitation of health facilities and strengthen the operational capacity to manage NTDs**

Component 1 aims to strengthen the capacity of health facilities and health workers to diagnose, treat and care for people living with NTDs. Activities include: (i) supporting the rehabilitation and equipping of rural health facilities, including the WASH package (ii) providing medical/surgical and diagnostic equipment and reagents to laboratories (iii) installing or improving ICT infrastructure in border health districts (iv) equipping central medical stores with handling equipment, air conditioners.

#### - **Component 2: Improve prevention and management of NTD-related morbidity and contribute to the sustainability of the programme.**

Component 2 aims to provide support to ensure efficient and effective treatment of NTDs in health facilities, increase prevention activities, mitigate the impact of NTDs in target communities, and ensure program sustainability. Activities include: (i) strengthening the capacity of health workers to effectively manage and treat NTDs, including the organization of hydrocele and trichiasis surgeries (ii) strengthening surveillance-response systems (iii) establishing a robust and climate-sensitive monitoring and evaluation system integrated into the national monitoring and evaluation system (iv) providing WASH package activities in project intervention areas using a multi-sectoral delivery platform, (v) conduct community inclusion and gender assessments (vi) assess the impacts of climate change on the temporal and spatial dynamics and distribution of NTDs.

### - **Component 3: Project Coordination and Management**

Component 3 will support activities to improve the effective and efficient management of project activities by providing support for the technical and operational capacity building of the Project Management Unit to oversee the administrative and financial aspects of the project. Activities include (i) acquisition of a programme vehicle for supervision in each country (ii) organization of the steering committee and project coordination meetings (iii) recruitment of the project coordinator, finance specialist, procurement specialist (iv) training on financial management and procurement of the Project Management Unit as well as stakeholders at the level of the Ministry of Health (v) design and implementation Project implementation Monitoring and evaluation system (vi) management of regional research studies (vii) conducting a project impact assessment (viii) logistical support to ensure the day-to-day operation of the management unit (ix) preparation of project activity reports; and production of annual audit reports.

By analysing the regulations in Mali on environmental and social classification and safeguard instruments, project activities are classified in category C. This categorization corresponds to category 2 in accordance with the Bank's Integrated Safeguards System (ISS), as approved in the ISTS and SAP on August 25, 2022.

This biomedical waste management plan includes an analysis of the current situation of waste management from the entire health system in general and NTD waste in particular in the country.

#### ➤ **Characterization of waste related to NTD campaigns and in health centers**

The waste produced during NTD campaigns is mainly empty bottles, packaging, damaged or expired medicines, soiled single-use operating sites, sharps and biological waste (anatomical, liquid, soiled compresses, etc.). This waste is identical to that produced in health centres.

In Mali, at the level of each public or private health facility, the biomedical waste produced follows the DBM management system. This management system ranges from source sorting to disposal of DBMs produced. Each public or private health facility has the obligation to manage the DBM produced and responds to the polluter-pays principle. However, difficulties exist to know among others; sorting at source, which is not systematic, the systematic non-quantification of the DBM produced, the filling rate of garbage bags to a maximum of 3/4 which is not always respected, the existence of a storage room that does not always comply with standards, unsuitable means of transport as well as incinerators that are broken, non-functional and not adapted to the increasing quantity of DBMs produced.

#### ➤ **Policy, legal and institutional framework for biomedical waste management**

- The organization of administrative work is based on the principle of ministerial differentiation. This principle postulates that government work is carried out based on the specialization of administrative tasks carried out by the ministerial departments created for this purpose. As a result of the application of this principle, biomedical waste issues are the

responsibility of several State administrations, each of which is within its sectoral competence. These are: (i) the Ministry of Health and Public Hygiene as the institution responsible for implementing national policies on public hygiene, hospital hygiene and food hygiene and health education. At the level of this Ministry, there is the General Directorate of Health and Public Hygiene whose mission is, among other things, to design and develop strategies for the fight against disease, reproductive health, nutrition and public hygiene and sanitation, to develop regulations and contribute to the development of standards and to ensure their application, to coordinate, supervise and control the activities of the enforcement services and evaluate their results; (ii) the National Directorate of Social Development and Solidarity Economy, which promotes a social and solidarity economy that participates effectively and efficiently in the creation of wealth and jobs and in the fight against poverty in Mali; (iii) the National Directorate for the Advancement of Women, Children and the Family is responsible for developing elements of the National Policy for the advancement of women as well as the coordination and monitoring of the implementation of implementation of said policy; (iv) the National Directorate for Sanitation and Pollution and Nuisance Control, which is responsible for developing elements of the national policy on sanitation and pollution and nuisance control and ensures its implementation ; (iv) the General Directorate of Territorial Communities is responsible for developing elements of the national territorial decentralization policy and participating in its implementation; and (v) technical and financial partners who contribute to the financing of interventions and provide technical support in terms of standard guidelines for waste management.

- Waste management is taken into account in the legislative and regulatory texts relating to environmental issues in Mali, namely: the 1992 Constitution, which in its article 15, stipulates that "The protection of the environment and the promotion of the quality of life are a duty for all and for the State"; Bamako Convention on the Ban of the Import into Africa of Hazardous Wastes and on the Control of Transboundary Movement and Management of Hazardous Wastes Generated in Africa adopted in 1991; Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants (POPs); Law No. 01-020 of 30 May 2001, relating to pollution and nuisances; Ordinance No. 00-035/P-RM of 14 September 2000 on the accession of Mali to the Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and their Disposal; Decree No. 8-346/P-RM of 26 June 2008 on the Environmental and Social Impact Assessment amended by Decree N09-318/P-RM of 26 June 2009; Decree No. 01 394 / P-RM of 6 September 2001 laying down the procedures for the management of solid waste; Decree No. 01 395 / P-RM of 6 September 2001 laying down the procedures for the management of wastewater and slush; Decree No. 01 397 / P-RM of 6 September 2001 laying down the procedures for the management of air pollutants; Decree No. 02 – 314/P-RM of 4 June 2002 laying down the details of the competences transferred from the State to local authorities in the field of health; Decree No. 2014-0572 /P-RM of 22 July 2014 setting the details of the competences transferred from the State to the Territorial Communities in the field of sanitation and the fight against pollution and nuisances.

➤ **Risks/impacts related to waste management of MTN campaigns**

The provision of care and the fight against Neglected Tropical Diseases generate an increasing amount of waste that can lead to particularly serious consequences related in particular to its infectious nature, polluting the environment and their improper handling.

The health risks associated with hazardous medical waste are classified into five categories: (i) traumatic risk (concerning waste category 1); (ii) infectious risk (concerning waste categories 1 and 2); (iii) chemical risk (concerning waste categories 3 and 4); (iv) risk of fire or explosion (concerning waste categories 3 and 4). To these categories must be added the risk of pollution and contamination of the environment.

Traumatic and infectious risks. Health care waste is a reservoir of potentially hazardous microorganisms that can infect hospitalized patients, staff, and the public. The routes of exposure are multiple: by injury (cut, sting), by skin contact or contact with mucous membranes, by inhalation or by ingestion.

#### ➤ **Integrated biomedical waste management measures as part of the project**

The activities of the biomedical waste management plan are summarized in particular in equipment and construction of incinerators of the health facilities concerned, the realization of drains, the provision of personal protective equipment, the preventive and curative maintenance of incinerators, the realization of biomedical waste management areas, the quantification of DBMs, the training of actors on the management of biomedical waste, data collection, awareness-raising posters and meetings with stakeholders.

#### ➤ **Complaint's mechanism**

The Directorate General of Health and Public Hygiene will ensure the implementation of the biomedical waste management plan in collaboration with the Project Management Unit.

The complaints management mechanism will be based on three levels, including two levels of amicable recourse. The goal is to make it accessible and in line with local social and cultural realities.

##### ❑ **Level 1: Health Structures Management Committee**

The management committees (CoGes) is a structure established in all health and social promotion centers in Burkina. The CoGes are led by members from the community and elected during a general assembly. They play an important role in promoting community participation, as they remain the interface between local populations and health services. The CoGes includes, among others, the head nurse, a women's representative, and a youth representative.

This committee will be responsible for collecting and processing any grievances and claims that may arise from project activities. This first level offers the advantage of being accessible. If the registered grievances are not resolved by this first level, they will be referred to the communal committee.

During regular meetings of the CoGes, issues related to the management of biomedical waste and related complaints are discussed. An Adhoc meeting of the CoGes may be held to discuss exclusively the complaints of the populations, decide on the corrective actions that it communicates to the complainant. In case of non-satisfaction and desire for recourse the complainant is informed of the remedies of level 2. The telephone and physical address of the

health district and its head is assigned to the complainant. At the same time, the CoGes must report the incident to the mayor of the municipality within 7 days of the appeal decision. COGES complaint management activities under this project will not generate additional costs. In the event of minor compensation, these costs are borne by the COGES fund. Compensation that requires the capacity of COGES will be subject to activation of level 2 of appeal.

□ **Level 2: Complaints Management Committee at Communal/Health District Level**

This committee is the second level of amicable recourse. This communal committee will be chaired by the Mayor or his representative and will include: (i) the mayor of the municipality or his representative; (ii) the Chief District Medical Officer (MCD); (iii) the village chief or his/her representative; (iv) the Environmental and Social Safeguards Specialist of the Project Management Unit; (v) a women's representative. (vi) the environmental manager of the Regional Directorate of Health and Public Hygiene. The Mayor will serve as Chair of the Committee and the MCD as Executive Secretary.

This level is seized through a letter by the complainants directly or their representative or by the village chief from which the complaint originates. The committee meets on an ad hoc basis when convened by the chair within 15 days when a complaint is received. Corrective measures are taken and documented in a report archived at the town hall. These measures are communicated to the complainant and to the COGes of the health centre concerned. Level 3 remedies are communicated to the complainant in the event of non-satisfaction with the decisions. The operating costs of these meetings are borne by the town hall. The compensation caused by this complaint will be covered by the town hall. In cases of higher compensation, the use of level 3 is activated.

□ **Level 3: Judicial Remedy:**

If the attempt at an amicable resolution is unsuccessful, or if a party is not satisfied with the resolution rendered by the communal committee, the stakeholder has the possibility to resort to justice by referring the matter to the local court.

The purpose of the amicable complaint mechanism is to avoid legal action as much as possible, although the injured party may have recourse to competent judicial bodies at any stage of the claims management process. If one of the parties takes legal action, the procedure stipulated in this document ceases to be effective.

➤ **Budget**

The overall cost of this plan is estimated at one hundred thousand USD dollars (USD 100,000) or approximately sixty-four million nine hundred and ninety thousand CFA francs (64,990,000 CFA francs) and has as its main objective to ensure the environmentally sound management of hazardous waste in the area of intervention of the ECOWAS multisectoral project for the elimination of Neglected Tropical Diseases for the period 2023 - 2025. The budget is detailed in the following table:

**Table 1 Project Biomedical Waste Management Plan Budget**

No.	Measures/Activities	Indicators	Responsible	Support/ Collaboration	Source of funding	Unit cost (FCFA)	Cost (FCFA)
1.1	Realize 10 waste zones in the health districts of the project intervention area	10 waste zones are created	DGSHP	PMU	Donation Resources	3 000 000	Pm
1.2	Ensure preventive and curative maintenance of the 10 incinerators built in the ten rehabilitated health facilities (FOSAs)	10 incinerators built are maintained	DGSHP	PMU	Donation Resources	143 000	4 290 000
2.1	Produce and make available to 10 rehabilitated FOSA 100 educational materials for the management of DISS and waste sorting and quantification form	100 educational materials for the management of DBMs and waste sorting forms are produced and distributed to FOSA	DGSHP	PMU	Donation Resources	15 000	1 500 000
3.1	Train 25 ECD members from the project area on Waste Management from the Health System	25 ECD members of the zone are trained on biomedical waste management	DGSHP	PMU	Donation Resources	200 000	5 000 000
3.2	Train 50 health workers from intervention districts on	50 health workers from intervention districts are trained on biomedical	DGSHP	PMU	Donation Resources	250 000	12 500 000



No.	Measures/Activities	Indicators	Responsible	Support/ Collaboration	Source of funding	Unit cost (FCFA)	Cost (FCFA)
	biomedical waste management	waste management					
3.3	Train 30 surface technicians from the 10 rehabilitated health facilities (FOSA) on the management of waste areas	30 surface technicians from 10 FOSA are trained on waste area management	DGSHP	PMU	Donation Resources	250 000	7 500 000
4.1	Provide the 10 rehabilitated FOSA with sorting, packaging and selective collection equipment for DBMs	500 garbage bags, bins, 500 security boxes, at the 10 sites concerned	DGSHP	PMU	Donation Resources	1 220 000	12 2 00 000
5.1	Monitor quarterly the management of DBMs in health facilities in the 5 districts.	12 quarterly follow-ups made	DGSHP	PMU	Donation Resources	500 000	6 0 00 000
5.2	Equipping the 10 rehabilitated FOSA with Montfort incinerators	10 Montfort incinerators rehabilitated or built	PMU	DGSHP	Donation Resources		Pm
6.1	Provision for the development of I&S instruments during the implementation phase of the project.		PMU	DGSHP	Donation Resources	16 000 000	16 000 000

No.	Measures/Activities	Indicators	Responsible	Support/ Collaboration	Source of funding	Unit cost (FCFA)	Cost (FCFA)
	<b>Total</b>						<b>64 990 000</b>

## INTRODUCTION ET JUSTIFICATION

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont un groupe d'une vingtaine de maladies d'étiologie mixte qui affectent de manière disproportionnée les communautés les plus pauvres, les plus marginalisées, les plus vulnérables et les plus isolées du monde. Quarante pour cent (40 %) des quelque 1,7 milliard de cas de MTN dans le monde se trouvent en Afrique. Outre les conséquences médicales, les personnes touchées par les MTN souffrent de maladies débilitantes et d'une augmentation des malformations et des handicaps. Ces limitations physiques contribuent à l'exclusion sociale, à l'abandon scolaire et à la réduction de la productivité économique, maintenant ainsi les communautés dans des cycles de pauvreté générationnelle.

Afin de s'attaquer au fardeau et aux inégalités, les objectifs de développement durable (ODD) ont appelé à mettre fin aux MTN d'ici 2030. Plusieurs autres cibles des ODD telles que 1.1 (extrême pauvreté), 2.1 (faim), 3.8 (couverture sanitaire universelle), 4.1 (éducation), 6.1 (eau) et 6.2 (assainissement) sont également pertinentes pour les MTN. À cette fin, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a lancé une feuille de route 2021-2030 dans laquelle elle s'est fixée pour objectifs de réduire de 90 % le nombre de personnes nécessitant des interventions liées aux MTN d'ici 2030 par rapport à l'année 2010 et de réduire de 75 % les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) liées aux MTN d'ici 2030 par rapport à l'année 2020.

Outre les gains épidémiologiques, la lutte contre les MTN est également un impératif économique. L'OMS estime qu'entre 1974 et 2002, le programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) a permis de réduire les niveaux d'infection par l'onchocercose chez 40 millions de personnes dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest, d'éviter environ 600 000 cas de cécité et de permettre la récupération de 25 millions d'hectares de terres arables abandonnées. On estime que pour chaque dollar investi dans la lutte contre les MTN en Afrique, on obtient un bénéfice net de 27,4 à 42,8 dollars, ce qui représente l'un des plus grands succès de la santé publique.<sup>12</sup>

Les stratégies recommandées par l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MTN sont la chimiothérapie préventive, l'intensification de la gestion des maladies, la lutte antivectorielle, les mesures vétérinaires de santé publique pour les maladies zoonotiques négligées et

<sup>1</sup>Organisation mondiale de la santé (2013). Soutenir la volonté de surmonter l'impact mondial des maladies tropicales négligées : deuxième rapport de l'OMS sur les maladies négligées, Organisation mondiale de la Santé.

<sup>2</sup>Redekop, W. K., et al. (2017). « L'avantage socio-économique pour les individus d'atteindre les objectifs de 2020 pour cinq maladies tropicales négligées de chimiothérapie préventive. » *PLOS Maladies tropicales négligées*11(1): e0005289.

l'amélioration de l'eau et de l'assainissement.<sup>3</sup> La planification, la mise en œuvre et le suivi de ces stratégies impliquent des approches intégrées, une collaboration multisectorielle et un engagement communautaire pour s'assurer que « personne n'est laissé pour compte ».

Entre 2016 et 2020, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a obtenu un montant de 121 millions de dollars de la Banque mondiale pour améliorer l'accès à la prévention du paludisme et aux services liés aux MTN dans 56 districts transfrontaliers dans trois pays sahéliens où le fardeau des MTN est lourdement touché par les MTN – le Burkina Faso, le Mali et le Niger. Selon le Global Burden of Disease Study, les MTN sont à l'origine de 5,6 millions d'AVCI dans ces trois pays, soit 12,5 % du total des AVCI perdues toutes causes confondues. Le projet a réussi à améliorer la couverture de la chimioprévention du paludisme saisonnier, traitement médicamenteux de masse et l'ablation chirurgicale des hydrocèles et la réparation des paupières trachomateuses. Environ 6,7 millions de personnes, dont 51% de femmes, ont bénéficié de la distribution de masse des médicaments.

C'est dans ce contexte que l'OOAS sollicite des financements auprès de la Banque africaine de développement (BAD) pour mettre en œuvre le projet régional multisectoriel de la CEDEAO pour l'élimination des maladies tropicales négligées (MSELM) afin d'améliorer la résilience des districts transfrontaliers et de réduire la morbidité liée aux MTN parmi les populations vulnérables au Burkina Faso, au Niger et au Mali. Essentiellement, le projet cherche à s'appuyer sur les gains du projet précédent de 2016-2020.

Le projet comprendra la réhabilitation des infrastructures de santé, la fourniture d'équipements de diagnostic, l'amélioration des systèmes d'eau et d'assainissement ainsi que l'infrastructure informatique des établissements de santé, conformément à l(SQHIA) 2022-2030. En effet, l'examen des activités du projet révèle que sa mise en œuvre pourrait générer des risques et impacts environnementaux et sociaux faibles à modérés et dont les plus sérieux sont les déchets biomédicaux. En analysant les textes en vigueur au Mali sur les instruments de classification et de sauvegardes environnementale et sociale, la Banque Africaine de Développement note que certaines activités du projet sont classées en catégorie C pour le Mali. Conformément aux exigences du Système de Sauvegardes Intégré (SSI) de la Banque, le projet est classé dans la catégorie 2 et requiert l'élaboration par les Emprunteurs d'un plan de gestion des déchets biomédicaux. Ce plan est une partie obligatoire du dossier qui doit être évalué par le Conseil d'administration de la BAD avant que le financement du projet puisse être accordé.

## **I. BREVE DESCRIPTION DE LA ZONE DU PROJET**

Le projet couvrira essentiellement la région de Sikasso. Située dans l'extrême sud du Mali, la région de Sikasso est limitée au nord-ouest par la région de Koulikoro, au nord-est par la région de Ségou, à l'est par le Burkina Faso, au sud par la Côte d'Ivoire et à l'ouest par la Guinée.

---

<sup>3</sup>Organisation mondiale de la santé (2010). Travailler à surmonter l'impact mondial des maladies tropicales négligées : premier rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la santé.

Le relief est constitué de collines, de montagnes au sud, et de vallées et de plaines au centre et au nord. Le massif du KénéDougou culmine à 800 m.

La région de Sikasso constitue une partie du bassin versant du Haut Niger. Elle est traversée par de nombreux cours d'eau, affluents du fleuve Niger : le Sankarani au Nord qui collecte les eaux et les déverse dans le Niger en amont de Bamako et le Bani au sud qui rejoint le Niger à Mopti après avoir collecté les eaux du Baoulé, du Bagoé et du Banifing.

Le climat est de type tropical soudanien, subdivisé en deux ensembles climatiques : la zone soudanienne humide et la zone guinéenne. C'est la région la plus humide du Mali et la plus arrosée (700 à 1 500 mm/an). La température moyenne annuelle est de 27 °C.

La région compte 2 625 919 habitants en 2009 (RGPH 2009). La population a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, soit un taux d'accroissement moyen annuel de 3,6 % entre 1998 et 2009. Elle est estimée aujourd'hui à 3 736 002 (SLIS 2020). Le cercle de Kadiolo a connu la plus forte augmentation de la population (+83 %) suivi par ceux de Koutiala et Yorosso (+50 %).

Les femmes représentent 50,6 % de la population.

La population est composée essentiellement de Senoufo (Sikasso), de Miniankas (Koutiala), de Peuls (Wassoulou et Ganadougou) et de Samoghos (Kadiolo), etc. Cependant, à cause de ses conditions agricoles favorables, Sikasso reçoit aujourd'hui de nombreuses autres ethnies en provenance d'autres régions du pays (Dogon, Songhaï, etc.).

Les langues parlées, en plus du bambara qui est la langue usuelle, sont le minianka, le senoufo, et le bwa ou le bobo, et le français (langue officielle).

La région est desservie par l'Aéroport international de Sikasso Dignagan. Le réseau routier principal permet la liaison Bamako-Bougouni-Sikasso et Bla-Koutiala-Sikasso et la frontière ivoirienne.

La clémence du climat et la fertilité des sols font de la région « le grenier » du Mali. Les productions agricoles sont en effet importantes : céréales et fruits (notamment les mangues). La culture du coton (1er produit d'exportation du pays) est particulièrement développée (deux tiers de la production malienne). La culture du thé a été développée dernièrement. Le sous-sol est riche en minerais (lithium, or (mines de Morila, Kalana, Siama), aluminium, nickel, diamant).

La région de Sikasso est la deuxième région industrielle du Mali, après Bamako.

Sur le plan sanitaire, la région de Sikasso compte 10 districts sanitaires avec 255 centres de santé communautaires fonctionnels (SLIS 2020). 53 % de la population vit dans un rayon de 5 km d'un centre de santé, 87,7% dans un rayon de 15 km et 12,3% dans un rayon de plus de 15 km d'un centre de santé.

Un peu plus de 50% des établissements de la région dispose d'incinérateur de type Montfort ou Montfort dit amélioré.

## **II. Description du projet**

### **2.1. Objectifs, composantes et résultats attendus**

#### **2.1.1. Objectifs de développement du projet**

L'objectif de développement (OD) du projet est d'améliorer le diagnostic, la prévention et le traitement des MTN parmi les populations vulnérables (en particulier les femmes, les filles et

les enfants) dans les communautés transfrontalières du Burkina Faso, du Niger et du Mali. Pour ce faire, le projet visera à (i) renforcer la capacité des laboratoires régionaux et des infrastructures de santé à assurer un diagnostic et une prise en charge des MTN de haute qualité; ii) renforcer la capacité des agents de santé à gérer et à traiter efficacement les MTN; iii) renforcer les systèmes de surveillance-intervention sensibles au climat et mettre en place un suivi/une évaluation rigoureux; iv) améliorer l'assainissement de l'environnement dans les communautés transfrontalières ciblées en proposant des activités du paquet WASH. Les zones d'intervention comprendront 30 districts sanitaires transfrontaliers (10 districts par pays).

### **2.1.2. Composantes du projet**

Le projet est composé de trois composantes décrites ci-dessous.

➤ **Composante 1 : Appuyer la réhabilitation des établissements de santé et renforcer la capacité opérationnelle de gestion des MTN (3 718 000 UA)**

La composante 1 vise à renforcer la capacité des établissements de santé et des agents de santé de santé à diagnostiquer, traiter et soigner les personnes vivant avec des MTN. Les activités comprennent: (i) soutenir la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé ruraux, y compris le paquet WASH (ii) fournir des équipements médicaux/chirurgicaux et diagnostiques et des réactifs aux laboratoires (iii) installer ou améliorer l'infrastructure TIC dans les districts sanitaires frontaliers (iv) équiper les magasins médicaux centraux d'équipements de manutention, climatiseurs. Bénéficiaires cibles : Bénéficiaires directs : 1 000 patients atteints de MTN. Bénéficiaires indirects : 2 000 patients non atteints de MTN se rendent dans les centres de santé dans le cadre du projet ; 2 000 personnes/familles touchées par les MTN; 10 000 personnes sensibilisées; 50 000 habitants des zones bénéficiant du projet.

➤ **Composante 2 : Améliorer la prévention et la prise en charge de la morbidité liée aux MTN et contribuer à la durabilité du programme. (1 144 000 UA)**

La composante 2 vise à fournir un soutien pour assurer un traitement efficient et efficace des MTN dans les établissements de santé, accroître les activités de prévention, atténuer l'impact des MTN dans les communautés cibles et assurer la durabilité du programme. Les activités comprennent: (i) renforcer la capacité des travailleurs de la santé à gérer et à traiter efficacement les MTN, y compris l'organisation de chirurgies de l'hydrocèle et de la trichiase (ii) renforcer les systèmes de surveillance-réponse (iii) établir un système de suivi et d'évaluation robuste et sensible au climat intégré dans le système national de surveillance et d'évaluation (iv) fournir des activités de paquet WASH dans les zones d'intervention du projet à l'aide d'une plate-forme de prestation multisectorielle, (v) mener des évaluations de l'inclusion communautaire et de genre (vi) évaluer les impacts du changement climatique sur la dynamique temporelle et spatiale et la distribution des MTN. Bénéficiaires cibles : (i) 600 travailleurs de la santé(e)s 1000 personnes vivant avec des MTN (dont 50 % de femmes et d'enfants) (iii) membres de communautés.

➤ **Composante 3 : Coordination et gestion de projets (858 000 UA)**

La composante 3 appuiera les activités visant à améliorer la gestion efficace et efficiente des activités de projet en fournissant un appui au renforcement des capacités techniques et opérationnelles de l'Unité de gestion de projet pour superviser les aspects administratifs et financiers du projet. Les activités comprennent (i) l'acquisition d'un véhicule de programme pour la supervision dans chaque pays (ii) l'organisation du comité directeur et des réunions de coordination du projet (iii) le recrutement du coordonnateur de projet, du spécialiste des finances, du spécialiste des achats (iv) la formation sur la gestion financière et l'approvisionnement de l'Unité de gestion de projet ainsi que les parties prenantes au niveau du Ministère de la santé (v) la conception et la mise en œuvre d'un projet système de suivi-évaluation (vi) gestion des études de recherche régionales (vii) procéder à une évaluation de l'impact du projet (viii) soutien logistique pour assurer le fonctionnement quotidien de l'unité de gestion (ix) préparation des rapports d'activité du projet; et production des rapports d'audit annuels. Les bénéficiaires de la composante 3 comprennent 30 membres du personnel du programme des MTN, l'OOAS et les pays.

Le tableau ci-dessous résume les composantes, les sous-composantes, les activités décrites et les coûts.

**Tableau 2 : Composantes, sous-composantes, activités et budget du projet**

N o n	Nom du composant/ Sous-composants	Description de l'activité	Coût estimé (UC)
1	<b>Composante 1 - Soutenir la réhabilitation des établissements de santé et renforcer la capacité opérationnelle de gestion des MTN dans les trois pays.</b>		<b>3,718,000 (65%)</b>
1.1	1.1 Sous-composante 1.2 Réhabilitation et équipement des infrastructures de santé	Assurer la réhabilitation de 30 centres de santé (10 par pays) dans les zones rurales des zones frontalières du Niger, du Burkina Faso et du Mali. Cela impliquera la modernisation des bâtiments existants (y compris les travaux de maçonnerie, la peinture et la menuiserie électrique, etc.) et la réhabilitation et / ou le développement des infrastructures WASH (y compris les latrines, les fosses septiques, les zones d'évacuation, le raccordement à l'eau, etc.).  <ul style="list-style-type: none"> <li>. Installer des incinérateurs De Montfort dans 30 établissements de santé.</li> <li>. Acquérir et mettre à la disposition des 30 centres de santé réhabilités des équipements médicaux standards (standard du ministère de la santé) de la plateforme technique (lits, balance, dispositif de tension, etc.).</li> </ul>	3,569,280 (62%)

N o n	Nom du composant/ Sous-composants		Description de l'activité	Coût estimé (UC)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>. Acquisition de trois ambulances pour l'aiguillage des patients</li> <li>. Acquérir des kits chirurgicaux pour la prise en charge chirurgicale des patients présentant des complications des MTN, principalement des opérations d'hydrocèles et de trichiase.</li> <li>. Acquérir et mettre à la disposition des centres de santé du matériel de laboratoire et des intrants, y compris des microscopes et d'autres petits équipements de laboratoire</li> <li>. Équiper les magasins centraux d'équipements de manutention, de climatiseurs, etc.</li> <li>. Acquérir 6 véhicules de supervision du programme NTD</li> </ul>	
1.2		Sous-composante 1. 2 Installer ou renforcer les infrastructures de connectivité dans les districts sanitaires frontaliers	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Acquérir des ordinateurs (25 dont 8 pour le Niger, 8 pour le Burkina Faso et 8 pour le Niger) et des modems (25) dans 25 établissements de santé pour la gestion des données et la liaison avec les autres niveaux du système de santé.</li> </ul>	148 720 (3%)
<b>2</b>	<b>Composante 2 - Améliorer la prévention et la prise en charge de la morbidité liée aux MTN et contribuer à la durabilité du programme</b>			<b>1,144,000 (20%)</b>

N o n	Nom du composant/ Sous-composants		Description de l'activité	Coût estimé (UC)
	2.1	Sous-composante 2.1 Promouvoir la prévention et la prise en charge de la morbidité liée aux MTN	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Former les agents de santé à gérer et à gérer efficacement les MTN (travailleurs communautaires, techniciens de laboratoire, infirmières, chirurgiens, entomologistes, agents de santé environnementale, travailleurs de l'information sur la santé)</li> <li>. Organiser la prise en charge chirurgicale des patients souffrant d'hydrocèles</li> <li>. Organiser la prise en charge chirurgicale des patients souffrant de trichiasis</li> </ul>	629,200 (11%)
	2.2	Sous-composante 2.2 Assurer la qualité des données sur les MTN pour un meilleur contrôle de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Organiser des sessions d'évaluation de la qualité des données</li> </ul>	148,720 (3%)
	2.3	Sous-composante 2.3 Effectuer des évaluations de l'inclusion communautaire et de genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Effectuer une analyse de l'égalité des sexes et de l'inclusion sociale (GESI)</li> <li>. Mener des évaluations participatives de la vulnérabilité et des capacités (SPCA) et élaborer des plans d'action communautaires durables (APC)</li> </ul>	137,280 (2%)
			.	
	2.4	Mettre en œuvre des plans environnementaux, sociaux et de protection du climat	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Mise en œuvre d'instruments de sauvegarde de l'environnement</li> </ul>	228,800 (4%)



N o n	Nom du composant/ Sous-composants	Description de l'activité	Coût estimé (UC)
3	<b>Composante 3 - Coordination et gestion de projet</b>		<b>858,000</b> <b>(15%)</b>
3.1	Sous-composante 3.1 Assurer la coordination nationale et régionale du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Organiser régulièrement des réunions de coordination au niveau régional - Comité directeur, Comité technique</li> <li>. Organiser régulièrement des réunions de coordination au niveau national - Comité directeur, Comité technique</li> </ul>	180,180 (3%)
3.2	Sous-composante 3.2 Activités de suivi et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Visites de suivi et de supervision dans les pays</li> <li>. Visites de suivi et de supervision effectuées au niveau régional</li> <li>. Organiser une évaluation de fin de projet</li> <li>. Audits externes du projet (2 audits)</li> </ul>	188,760 (3%)
3.3	Sous-composante 3.2 Recrutement du personnel de l'équipe de gestion de projet au niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Recrutement et salaires du coordinateur du projet</li> <li>. Recrutement et salaires du spécialiste de l'acquisition</li> <li>. Recrutement et salaires du spécialiste de la gestion financière</li> <li>. Voyages et APD pour le personnel de projet recruté</li> </ul>	489,060 (8%)
<b>Budget total (UA)</b>			<b>5,720,000</b>

### **2.1.3. Résultats attendus**

Les pays bénéficiaires du projet sont endémiques pour au moins quatre MTN. La pandémie de COVID-19 et les attaques terroristes continues affectent négativement les systèmes de santé déjà faibles de ces pays fragiles. Les MTN touchent les segments les plus pauvres de la société et maintiennent les ménages touchés dans la pauvreté. Le projet améliorera le diagnostic, la prévention et le traitement des MTN parmi les populations vulnérables (en particulier les femmes, les filles et les enfants) dans les communautés transfrontalières du Burkina Faso, du Niger et du Mali. Cela contribuera à réduire leur vulnérabilité et la stigmatisation et à améliorer leur productivité. Les résultats escomptés comprennent (a) la réduction du fardeau des MTN, (b) le renforcement des systèmes de santé. Les principaux résultats sont les suivants: a) le renforcement des capacités de l'infrastructure et des laboratoires de santé; b) renforcer la capacité des agents de santé à gérer efficacement les MTN; c) des systèmes de surveillance améliorés pour détecter les MTN en temps utile; d) l'amélioration des pratiques d'assainissement de l'environnement e) les communautés habilitées à participer de manière inclusive à la prévention, à la gestion et au contrôle des MTN f) l'amélioration de la coordination et l'action multisectorielle pour lutter contre les MTN.

Les résultats et les extrants seront obtenus grâce à une série de voies verticales et horizontales interconnectées qui ciblent de multiples parties prenantes telles que les décideurs et la société civile. Les interventions cibleront différents points du continuum de la santé, de la promotion du bien-être à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la réparation des handicaps. La collaboration multisectorielle et transfrontalière sera utilisée pour exploiter l'expertise, s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et atteindre les communautés défavorisées. Les évaluations communautaires participatives, de vulnérabilité et de capacité aideront à identifier les besoins des communautés (y compris les zones d'accueil pour les personnes déplacées) et à mieux cibler les bénéficiaires pour soutenir le plaidoyer en faveur d'une action visant à réduire la vulnérabilité. Les hypothèses sous-jacentes comprennent la stabilité politique, des conditions climatiques favorables, l'amélioration de la situation en matière de sécurité, une forte collaboration multisectorielle, la coopération transfrontalière, l'adoption de meilleures pratiques d'assainissement de l'environnement par les bénéficiaires, un engagement politique fort à lutter contre les MTN, la priorité accordée au financement public du secteur de la santé pour financer d'autres dimensions du système de santé, telles que les salaires des travailleurs de la santé et d'autres coûts récurrents et les coûts récurrents. la capacité de la population à payer pour les services de soins de santé. Les interventions seront étayées par une gestion et une coordination efficace du projet et un engagement communautaire régulier.

## **2.2. Activités spécifiques induisant la gestion des déchets biomédicaux**

Les activités du projet occasionnant la production et la gestion des déchets biomédicaux sont :

- Les activités de prise en charge des malades dans les centres de santé.
- l'installation des incinérateurs de type Montfort dans 10 établissements de santé du Niger ;
- la réhabilitation des 10 centres de santé réhabilités et les équipements médicaux standards (standard du ministère de la santé) de la plateforme technique (lits, balance, dispositif de tension, etc.) ;

- l'acquisition des kits chirurgicaux pour la prise en charge chirurgicale des patients présentant des complications des MTN, principalement des opérations d'hydrocèles et de trichiase.
- l'acquisition et la mise à la disposition des centres de santé du matériel de laboratoire et des intrants, y compris des microscopes et d'autres petits équipements de laboratoire
- l'équipement des magasins centraux d'équipements de manutention, de climatiseurs, etc.
- l'organisation de la prise en charge chirurgicale des patients souffrant d'hydrocèles ;
- l'organisation de la prise en charge chirurgicale des patients souffrant de trichiasis.

### III. Cadre juridique et institutionnel de la gestion des déchets biomédicaux

#### 3.1 Acteurs impliqués dans la gestion des déchets biomédicaux au niveau institutionnel au Mali

Sur le plan Institutionnel, organisationnel, législatif et réglementaire beaucoup de structures techniques de l'Etat concourent du fait de leurs activités à la promotion de l'hygiène en milieu de soins, il s'agit entre autres de :

- la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique;
- la Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire;
- la Direction Nationale de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille ;
- la Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances ;
- la Direction Générale des Collectivités Territoriales.
- Les Partenaires techniques et financiers

Les rôles et responsabilités des acteurs sont décrits dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 3 Rôle et responsabilités des acteurs impliqués dans la gestion des déchets biomédicaux au niveau institutionnel au Mali**

Acteurs	Rôles et responsabilités
Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique	Elle a pour mission entre autres de concevoir et d'élaborer les stratégies en matière de lutte contre la maladie, de la santé de la reproduction, de nutrition et d'hygiène publique et de salubrité, d'élaborer la réglementation et de contribuer à l'élaboration des normes et de veiller à leur application, de coordonner, de superviser et de contrôler les activités des services d'exécution et d'évaluer leurs résultats. Elle est chargée à ce titre de l'élaboration de politiques, normes et procédures en matière de gestion des déchets biomédicaux.
Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire	Elle assure la promotion d'une économie sociale et solidaire qui participe de manière efficace et efficiente à

	<p>la création de richesses et d'emplois et à la lutte contre la pauvreté au Mali.</p> <p>Dans le domaine de la gestion des déchets biomédicaux, elle appui les services techniques en matière de communication et de sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène dans les établissements de santé.</p>
Direction Nationale de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille	<p>Elle a pour mission l'élaboration des éléments de la Politique Nationale en matière de promotion de la femme ainsi que la coordination et le contrôle de la mise en œuvre de la dite politique.</p> <p>Ce service intervient également dans le domaine de la sensibilisation et la salubrité à travers l'organisation de journées de salubrité dans les établissements de santé.</p>
Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances	<p>Elle est chargée de l'élaboration des éléments de la politique nationale en matière d'assainissement et du contrôle des pollutions et des nuisances et en assure l'exécution.</p> <p>A ce titre, elle est chargée d'appuyer les services de la santé dans l'évaluation environnementale et l'élaboration de notices environnementales pour l'implantation des sites d'incinération des déchets biomédicaux.</p>
Direction Générale des Collectivités Territoriales	<p>Elle a pour mission l'élaboration des éléments de la politique nationale de décentralisation du territoire et la participation à sa mise en œuvre.</p> <p>Les services de santé et d'hygiène étant transférés aux collectivités, elle contribue à travers les collectivités au financement des activités d'hygiène en particulier l'appui en matériels et équipements de collecte des déchets biomédicaux</p>
Partenaires techniques et financiers (PTF)	<p>Les contribuent au financement des interventions et apportent un appui technique en matière directives standards pour la gestion des déchets</p>

### 3.2 Textes législatifs et réglementaires régissant en matière environnementale au Mali

La gestion des déchets est prise en compte dans les textes législatifs et règlementaires relatifs aux questions environnementales au Mali à savoir entre autres :

- la Constitution de 1992, qui dans son article 15, elle stipule que « La protection de l'environnement et la promotion de la qualité de la vie sont un devoir pour tous et pour l'Etat »
- Convention de Bamako sur l'interdiction d'importer en Afrique des déchets dangereux et sur le contrôle des mouvements transfrontières et la gestion des déchets dangereux produits en Afrique adoptée en 1991 ;

- Convention de Stockholm sur les Polluants Organiques Persistants (POP) ;
- Loi n° 01 - 020 du 30 mai 2001, relative aux pollutions et aux nuisances ;
- Ordonnance n° 00-035/P-RM du 14 septembre 2000 portant sur l'adhésion du Mali à la convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et leur élimination ;
- Décret n°8-346/P-RM du 26 juin 2008 relatif à l'Étude d'Impact Environnemental et Social modifié par le Décret N09-318/P-RM du 26 juin 2009 ;
- Décret n° 01 394/ P-RM du 06 septembre 2001 fixant les modalités de gestion des déchets solides ;
- Décret n° 01 395/ P-RM du 06 septembre 2001 fixant les modalités de gestion des eaux usées et des gadoues ;
- Décret n° 01 397/ P-RM du 06 septembre 2001 fixant les modalités de gestion des polluants de l'atmosphère ;
- Décret n°02 – 314/P-RM du 4 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales en matière de santé ;
- Décret n° 2014- 0572 /P- RM du 22 juillet 2014 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales dans le domaine de l'assainissement et de la lutte contre les pollutions et nuisances.

#### IV. **Caractérisation des déchets biomédicaux liés aux campagnes MTN et dans les centres de santé**

Les campagnes de distribution de masse des médicaments contre les MTN, des camps de chirurgie d'hydrocèle et de trichiasis organisés par le projet MTN/Paludisme au Sahel de 2016 à 2020 ont fait ressortir que de grandes quantités de déchets sont générés par lesdites activités.

En plus, la réponse à la COVID-19 a entraîné aussi une augmentation de la production de déchets plus que d'habitude.

Les différents types de déchets issus des campagnes de masse sont résumés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 4 Types de déchets issus des campagnes et dans les centres de santé.**

<b>Campagne</b>	<b>Types de déchets produits</b>
Distribution des médicaments contre les MTN	Les flacons vides, les emballages usagés, les médicaments endommagés ou périmés, les gants usagés, cartons, sachets, blister, Moustiquaires usagés
Camps de Chirurgie d'hydrocèle et de trichiasis	Les flacons vides, les emballages usagés, les médicaments endommagés ou périmés, les gants usagés, cartons, sachets, les déchets piquants/tranchants et les déchets biologiques (anatomiques, liquides, les compresses souillées, ...), cassettes

	de test, lancettes souillées, tampons de coton souillés, papiers buvard souillés, alèzes souillées, etc.
Intégration de la prévention et contrôle des infections liées à la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masques ;</li> <li>- Gants ;</li> <li>- Équipements de protection individuelle usagés ;</li> <li>- Plastiques à usage unique</li> <li>- Flacons vides de gel hydro alcoolique</li> </ul>

## V. IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX, SOCIAUX ET SANITAIRES DES DECHETS BIOMEDICAUX

### 5.1. Impacts des déchets biomédicaux sur la santé et l'environnement

Les déchets liés aux soins de santé constituent un réservoir de micro-organismes potentiellement dangereux susceptibles d'infecter les malades hospitalisés, les agents de santé et le grand public. Les autres risques infectieux potentiels sont notamment la propagation à l'extérieur de micro-organismes parfois résistants, présents dans les établissements de soins (phénomène encore mal étudié à ce jour).

La gestion des DBM, notamment, la manipulation inappropriée des matériels (surtout ceux souillés par le sang contaminés VIH/SIDA) fait peser de graves menaces sur la santé de plusieurs catégories d'acteurs. La manipulation de ces déchets constitue un facteur d'aggravation du risque sanitaire et environnemental (pollution de l'eau, l'air, sol, etc.).

Les eaux usées provenant des activités de soins peuvent aussi entraîner une pollution chimique, biologique et bactériologique des eaux et des sols. Le rejet anarchique d'objets piquants et tranchants issus des activités de soins peuvent entraîner des blessures aussi bien pour le personnel soignant, les agents de nettoyage mais aussi les enfants et autres récupérateurs de déchets dans les décharges et dépôts d'ordures.

L'utilisation des produits radioactifs en soins de santé peut générer des résidus qui, s'ils ne sont pas gérés, peuvent entraîner la dispersion de la radioactivité dans l'environnement, multipliant ainsi les cas de cancers, leucémies et malformations.

Les problèmes posés par une mauvaise gestion des DBM revêtent une grande acuité. Les principales personnes exposées dans le processus de gestion des DBM sont :

- (i) les patients et les professionnels de la santé (personnel médical et paramédical) se trouvant dans les établissements de soins ;
- (ii) les garçons et filles de salles, les agents d'entretien, les préposés à l'incinération, etc.;

- (iii) (iii) les agents des sociétés privées chargés de la collecte, du transport et de la mise en décharge des déchets provenant des structures sanitaires, mais aussi des ordures ménagères mélangées aux DBM;
- (iv) (iv) les récupérateurs informels qui pratiquent la fouille des ordures (notamment les enfants) et
- (v) (v) les populations qui utilisent des objets hospitaliers récupérés pour des usages domestiques.

Les animaux (notamment les ruminants : bœuf, mouton, chèvres, etc.), aussi sont exposés aux DBM. En effet, les animaux domestiques en quête de nourriture au niveau des décharges publiques ou sauvages peuvent ingérer ces types de déchets, ce qui peut entraîner une propagation potentielle de maladies et de contaminants chimiques à travers la chaîne alimentaire.

## **5.2. Risques liés à une mauvaise gestion des déchets biomédicaux**

Les risques liés à une mauvaise gestion des déchets issus des soins de santé portent globalement sur :

- des blessures accidentelles : risques d'accident pour personnel de santé; les enfants qui jouent (ou qui font leurs besoins) sur les décharges d'ordure ainsi que les récupérateurs non avisés ;
- des intoxications aiguës, des infections nosocomiales et des nuisances pour le personnel de santé et celui chargé de la collecte (odeurs, exposition par manque d'équipements de protection, absence de suivi médical, etc.).
- la contamination humaine et animale ;
- les risques radioactifs.

Pour ce qui concerne les infections, les catégories suivantes sont identifiées :

- les maladies virales telles que le HIV/SIDA l'Hépatite Virale B (HVB) et l'Hépatite Virale A. Sont principalement exposés à ces pathologies le personnel de santé, les accompagnants, le personnel d'entretien et les populations riveraines des décharges (enfants, récupérateurs, etc.) ;
- les maladies microbiennes ou bactériennes, telles que la tuberculose, la fièvre typhoïde, etc. ;
- les maladies parasitaires, (issues des selles provenant des centres de santé et rejetées dans les dépotoirs publics situés près des habitations) telles que la dysenterie, les ascaridioses, etc.
- les infections nosocomiales;
- la contamination de la chaîne alimentaire.

## **5.3. Aspects Psychosociaux de la gestion des DBM**

Il convient de souligner que les populations font montre d'une grande sensibilité face à certains types de déchets, notamment anatomiques (amputations, placentas, etc.).

Elles sont le plus souvent très exigeantes quant aux modalités de leur élimination. Il serait inacceptable de rejeter ces types de déchets dans les décharges d'ordures. En général, ces déchets sont remis aux patients ou aux membres de la famille.

On pourrait aménager des points d'élimination (fosses à placentas par exemple) dans lesquelles ces types de déchets seront rejetés. Toutefois, il est impératif que toute décision allant dans ce sens soit soumise à l'approbation des personnes concernées ou de leurs familles, pour tenir compte leurs croyances socioculturelles et religieuses tout en évitant des nuisances sur la santé publique.

## **VI. Description des pratiques actuelles de la gestion des déchets Biomédicaux au Mali**

Dans le cadre de la gestion des déchets solides issus des activités de soins des centres de santé, on adopte 3 types de contenants pour assurer le tri et la collecte sélective desdits déchets au niveau des unités de soins où ils sont produits. Un contenant spécifique appelé boîte de sécurité est réservé pour la collecte du couple aiguilles. Le tri des déchets est effectué par l'agent de santé dont l'activité a conduit à la production dudit déchet conformément au principe de code couleur. Cependant le respect du principe varie d'un centre de santé à un autre. Les déchets à risques sont généralement issus des activités de santé telles que : les diagnostics, les analyses biomédicales, les vaccins, les produits pharmaceutiques périmés et les soins dans les domaines de la médecine humaine. En termes de gestion des déchets issus de soins de santé y compris ceux liés aux activités de vaccination y compris les centres d'isolement, on retrouve deux situations :

- les centres de santé dont les déchets sont traités et éliminés in situ ;
- les centres de santé qui évacuent leurs déchets à risque dans un autre centre disposant d'équipements de traitement et d'élimination (polarisation).

La gestion de ces déchets se réfère au manuel de procédures de gestion des déchets biomédicaux. Dans ce cadre, trois étapes sont suivies. Il s'agit de :

Etape 1 : La collecte des déchets

Etape 2 : Le transport des déchets

Etape 3 : Elimination/traitement.

Pour l'élimination des déchets, on distingue deux types d'incinérateurs: électriques et les incinérateurs de type Montfort fabriqués au pays. Les débris ou cendres sont soit enterrés sur place soit enlevés pour des dépôts définitifs par un prestataire de services tel que la société OZONE (à Bamako) et/ou les Groupements d'Intérêt Economiques (GIE).



## **VII. Plan de gestion des déchets biomédicaux liés aux activités des MTN**

### **7.1 But, objectifs et résultats attendus du plan**

#### **7.1.1. But**

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et la préservation de l'environnement.

#### **7.1.2. Objectifs**

##### **7.1.2.1 Objectif général**

Améliorer le système de gestion des déchets issus des activités de soins des établissements de santé dans les zones du projet.

##### **7.1.2.2 Objectifs spécifiques (OS)**

Dans les zones de mise en œuvre du projet et principalement dans les centres de santé réhabilitée par le projet, les OS visent à :

- renforcer les compétences de 80% des agents de santé et de 100% des techniciens de surface en gestion des déchets issus des activités de soins ;
- assurer la dotation de 100% des établissements de santé en matériels et équipements standards de gestion des déchets issus des activités de soins conformément au paquet minimum WASH;
- promouvoir les bonnes pratiques de gestion des déchets issus des activités de soins dans 100% des établissements de santé;
- assurer la coordination, le suivi, la supervision et l'évaluation de la gestion des déchets issus des activités de soins à tous les niveaux.

### **7.2 Actions prioritaires de mise en œuvre du plan**

les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le cadre de ce projet sont de trois ordres :

- le renforcement des capacités des parties prenantes (agents de santé, techniciens de surface, maintenancier, et membres de l'équipe cadre de districts) en matière de gestion des déchets issus des activités de soins dans les établissements de santé. Ceci se fera à travers des sessions de formations en gestion des déchets biomédicaux dédiées à chaque catégorie de personnel.
- la promotion des bonnes pratiques de gestion des déchets issus des activités de soins dans les établissements de santé à travers la dotation des établissements de santé en supports éducatifs ; l'organisation des séances de Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) au niveau des services/unités
- la mise à dispositions des infrastructures de gestion de déchets biomédicaux dans les structures de santé réhabilitées. Il s'agira de construire/réhabiliter des incinérateurs de Monfort dans lesdites structures, aménager des aires de gestion de déchets, aires de lavages, de vidoirs.

- l'acquisition et la mise à disposition des structures sanitaires des balances pour la quantification des déchets dans les zones à déchets, du matériel de tri, conditionnement et collecte sélective des
- la maintenance et l'entretien des incinérateurs

Le tableau ci-dessus récapitule le plan d'action budgétisé de mise en œuvre du PGDBM.

**Tableau 5 Plan d'action budgétisé de mise en œuvre du PGDBM**

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
1.1	Réaliser 10 zones à déchets dans les districts sanitaires de la zone d'intervention du Projet	10 zones à déchets sont réalisées	DGSHP	UGP	Ressources du don	3 000 000	PM
1.2	Assurer la maintenance préventive et curative des 10 incinérateurs construits dans les dix formations sanitaires (FOSA) réhabilitées	10 incinérateurs construits sont maintenus	DGSHP	UGP	Ressources du don	143 000	4 290 000
2.1	Produire et mettre à la disposition de 10 FOSA réhabilitées 100 supports éducatifs pour la gestion des DISS et de formulaire de tri et de quantification des déchets	100 supports éducatifs pour la gestion des DBM et de formulaire de tri des déchets sont produits et distribués aux FOSA	DGSHP	UGP	Ressources du don	15 000	1 500 000
3.1	Former 25 membres ECD de la zone du projet sur la Gestion des déchets issus de	25 membres ECD de la zone sont formés sur la gestion des	DGSHP	UGP	Ressources du don	200 000	5 000 000

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
	l'ensemble du système de santé	déchets biomédicaux					
3.2	Former 50 agents de santé des districts d'intervention sur la gestion de déchets biomédicaux	50 agents de santé des districts d'intervention sont formés sur la gestion de déchets biomédicaux	DGSHP	UGP	Ressources du don	250 000	12 500 000
3.3	Former 30 techniciens de surface des 10 formations sanitaires (FOSA) réhabilitées sur la gestion des zones à déchets	30 techniciens de surface de 10 FOSA sont formés sur la gestion des zones à déchets	DGSHP	UGP	Ressources du don	250 000	7 500 000
4.1	Doter les 10 FOSA réhabilitées en matériel de tri, conditionnement et collecte sélective des DBM	500 sachets poubelles, poubelles, 500 boîtes de sécurité, au niveau des 10 sites concernés	DGSHP	UGP	Ressources du don	1 220 000	12 200 000
5.1	Faire le suivi trimestriel la gestion des DBM dans les formations sanitaires des 5 districts.	12 suivis trimestriels faits	DGSHP	UGP	Ressources du don	500 000	6 000 000
5.2	Doter les 10 FOSA réhabilitées	10 incinérateurs de Montfort	UGP	DGSHP	Ressources du don		PM

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
	d'incinérateurs de Montfort	réhabilités ou construits					
6.1	Provision pour l'élaboration d'instruments E&S durant la phase de mise en œuvre du projet.		UGP	DGSHP	Ressources du don	16 000 000	16 000 000
	<b>Total</b>						<b>64 990 000</b>

### 7.3 Coordination, suivi et évaluation

La coordination, le suivi et l'évaluation seront assurés à trois niveaux : National, Régional et Local.

La coordination de la mise en œuvre du plan sera sous la responsabilité de la Direction Générale de la santé et de l'hygiène publique à travers la sous-direction chargée d'Hygiène Publique qui assurera le rôle de point focal pour la gestion des DBM au sein de l'UCP.

La Direction Générale de la santé et de l'hygiène publique conduira des supervisions biannuelles conjointes avec le niveau régional et local et en collaboration avec l'UCP pour le suivi des activités de mise en œuvre du plan.

### 7.4 Acteurs/structures impliqué(e)s par niveau dans la mise en œuvre du plan

Toutes les structures impliquées veillent sur le processus de mise en œuvre du plan national.

Dans le cadre de ce projet, les structures techniques ci-dessous énumérées et leurs démembrements respectifs auront les rôles et responsabilités spécifiques suivants :

**Tableau 6: Acteurs: Rôles et responsabilités des acteurs/structures impliqué(e)s par niveau dans la mise en œuvre du plan**

Acteurs	Rôles et responsabilités
Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique et ses services déconcentrés	La DGSHP et ses démembrements sont responsables de la mise en œuvre du plan. A ce titre, ils sont chargés de : - Appuis/conseils;

<b>Acteurs</b>	<b>Rôles et responsabilités</b>
	Renforcement des capacités ; - Suivi-évaluation ; - Coordination ; - Plaidoyer ; - Mobilisation des ressources.
Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé	Il est chargé de : - Renforcement des capacités sur les techniques de communication ; - Communication ; - Plaidoyer.
la Direction Nationale du Développement Social et services déconcentrés	Elle est chargée de : - Appuis/Conseil ; - Renforcement des capacités sur les techniques de communication ; - Suivi-évaluation ; - Mobilisation sociale ; - Sensibilisation ; - Plaidoyer.
la Direction Nationale de la Promotion de la Femme et services déconcentrés	Elle est chargée de : - Appuis/Conseils ; - Sensibilisation ; - Mobilisation sociale ; - Plaidoyer.
la Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances et services déconcentrés	Elle est chargée de : - Appuis/Conseils ; - Suivi-évaluation ; - Renforcement des capacités ; - Plaidoyer ;
la Direction Générale des Collectivités Territoriales et services déconcentrés	- Appui au renforcement des capacités ; - Plaidoyer.
Unité de coordination du projet (UCP)	Elle est chargée de la coordination générale du projet et apportera les ressources et l'accompagnement nécessaires à la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique et ses services déconcentrés pour la réussite de la mise en œuvre du plan.
Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	Ils apportent : - Appuis/Conseils ; - Mobilisation des ressources ; - Renforcement des capacités ; - Plaidoyer.
Organisations de la Société Civile (OSC)	Elles apportent : - Sensibilisation ; - Mobilisation des ressources ;

<b>Acteurs</b>	<b>Rôles et responsabilités</b>
	- Plaidoyer.
Communautés/Bénéficiaires	Elles sont chargées de :
	- Sensibilisation ;
	- Plaidoyer; - Mobilisation des ressources.

## **7.5 Facteurs de succès et de risques**

### **7.5.1 Facteurs de succès**

Les facteurs de succès du plan sont les suivants :

- la stabilité politique du pays ;
- la consolidation de la décentralisation,
- l'existence d'un manuel de procédure à jour et actualisé ; planification efficace qui prend en compte les contraintes diverses

### **7.5.2 Facteurs de risque**

Les facteurs de risques pour la mise en œuvre du plan sont :

- l'insécurité dans le pays ;
- le retard dans le décaissement des ressources nationales et celles des PT

## **VIII. Mécanisme de gestion des plaintes assorti de budget**

### **8.1 Contexte et justification de la mise en place du MGP projet**

Dans le cadre de la mise en œuvre de projets de développement, la BAD exige que des mécanismes locaux de recours crédibles, forts et indépendants soient mis en place pour participer à la résolution des griefs et des problèmes des personnes affectées par les impacts environnementaux et sociaux du projet.

Conformément à cette exigence, le projet devra mettre en place un mécanisme de gestion des griefs qui intègre les considérations sociales et culturelles de communauté affectée et autres parties prenantes. L'objectif est de prendre en charge, à travers un processus participatif de consultation approprié et accessible, les préoccupations, griefs et autres réclamations des parties prenantes générées par les impacts du projet. Le but de la mise en place de ce mécanisme est d'encourager un règlement des griefs à l'amiable, à travers un processus de médiation sociale basé sur la concertation et le dialogue, afin d'éviter que les préoccupations et autres griefs génèrent des conflits, ou encore que les parties prenantes qui subissent les impacts des activités aient recours à la justice.

### **8.2 Types de plaintes et griefs susceptibles de surgir dans le cadre du projet**

Les plaintes qui peuvent être reçues sont : (i) pollution de l'environnement tel que les odeurs, les déchets transportés par le vent ou par les animaux en dehors du centre de santé, (ii) les plaintes liées à des traumatismes suite aux blessures par pique d'objet piquant tels que les aiguilles de seringues, ou par des objets tranchants comme les lames de bistouris ou des bouteilles cassées ; (iii) les plaintes liées aux produits chimiques de laboratoire qui peuvent créer des brûlures cutanées ;

Toutefois vu les infrastructures à aménager dans le cadre de ce projet (mise en place des aires sécurisées de gestion de déchets, incinérateurs, etc.), les matériels de gestion de DBM, et la formation des agents de santé, la probabilité d'occurrence de ces plaintes est très faible.

### **8.3 Principes clés du mécanisme de gestion des griefs et de recours**

Les personnes qui souhaitent porter plainte ou soulever une inquiétude ne le feront que si elles sont certaines que les plaintes seront traitées de manière rapide, juste et sans risque pour elles ou pour autrui. La crainte de représailles (action de se venger d'une personne qui a porté plainte) est souvent redoutée chez les plaignants.

Pour s'assurer qu'un système de plainte est efficace, fiable et opérationnel, il faut respecter quelques principes fondamentaux :

**Participation** : Le succès et l'efficacité du système ne seront assurés que s'il est développé avec une forte participation de représentants de tous les groupes de parties prenantes et s'il est pleinement intégré aux activités du projet. Les populations, et autres parties prenantes, doivent participer à chaque étape du processus, depuis la conception jusqu'à l'exploitation, en passant par la phase de travaux.

**Mise en contexte et pertinence** : Tout processus de développement d'un système doit être localisé de façon à être adapté au contexte local, conforme aux structures de gouvernance locale et inscrit dans le cadre particulier du programme mis en œuvre. Encore une fois, cela ne pourra se réaliser que si le mécanisme est conçu de manière participative, en consultation avec ses usagers potentiels et autres parties prenantes.

**Sécurité** : Pour s'assurer que les personnes sont protégées et qu'elles peuvent présenter une plainte ou exprimer une préoccupation en toute sécurité, il est nécessaire d'évaluer, soigneusement, les risques pour les différents usagers et les intégrer à la conception d'un mécanisme de gestion des plaintes (MGP). Il est essentiel aussi, d'assurer la sécurité des personnes qui ont recours au mécanisme pour garantir sa fiabilité et efficacité. Aucune menace, aucun chantage, demande de faveurs venant des acteurs du mécanisme, du personnel des entreprises et bureaux de contrôle, du personnel du Projet, ou encore d'autres prestataires de services recrutés, ne doit être admis.

**Confidentialité** : Pour créer un environnement où les parties prenantes peuvent aisément soulever des inquiétudes, avoir confiance dans le mécanisme et être sûrs de l'absence de représailles, il faut garantir des procédures confidentielles. La confidentialité permet d'assurer la sécurité et la protection des personnes qui déposent une plainte ainsi que leurs cibles. Il faut, pour ce faire, limiter le nombre de personnes ayant accès aux informations sensibles.

**Transparence** : Les parties prenantes doivent être clairement informées de la démarche à suivre pour avoir accès au MGP et des différentes procédures qui suivront une fois qu'elles l'auront fait. Il est important que l'objet et la fonction du mécanisme soient communiqués en toute transparence.

**Accessibilité** : Il est essentiel que le mécanisme soit accessible (saisine facile aussi bien des points de vue du système que de la langue) au plus grand nombre possible de personnes appartenant aux différents groupes de parties prenantes ; en particulier celles qui sont souvent exclues ou qui sont les plus marginalisées ou vulnérables. Lorsque le risque d'exclusion est élevé, une attention particulière doit être portée aux mécanismes sûrs qui ne demandent pas à savoir lire et écrire.



**Équité :** Les parties prenantes doivent avoir un accès équitable au mécanisme, elles doivent toutes être informées des principes et procédures de recours et bénéficier d'un traitement impartial de leurs doléances ou réclamations. Une des recommandations d'ordre général faites par les collectivités territoriales et les communautés locales est que ce mécanisme soit mis en place de façon inclusive, sans discrimination basée sur le sexe ou l'ethnie.

**Légitimité :** pour susciter l'acceptation, la confiance, l'adhésion et l'engagement des parties prenantes, les acteurs du mécanisme de gestion des plaintes doivent être choisis de façon démocratique.

#### **8.4 Organes de pilotage du mécanisme de gestion des griefs**

Le mécanisme de gestion des plaintes devrait reposer sur trois niveaux dont deux niveaux de recours à l'amiable. Le but est de le rendre accessible et en adéquation avec les réalités sociales et culturelles locales.

##### **□ Niveau 1 : Comité de gestion des structures de santé**

Le comité de gestion (CoGes) est une structure établie dans tous les centres de santé et de promotion sociale au Niger. Les CoGes sont animés par des membres issus de la communauté et élus au cours d'une assemblée générale. Ils jouent un rôle important dans le dispositif de promotion de la participation communautaire, en ce sens qu'ils restent l'interface entre les populations locales et les services de santé. Le CoGes inclut entre autres l'infirmier chef de poste, une représentante des femmes et un représentant des jeunes et le chef des villages rattachés au centre.

Ce comité se chargera de collecter et traiter les griefs et réclamations qui émaneront éventuellement des activités du projet. Ce premier niveau offre l'avantage d'être accessible. Si les griefs enregistrés ne sont pas résolus par ce premier niveau, ils seront référés au comité communal. La plainte peut être portée par la plaignante ou son représentant ou son chef de village.

Durant les réunions ordinaires du CoGes, les questions liées à la gestion des déchets biomédicaux et les plaintes y afférentes sont discutées. Une réunion Adhoc du CoGes peut se tenir pour discuter exclusivement des plaintes des populations, décider des actions correctrices qu'il communique à la plaignante. En cas de non-satisfaction et du désir de recours la plaignante est informée des voies de recours du niveau 2. L'adresse téléphonique et physique du district sanitaire et de son chef est confiée à la plaignante. Parallèlement le CoGes doit faire un rapport de l'incident au maire de la commune dans un délai de 7 jours après la décision de recours.

Les activités du COGES liées à la gestion des plaintes dans le cadre de ce projet ne généreront pas de coûts supplémentaires. En cas de dédommagement mineurs, ces frais sont pris en charge par la caisse du COGES. Les dédommagements qui demandent les capacités du COGES feront l'objet d'activation du niveau 2 de recours.

##### **Niveau 2 : Comité de gestion des plaintes au niveau communal/District sanitaire**

Ce comité est le second niveau de recours à l'amiable. Ce comité communal sera présidé par le Maire ou son représentant et comprendra : (i) le maire de la commune ou son représentant ; (ii) le médecin chef du district ; (iii) le chef de village ou son représentant ; (iv) le spécialiste en sauvegardes environnementale et sociale de l'Unité de gestion du projet ; (v) une représentante des femmes. (vi) le responsable environnement de la Direction Régionale de la Santé et de l'Hygiène Publique. Le Maire assurera le rôle du président du Comité et le MCD le secrétaire exécutif.

Ce niveau est saisi à travers un courrier par les plaignantes directement ou leur représentant ou par le chef de village d'où provient la plainte. Le comité se réunit de façon ad hoc sur convocation du président dans les 15 jours lorsqu'une plainte est reçue. Des mesures correctrices sont prises et documentées dans un rapport archivé à la mairie. Ces mesures sont communiquées à la plaignante et au COGes du centre de santé concerné. Les voies de recours du niveau 3 sont communiquées à la plaignante en cas de non-satisfaction des décisions. Les coûts de fonctionnement de ces réunions sont à la charge de la mairie. Les dédommagements suscités par cette plainte seront pris en charge par la mairie. Dans les cas de dédommagements plus importants, le recours au niveau 3 est activé.

### **Niveau 3 : Recours judiciaire :**

Si la tentative de résolution à l'amiable n'aboutit pas, ou si une partie n'est pas satisfaite de la résolution rendue par le comité communal, la partie prenante a la possibilité de recourir à la justice en saisissant le tribunal de la localité.

Le mécanisme de gestion des plaintes à l'amiable a pour objectif d'éviter autant que possible les actions en justice, même si la partie lésée peut recourir à des organes judiciaires compétents à tout moment du processus de gestion des réclamations. Dans le cas où l'une des parties intenterait une action en justice, la procédure stipulée dans ce document cesse d'être effective.

### **8.5 Dépôt, enregistrement et traitement des plaintes**

Plusieurs canaux seront utilisés par le Projet en vue de collecter et d'enregistrer les griefs soumis par les parties prenantes :

- Appel téléphonique ;
- Voie orale ;
- SMS ;
- WhatsApp ;
- Courrier physique ou postal ;
- Courrier électronique ;
- Boîtes à griefs.

Le Projet enregistrera toutes les plaintes reçues dans un journal de bord qui sera tenu par les points focaux de chaque comité. Dès réception, le point focal enverra un accusé de réception par écrit (si la réclamation est envoyée par courrier), ou par téléphone (si elle est transmise oralement par téléphone), informant le plaignant de la réception de sa plainte et du numéro de référence attribué à sa réclamation.

Une copie de chaque grief enregistré sera faite et envoyée au projet qui aura la responsabilité de mettre en place une base de données pour le suivi du traitement des griefs.

Pour l'enregistrement et un suivi efficace, les griefs pourraient être classés suivant les catégories ci-après :

- biens d'un individu ou d'une communauté, endommagés ou détruits ;
- recrutement de main d'œuvre étrangère alors qu'elle est disponible localement ;
- exclusion non justifiée d'un employé ;
- sécurité et santé (nuisances sonores, pollutions atmosphériques, accidents, dommage sur bien des tiers/dégâts hors emprises) ;
- absence d'information ;
- remise en état des terres (après les travaux) ;
- violences, exploitation et abus sexuels ;
- discrimination ;
- non-respect des engagements pris par le Projet.
- 

#### **□ Procédures de traitement**

Les griefs enregistrés seront traités par les comités dans le strict respect des principes et exigences mentionnées dans ce MGP. Pour que le mécanisme soit performant, la durée de traitement ne doit pas excéder 20 jours à compter de la date de réception de la réclamation. Dès leur installation, les membres des comités se concerteront et décideront des mesures (règlement intérieur) à mettre en place, en vue de permettre un traitement diligent de tous les griefs soumis.

La procédure proposée pour le traitement des griefs est la suivante :

- dépôt et enregistrement du grief ;
- accusé de réception transmis au plaignant ;
- examen par le comité en vue de sa résolution ;
- notification de la résolution proposée au plaignant ;

- mise en œuvre de la résolution et suivi par le comité ;
- satisfaction du plaignant et clôture ;
- cas échéant, recours judiciaire.

La durée de traitement des plaintes est un indicateur important de la performance du mécanisme. Le Projet doit apporter toute la diligence nécessaire au traitement des réclamations et griefs enregistrés, cela contribue à améliorer la confiance des parties prenantes et leur engagement dans la mise en œuvre du Projet. Par ailleurs, certaines réclamations liées à des problèmes de sécurité ou de santé, seront prises en charge immédiatement après enregistrement.

Il sera aussi utile de définir et vulgariser le format de rencontres, en vue de l'examen et du traitement des griefs enregistrés, mais aussi de l'évaluation périodique du mécanisme. Le système de rapportage sera également précisé, ainsi que la périodicité et les canaux de divulgation des résultats obtenus aux parties prenantes. En définitive, toutes les parties prenantes devront participer au fonctionnement du mécanisme, au suivi du traitement des griefs et à l'amélioration des procédures, en vue d'une meilleure performance et adhésion sociale.

Un rapport périodique (trimestriel) sera produit et partagé avec les parties prenantes, par le responsable du MGP qui sera désigné par la cellule de coordination du projet. Ce rapport fera le point, entre autres, sur les indicateurs de suivi ci-après :

- nombre de griefs enregistrés au cours du trimestre ;
- nombre de griefs traités et clos au cours du trimestre ;
- nombre de griefs non encore résolus et en comparaison avec le dernier trimestre ;
- catégorisation des nouveaux griefs :
- nombre de plaintes relatives aux violences basées sur le genre ;
- nombre de plaignants par sexe ;
- délai moyen de résolution des griefs ;
- nombre de plaintes donnant lieu à une procédure judiciaire en cours.

## **8.6 Diffusion du MGP**

La diffusion du mécanisme de gestion des plaintes (MGP) est une activité essentielle dans la mise en œuvre du MGP et du projet. En effet, pour permettre aux parties prenantes d'utiliser les recours mis en place, le MGP doit faire l'objet d'une large diffusion auprès des parties prenantes, en particulier dans le village et commune du projet, qui doivent toutes être informées de son existence, du mode de fonctionnement et des moyens de le saisir.

Toutes les informations sur les comités qui seront mises en place, leur composition, rôles, adresses, canaux de dépôt des réclamations et griefs, durée de traitement, ainsi que les principes directeurs du MGP, doivent être communiquées aux parties prenantes, y compris les femmes et

les autres groupes vulnérables, selon des formats et canaux adaptés à leurs besoins spécifiques. Le Projet organisera, dès le démarrage, des ateliers communautaires pour une large diffusion de ce dispositif de recueil et de traitement des griefs. Pour une meilleure diffusion, ces informations importantes peuvent être affichées dans les endroits stratégiques, tels que les Mairies des Communes concernées les écoles, les chantiers. Une communication de proximité pourrait également être conduite, afin de divulguer les informations.

Certains de ces messages devront être affichés de façon visible à des endroits stratégiques au niveau des chantiers, pour une meilleure vulgarisation, en complément du code de conduite à faire signer aux entreprises et à leur personnel, et autres prestataires de services mobilisés dans le cadre de l'exécution du Projet : consultants, fournisseurs, bureaux de contrôle prestataires de services, services de signalement (forces de défense et de sécurité), et de prise en charge médicale, sociale, juridique, psychologique, etc.

Toutes les plaintes relatives aux violences basées sur le genre et abus sexuels doivent être signalées à la BAD dans les 24 heures suivant l'incident, dans le respect des principes de confidentialité et du consentement éclairé (aucune information spécifique sur les victimes ne sera communiquée). Les données à fournir porteront sur : la nature de l'affaire, le lien avec le Projet, la localisation, l'âge et le sexe de la victime et la référence vers des services si tel a été le cas.

Un rapport trimestriel sera élaboré pour relater la situation de la gestion des cas enregistrés.

## IX. Budget global de mise en œuvre du plan de gestion des déchets biomédicaux

Le budget total pour la mise en œuvre du plan de gestion des déchets biomédicaux du Mali est arrêté à soixante-quatre millions neuf cent quatre-vingt-dix mille francs CFA (64 990 000 FCFA).

**Tableau 7 : Budget global de mise en œuvre du plan de gestion des déchets biomédicaux du Mali.**

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
1.1	Réaliser 10 zones à déchets dans les districts sanitaires de la zone d'intervention du Projet	10 zones à déchets sont réalisées	DGSHP	UGP	Ressources du don	3 000 000	PM
1.2	Assurer la maintenance préventive et curative des 10 incinérateurs construits dans les dix formations	10 incinérateurs construits sont maintenus	DGSHP	UGP	Ressources du don	143 000	4 290 000

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
	sanitaires (FOSA) réhabilitées						
2.1	Produire et mettre à la disposition de 10 FOSA réhabilitées 100 supports éducatifs pour la gestion des DISS et de formulaire de tri et de quantification des déchets	100 supports éducatifs pour la gestion des DBM et de formulaire de tri des déchets sont produits et distribués aux FOSA	DGSHP	UGP	Ressources du don	15 000	1 500 000
3.1	Former 25 membres ECD de la zone du projet sur la Gestion des déchets issus de l'ensemble du système de santé	25 membres ECD de la zone sont formés sur la gestion des déchets biomédicaux	DGSHP	UGP	Ressources du don	200 000	5 000 000
3.2	Former 50 agents de santé des districts de Tillabéri sur la gestion de déchets biomédicaux	50 agents de santé des districts de Tillabéri sont formés sur la gestion de déchets biomédicaux	DGSHP	UGP	Ressources du don	250 000	12 500 000
3.3	Former 30 techniciens de surface des 10 formations sanitaires (FOSA) réhabilitées sur la gestion des zones à déchets	30 techniciens de surface de 10 FOSA sont formés sur la gestion des zones à déchets	DGSHP	UGP	Ressources du don	250 000	7 500 000

N°	Mesures/Activités	Indicateurs	Responsable	Appui/ Collaboration	Source de financement	Coût unitaire (FCFA)	Coût (FCFA)
4.1	Doter les 10 FOSA réhabilitées en matériel de tri, conditionnement et collecte sélective des DBM	500 sachets poubelles, poubelles, 500 boîtes de sécurité, au niveau des 10 sites concernés	DGSHP	UGP	Ressources du don	1 220 000	12 200 000
5.1	Faire le suivi trimestriel la gestion des DBM dans les formations sanitaires des 5 districts.	12 suivis trimestriels faits	DGSHP	UGP	Ressources du don	500 000	6 000 000
5.2	Doter les 10 FOSA réhabilitées d'incinérateurs de Montfort	10 incinérateurs de Montfort réhabilités ou construits	UGP	DGSHP	Ressources du don		PM
6.1	Provision pour l'élaboration d'instruments E&S durant la phase de mise en œuvre du projet.		UGP	DGSHP	Ressources du don	16 000 000	16 000 000
	<b>Total</b>						<b>64 990 000</b>

**ANNEXE 1 Terme de référence**



**Projet régional multisectoriel de la CEDEAO pour l'élimination des maladies tropicales négligées (MSELM)**

**Termes de références**

**Pour l'élaboration d'un plan de gestion des déchets biomédicaux**



**Septembre 2022**

## I. CONTEXTE

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont un groupe d'une vingtaine de maladies d'étiologie mixte qui affectent de manière disproportionnée les communautés les plus pauvres, les plus marginalisées, les plus vulnérables et les plus isolées du monde. Quarante pour cent (40 %) des quelque 1,7 milliard de cas de MTN dans le monde se trouvent en Afrique. Outre les conséquences médicales, les personnes touchées par les MTN souffrent de maladies débilitantes et d'une augmentation des malformations et des handicaps. Ces limitations physiques contribuent à l'exclusion sociale, à l'abandon scolaire et à la réduction de la productivité économique, maintenant ainsi les communautés dans des cycles de pauvreté générationnelle.

Afin de s'attaquer au fardeau et aux inégalités, les objectifs de développement durable (ODD) ont appelé à mettre fin aux MTN d'ici 2030. Plusieurs autres cibles des ODD telles que 1.1 (extrême pauvreté), 2.1 (faim), 3.8 (couverture sanitaire universelle), 4.1 (éducation), 6.1 (eau) et 6.2 (assainissement) sont également pertinentes pour les MTN. À cette fin, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a lancé une feuille de route 2021-2030 dans laquelle elle s'est fixée pour objectifs de réduire de 90 % le nombre de personnes nécessitant des interventions liées aux MTN d'ici 2030 par rapport à l'année 2010 et de réduire de 75 % les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) liées aux MTN d'ici 2030 par rapport à l'année 2020.

Outre les gains épidémiologiques, la lutte contre les MTN est également un impératif économique. L'OMS estime qu'entre 1974 et 2002, le programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) a permis de réduire les niveaux d'infection par l'onchocercose chez 40 millions de personnes dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest, d'éviter environ 600 000 cas de cécité et de permettre la récupération de 25 millions d'hectares de terres arables abandonnées. On estime que pour chaque dollar investi dans la lutte contre les MTN en Afrique, on obtient un bénéfice net de 27,4 à 42,8 dollars, ce qui représente l'un des plus grands succès de la santé publique.<sup>45</sup>

Les stratégies recommandées par l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MTN sont la chimiothérapie préventive, l'intensification de la gestion des maladies, la lutte antivectorielle, les mesures vétérinaires de santé publique pour les maladies zoonotiques négligées et l'amélioration de l'eau et de l'assainissement.<sup>6</sup> La planification, la mise en œuvre et le suivi de ces stratégies impliquent des approches intégrées, une collaboration multisectorielle et un engagement communautaire pour s'assurer que « personne n'est laissé pour compte ». Entre 2016 et 2020, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a obtenu un montant de 121 millions de dollars de la Banque mondiale pour améliorer l'accès à la prévention du paludisme et aux services liés aux MTN dans 56 districts transfrontaliers dans trois pays sahéliens où le fardeau des MTN est lourdement touché par les MTN – le Burkina Faso, le Mali et le Niger. Selon le *Global Burden of*

---

<sup>4</sup>Organisation mondiale de la santé (2013). Soutenir la volonté de surmonter l'impact mondial des maladies tropicales négligées : deuxième rapport de l'OMS sur les maladies négligées, Organisation mondiale de la Santé.

<sup>5</sup>Redekop, W. K., et al. (2017). « L'avantage socio-économique pour les individus d'atteindre les objectifs de 2020 pour cinq maladies tropicales négligées de chimiothérapie préventive. » *PLOS Maladies tropicales négligées*11(1): e0005289.

<sup>6</sup>Organisation mondiale de la santé (2010). Travailler à surmonter l'impact mondial des maladies tropicales négligées : premier rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées, Organisation mondiale de la santé.

*Disease Study*, les MTN sont à l'origine de 5,6 millions d'AVCI dans ces trois pays, soit 12,5 % du total des AVCI perdues toutes causes confondues. Le projet a réussi à améliorer la couverture de la chimio-prévention du paludisme saisonnier, traitement médicamenteux de masse et l'ablation chirurgicale des hydrocèles et la réparation des paupières trachomateuses. Environ 6,7 millions de personnes, dont 51% de femmes, ont bénéficié de la MDA.

C'est dans ce contexte que l'OOAS sollicite des financements auprès de la Banque africaine de développement (BAD) pour mettre en œuvre un projet multisectoriel (MSELM) afin d'améliorer la résilience des districts transfrontaliers et de réduire la morbidité liée aux MTN parmi les populations vulnérables au Burkina Faso, au Niger et au Mali. Essentiellement, le projet cherche à s'appuyer sur les gains du projet précédent de 2016-2020.

Le projet comprendra la réhabilitation des infrastructures de santé, la fourniture d'équipements de diagnostic, l'amélioration des systèmes d'eau et d'assainissement ainsi que l'infrastructure informatique des établissements de santé, conformément à la Stratégie de la BAD pour des infrastructures de santé de qualité en Afrique (SQHIA) 2022-2030. En effet, l'examen des activités du projet révèle que sa mise en œuvre pourrait générer des risques et impacts environnementaux et sociaux faibles à modérés et dont les plus sérieux sont les déchets biomédicaux. En analysant les textes en vigueur dans les trois pays sur les instruments de classification et de sauvegardes environnementale et sociale, la Banque Africaine de Développement note que certaines activités du projet sont classées en B pour l'ensemble le Burkina Faso et le Niger et en C pour le Mali. Conformément aux exigences du Système de Sauvegardes Intégré (SSI) de la Banque, le projet est classé dans la catégorie 2 et requiert l'élaboration par les Emprunteurs d'un plan de gestion des déchets biomédicaux. Ces termes de référence (TdR) définissent les tâches à entreprendre par les équipes pays, en vue de développer un plan sur les sauvegardes environnementales et sociales du projet, avec un accent particulier sur la gestion des déchets biomédicaux. Ce plan est une partie obligatoire du dossier qui doit être évalué par le Conseil d'administration de la BAD avant que le financement du projet puisse être accordé.

## **II. APERÇU DU PROJET**

L'objectif principal du projet MSELM est de contribuer à l'élimination des MTN en Afrique de l'Ouest en renforçant les capacités de prévention, de détection et de traitement des MTN afin de réduire leur morbidité et d'améliorer la qualité de vie.

Le projet MSELM, qui couvre une période de 3 ans (2023-2025) comporte trois volets :

### **Composante 1 : Renforcement des capacités opérationnelles & Appui à la réhabilitation des structures sanitaires et à l'assainissement de l'environnement**

Cette composante vise à combler une lacune qui n'intéresse souvent pas les partenaires, car elle est considérée comme à forte intensité de capital. Pourtant, environ un tiers des Africains vivent à plus de deux heures de route des services de santé et connaissent de graves pénuries de lits d'hôpitaux, d'équipements médicaux et de médicaments. L'accès aux services de santé et leur qualité posent donc problème. Le projet MSELM vise donc à améliorer l'accès et la qualité des services de santé par la réhabilitation des établissements de santé ruraux, y compris le lifting, l'approvisionnement en énergie, l'eau et l'assainissement ; l'installation ou le renforcement des infrastructures d'information, de communication et de technologie (TIC) ; l'achat d'équipements tels que des microscopes et la fourniture de réactifs et d'autres fournitures pour le diagnostic biologique des MTN ; la construction

d'incinérateurs modernes dans les établissements de santé ; l'achat de matériel chirurgical pour l'hydrocèle et la chirurgie du trichiasis ; et l'équipement des magasins médicaux centraux ou régionaux en matériel de manutention, climatiseurs, etc.

### **Composante 2. Appui à la prévention et à la prise en charge de la morbidité et assurer la résilience des cibles et la pérennité du programme**

Cette composante comprendra des interventions de prestation de services cliniques, la surveillance et la collaboration multisectorielle dans la gestion des déchets. Les activités comprendront le renforcement des capacités pour permettre aux travailleurs de la santé de gérer et de traiter efficacement les MTN, d'organiser la chirurgie de l'hydrocèle et du trichiasis dans les pays, de renforcer la surveillance, de soutenir les évaluations de la qualité des données et l'intégration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les MTN. La participation communautaire et l'inclusion des femmes seront facilitées par l'analyse de l'égalité des sexes et de l'inclusion sociale (GESI) et les évaluations participatives, de vulnérabilité et de capacités (PVCA).

### **Composante 3 : Gestion de projet et soutien institutionnel**

Cette composante couvre la gestion administrative et fiduciaire du projet. Il comprend le recrutement de trois membres du personnel du projet (coordinateur de projet, spécialiste des finances et spécialiste des achats), l'organisation de réunions de coordination et le suivi et l'évaluation. Cela implique également les audits externes du projet.

Les détails des composantes du projet sont disponibles dans la note conceptuelle qui a été partagée avec les équipes de pays.

Le projet MSELM sera géré par une unité de gestion de projet travaillant en étroite collaboration avec l'agent professionnel responsable des MTN et sous la supervision du directeur du Département de la santé publique et de la recherche, OOAS.

### **III. OBJECTIFS**

L'objectif global de l'exercice est de fournir un ensemble de mesures techniques, opérationnelles, organisationnelles, dans un cadre de gestion environnementale et sociale pour prévenir et gérer les risques environnementaux et sociaux potentiels associés à la mise en œuvre du projet NTD, en mettant l'accent sur la gestion des déchets biomédicaux.

En particulier, il va :

- préparer un plan qui identifie les principaux enjeux environnementaux et sociaux associés à la mise en œuvre du projet en cours et proposer des interventions pour les aborder sur une période de 30 mois ;
- définir un cadre de suivi-évaluation des principaux risques environnementaux et sociaux associés au projet, en mettant l'accent sur les interventions pour la gestion des déchets biomédicaux ;
- proposer opérationnel de gestion des déchets biomédicaux incluant la construction d'incinérateurs et dont le coût des activités ne doit excéder un budget maximal de **100 000 USD**,

#### **IV. ZONES D'INTERVENTION DU PROJET**

L'accent sera mis sur les districts transfrontaliers qui seront identifiés par pays. On estime que cinq ou six institutions de santé et deux ou trois laboratoires dans chaque pays pourraient en bénéficier. Pour des raisons de commodité et d'efficacité, les pays peuvent cibler les établissements de santé et les laboratoires situés dans les mêmes districts transfrontaliers.

#### **V. METHODOLOGIE DE REALISATION**

Les interventions devraient tenir compte de la gouvernance, de la collaboration multisectorielle, de l'engagement communautaire et de la responsabilisation. Les départements de la santé environnementale des ministères de la Santé sont encouragés à collaborer avec les organismes environnementaux statutaires des pays pour élaborer le plan :

- Direction Nationale de l'Assainissement et de Lutte contre les Pollutions (DNACPN) au Mali ;
- Agence Nationale des Evaluations Environnementales (ANEVE) au Burkina Faso ;
- Bureau National d'Evaluation Environnementale (BNEE) au Niger

De plus amples détails de l'exercice ont été expliqués aux équipes de pays qui ont participé à une réunion virtuelle sur le projet le 30 août 2022.

#### **VI. TÂCHES PAR PAYS**

Sur la base de la documentation existante, des réunions avec les parties prenantes concernées et des consultations, les équipes de pays s'acquitteront des tâches suivantes :

- identifier les principaux risques/impacts environnementaux et sociaux dans les domaines de mise en œuvre du projet ;
- identifier les méthodes actuelles de gestion des déchets biomédicaux dans le secteur du projet ;
- évaluer les capacités des pays à assurer une bonne gestion des déchets biomédicaux y compris les forces et les faiblesses ;
- identifier les institutions, organisations et sociétés actuelles des secteurs public et privé et leurs rôles dans la gestion des déchets biomédicaux ;
- décrire le cadre politique, institutionnel et juridique de la gestion environnementale et sociale en général de la gestion des déchets biomédicaux en particulier ;
- proposer des mesures pour éliminer ou atténuer les risques environnementaux et sociaux associés à la mauvaise gestion des déchets biomédicaux ;
- les enseignements tirés de projets similaires et la manière dont ils pourraient être mis à profit pour le projet actuel ;
- proposer des mesures pour améliorer la gestion des déchets biomédicaux dans le contexte de la pandémie de COVID-19, des troubles civils et de l'instabilité politique ;
- élaborer un plan de gestion des déchets biomédicaux intégrant un dispositif de suivi-évaluation, un arrangement institutionnel de mise en œuvre, un budget, un mécanisme de gestion des plaintes et des mesures de renforcement des capacités ;

#### **VII. DURÉE DE L'EXERCICE**

Les équipes de pays travailleront en collaboration avec le responsable professionnel des MTN, l'OOAS, avec l'appui technique de la Banque africaine de développement.

La BAD exige que le plan de gestion des déchets biomédicaux soit publié sur son site Web et sur le site Web des pays **d'ici la fin du mois de septembre 2022**.

#### **VIII. LIVRABLE**

Les équipes de pays soumettent un plan de gestion des déchets biomédicaux associés au projet. Le plan peut également couvrir tout autre risque environnemental et social majeur découlant des activités du projet.

#### **Annexe 2 Liste des personnes rencontrées**

- Dr Kola Bocoum, Direction générale de la santé et de l'hygiène publique,
- Mme Aissata Cisse, Direction nationale de l'assainissement et du contrôle des pollutions et nuisances,
- Dr Massitan Dembele, Coordinatrice du Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique, Point Focal Maladies Tropicales Négligées
- Doussouba Doumbia, Direction générale de la santé et de l'hygiène publique