ANNEXE 4 : ÉVALUATION DES SYSTÈMES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX - Addendum

I. Introduction

1. La Banque mondiale soutient le secteur de la santé du gouvernement marocain par le biais du Programme d'amélioration de la santé primaire en milieu rural (PforR), qui est en vigueur depuis 2015. L'objectif de développement du projet (ODP) de l'opération de 100 millions de dollars vise à "élargir l'accès aux soins de santé primaires dans des zones rurales ciblées" dans sept régions qui présentent les résultats les plus faibles en matière de santé. Pour atteindre l'ODP, le Programme comprenait sept ILD axés sur l'amélioration des visites de soins prénataux, les accouchements par du personnel qualifié, le nombre de visites d'enfants malades, le diagnostic et le traitement du diabète, les visites globales aux centres de santé primaire ruraux, la participation des établissements de santé à des concours de qualité et la mise en place d'un système d'information sur la gestion de la santé. Les principaux résultats attendus du PforR sont d'accroître l'utilisation des services de soins de santé primaires dans les zones rurales ciblées, d'améliorer la responsabilisation du système de santé et d'établir un système d'information sanitaire dans les établissements de santé publique. Ces résultats sont obtenus à travers deux domaines : premièrement, l'amélioration des soins de santé primaires dans les zones rurales, et deuxièmement, l'amélioration de la gouvernance dans le domaine des soins de santé. Le Programme a été restructuré à deux reprises, et il a été jugé **moyennement satisfaisant** depuis décembre 2017. La dernière restructuration a eu lieu en décembre 2019 et a prolongé la date de clôture du programme jusqu'au 31 décembre 2020.

2. Avant le lancement du programme en 2015, l'équipe de la Banque mondiale a préparé une Evaluation des Systèmes Environnementaux et Sociaux (ESES) conformément aux exigences de la politique de la Banque mondiale en matière de financement des PforR. L'ESES a examiné la capacité des systèmes nationaux existants à planifier et à mettre en œuvre des mesures efficaces pour gérer les risques environnementaux et sociaux dans le cadre du Programme et a déterminé les mesures nécessaires pour renforcer le système national. Ainsi, l'ESES a recommandé plusieurs actions dans le cadre du plan d'action (PA) de l'ESES qui ont permis de combler les lacunes identifiées, et celles-ci ont été pleinement intégrées dans le PA du Programme.

3. Avec l'avènement de la pandémie COVID-19, le gouvernement a demandé une troisième restructuration du programme avec pour objectifs d'inclure un financement supplémentaire (AF) de 35 millions de dollars provenant de la facilité COVID-19 de la Banque mondiale et la réaffectation des fonds non déboursés de 12,98 millions de dollars. Le Programme serait prolongé jusqu'à sa clôture le 30 juin 2021. Dans l'ensemble, il n'y a pas de changements significatifs au programme gouvernemental initial, de sorte que la notation du risque environnemental et social reste inchangée : **substantiel**.

4. Pour garantir que le risque environnemental et social continue d'être évité, réduit et atténué de manière adéquate, l'équipe de la Banque mondiale a préparé cet addendum à l'ESES afin de couvrir les éventuels aspects environnementaux et sociaux supplémentaires qui pourraient découler de cette restructuration. Cet addendum ne constitue pas une nouvelle ESES et doit être considéré avec l'ESES du Programme parent.

A. Objectifs de l'addendum à l'ESES

5. L'addendum de l'ESES vise à traiter les risques environnementaux et sociaux spécifiques au financement additionnel proposé du Programme d'amélioration de la santé primaire (P173944) et poursuit les objectifs suivants :

- Identifier les changements législatifs et procéduraux potentiels depuis la préparation de l'ESES pour le Programme "Amélioration de la santé primaire dans les zones rurales".
- Identifier les nouveaux risques et impacts environnementaux et sociaux potentiels du financement additionnel au Programme "Amélioration de la santé primaire".
- Recommander des mesures visant à renforcer davantage le système environnemental et social.

B. Méthodologie de l'addendum à l'ESES

6. La préparation de l'addendum a impliqué une série d'entretiens et de consultations avec les parties prenantes du secteur de la santé, à savoir la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA) et la Direction de l'épidémiologie et lutte contre les maladies (DELM) et le Département de la planification et des ressources financières (DPRF) du ministère de la santé, ainsi qu'un examen approfondi des documents (Aide-mémoire, rapports sur l'état d'avancement de la mise en œuvre, PAP) du programme parent. Le projet d'addendum sera traduit en français afin de mener des discussions constructives avec les principales parties prenantes, conformément à la politique de la Banque en matière d'accès et de divulgation des informations.

II. Contexte

7. Le Maroc a augmenté son niveau de préparation et de réponse afin de prévenir le risque d'un plus grand nombre de pertes de vies humaines. Le 1er avril 2020, le ministère de la santé a annoncé l'acquisition de 100 000 tests, et la capacité de test COVID-19 a été renforcée dans 13 laboratoires publics et privés. Le gouvernement a également investi dans la production de masques et de solutions hydroalcooliques et en a réglementé les prix. Des procédures et des protocoles opérationnels standard ont été élaborés pour la quarantaine, l'isolement, la gestion des cas et la prévention et le contrôle des infections. En termes d'isolement / quarantaine et de gestion des cas, plusieurs installations militaires (y compris des hôpitaux temporaires - Hôpitaux de campagne) ont été mobilisées au niveau régional, tandis que 46 hôpitaux publics ont été renforcés pour prendre en charge et traiter les patients atteints de coronavirus. Pour les cas de COVID-19, le gouvernement a augmenté la capacité des lits d'hôpitaux et des unités de soins intensifs, portant la capacité totale des lits des USI à 1 640 et le nombre total de lits à plus de 20 000. Il sera fait appel à des cliniques privées si le nombre de cas ne peut être traité dans les établissements publics. 138 ambulances ont été affectées à l'intervention COVID-19, et des efforts sont en cours pour renforcer la capacité des travailleurs de la santé. Trois numéros de téléphone d'urgence ont été mis en place et des matériels et messages d'information, d'éducation et de communication ont été élaborés. Un système d'information sanitaire entièrement électronique a été mis en place, qui sera régulièrement mis à jour avec les résultats des tests de laboratoire, ce qui permettra d'établir des rapports épidémiologiques en temps réel et d'éclairer la prise de décisions fondées sur des données probantes.

8. Le Maroc doit également mobiliser des ressources supplémentaires à court terme pour lutter contre la COVID-19. Le gouvernement a annoncé un fonds COVID-19 de 3 milliards de dollars US pour répondre aux besoins immédiats dans le secteur de la santé et fournir un stimulus économique. Bien qu'un

financement important ait été obtenu au niveau national, la mobilisation rapide de fonds supplémentaires reste essentielle pour élargir la marge de manœuvre budgétaire et garantir un soutien durable pour répondre à la pandémie.

III. Description du financement supplémentaire

9. L'Objectif de Développement du Programme a été étendu pour prendre en compte les spécificités de COVID-19 comme suit : "élargir l'accès aux soins de santé primaires dans des zones rurales ciblées et renforcer la détection et la gestion des cas pour répondre à la pandémie COVID-19 dans la zone du programme". L'extension de l'ODP permettrait de s'assurer que le PforR peut contribuer à répondre à la menace posée par la pandémie COVID-19 tout en continuant à renforcer le système de santé et en permettant de répondre à cette urgence en soutenant le plan de préparation du gouvernement à la pandémie. Les réalisations en vue de l'ODP révisé et de l'objectif élargi seront mesurées par un cadre de résultats révisé qui comprendra trois nouveaux indicateurs :

a. Indicateurs de l'ODP :

- Indicateur 5 de l'ODP (nouvel Indicateur de décaissement -IDD 8) : "Nombre de tests d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) effectués pour diagnostiquer la COVID-19" ; et

- Indicateur 6 de l'ODP (nouvel IDD 9) : "Nombre d'établissements de santé qui sont désignés comme établissements COVID-19 et équipés conformément aux directives du ministère de la santé".

b. Indicateur de résultats intermédiaires :

- "Nombre de laboratoires désignés ayant des capacités de diagnostic COVID-19 établies selon les directives du ministère de la santé".

10. Alors que le programme parent se concentre sur les zones rurales de sept régions marocaines, l'AF étendra les zones du programme aux zones urbaines des sept régions et couvrira les zones urbaines et rurales de deux régions supplémentaires (Casablanca-Settat et Rabat-Sale-Kenitra) et de trois provinces et une municipalité du sud (provinces de Guelmim, Tan-Tan et Sidi Ifni ; et c) municipalité d'Assa). Les deux régions additionnelles disposent des principaux hôpitaux nationaux (26 à Casa-Settat et 19 à Rabat-Sale-Kenitra) et concentrent 34 % de la population nationale.

11. Conformément aux priorités du gouvernement, un nouveau domaine de résultats serait ajouté au programme pour se concentrer sur l'intervention d'urgence COVID-19. Ce domaine de résultats apporterait un soutien immédiat pour répondre à la pandémie COVID-19. Il soutiendrait le renforcement des capacités de détection de la maladie par la fourniture d'une expertise technique, d'équipements de laboratoire et de systèmes permettant de garantir une recherche rapide des cas et des contacts, conformément aux directives de l'OMS dans le plan de réponse stratégique. Il permettrait également au Maroc de mobiliser une capacité de réaction rapide grâce à des agents de santé de première ligne formés et bien équipés. Les activités soutenues comprendraient :

- Détection des cas, confirmation des cas, recherche des contacts, enregistrement des cas et déclaration des cas. Ceci permettra de : (i) renforcer les systèmes de surveillance des maladies, les laboratoires de santé publique et la capacité épidémiologique de détection précoce et de

confirmation des cas ; (ii) combiner la détection de nouveaux cas avec la recherche active des contacts ; (iii) soutenir les enquêtes épidémiologiques ; (iv) renforcer l'évaluation des risques, et (v) fournir des données et des informations en temps utile pour guider la prise de décision et les activités de réponse et d'atténuation. Un soutien supplémentaire pourrait être fourni pour renforcer les systèmes d'information sur la gestion de la santé afin de faciliter l'enregistrement et le partage virtuel des informations en temps voulu.

- Renforcement du système de santé. Le programme soutiendrait le système de soins de santé pour la planification de la préparation afin de fournir des soins médicaux optimaux, de maintenir les services communautaires essentiels et de minimiser les risques pour les patients et le personnel de santé, y compris la formation du personnel des établissements de santé et des travailleurs de première ligne sur les mesures d'atténuation des risques et la fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) et de matériel d'hygiène appropriés. Le renforcement de la capacité de soins cliniques pourrait être réalisé grâce à des plans de financement pour la création d'unités spécialisées dans des hôpitaux sélectionnés, des directives de traitement, la formation clinique du personnel de santé et des directives de contrôle des infections dans les hôpitaux. Il s'agirait notamment de soutenir les installations de soins intensifs au sein des hôpitaux en leur fournissant du matériel médical et en formant les équipes de santé.

IV. État d'avancement de la mise en œuvre du PAP

12. L'évaluation du PA du Programme a révélé un retard important dans la désignation des points focaux E&S aux niveaux national et régional. Entre-temps, la gestion des déchets médicaux s'est améliorée dans les hôpitaux des zones urbaines et semi-urbaines, mais pas dans les ESSP (Etablissements de Soins de Santé Primaires) ruraux. La création d'une ligne budgétaire (consacrée au transport et à l'élimination des déchets médicaux) dans le budget annuel de la direction régionale du ministère de la santé et des délégations du ministère a contribué à externaliser la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques au niveau des hôpitaux et des ESSP.

13. Le PforR comprend un IDD sur les évaluations de la qualité ainsi qu'un indicateur sur la mise en place d'un mécanisme de recours en cas de doléances (GRM), tous deux opérationnels et très efficaces. Ces activités ont catalysé un intérêt plus large pour la qualité des soins, et pendant la période de mise en œuvre du PforR, le système de santé marocain a fait de grands progrès pour devenir un système de santé évolutif grâce à l'apprentissage.

V. Modifications législatives et procédurales

14. Le système environnemental et social décrit dans l'ESES du projet parent est toujours applicable tant en termes de lois, de règlements et de normes qu'en termes de procédures et de mise en œuvre effective de ces lois et normes.

15. L'article 4 du décret n° 2-09-139 stipule que les producteurs de déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) sont tenus de mettre en place un système de gestion interne. L'article 5 précise que, quel que soit le producteur des DMP, la gestion de ces déchets comprend la séparation à la source, le conditionnement, le stockage et, le cas échéant, la collecte et le transport, le traitement et l'élimination de ces déchets.

16. Le décret conjoint (2018) entre le ministère de la santé et le département de l'environnement sur la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques décrit les outils techniques et organisationnels pour une gestion efficace des déchets médicaux dans les établissements de soins de santé. Le décret réglemente :

- l'organisation et le fonctionnement du système interne de gestion des déchets (comme mentionné dans l'article 4 du décret n° 2-09-139) ;
- les règles de stockage des déchets médicaux et pharmaceutiques, notamment celles relatives à la durée, aux caractéristiques et aux conditions d'entretien des locaux qui leur sont destinés ;
- les techniques appropriées et les différents procédés de traitement et d'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques des catégories 1 et 2 ;
- les procédures d'agrément, de mise en œuvre et de contrôle des équipements de traitement des déchets médicaux et pharmaceutiques des catégories 1 et 2.

17. Le ministère de la santé a acquis une grande expérience dans l'application de cette loi et de ses décrets d'application grâce à des projets de construction d'hôpitaux financés par des donateurs internationaux. L'expérience du ministère de la santé dans ce domaine a également bénéficié de sa participation aux comités d'EIE aux niveaux central et régional.

18. Le ministère de la santé (DHSA et DHM) a produit en 2002 un guide pour la gestion des déchets médicaux dans les établissements de soins de santé, et avec le soutien de l'OMS (CEHA), un guide pratique pour la gestion des déchets médicaux dans les établissements de soins de santé a été élaboré en 2004. En 2013, le cadre de référence de l'audit environnemental des hôpitaux pour la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques a été établi. Ce référentiel d'audit sert d'outil didactique et opérationnel pour soutenir les différents établissements de santé dans leurs efforts d'amélioration de la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, quel que soit leur niveau de performance dans ce domaine.

19. Le ministère de la santé a élaboré et mis en œuvre un programme de santé visant à contrôler les facteurs environnementaux qui ont été identifiés comme des déterminants importants de la santé, tels que l'eau potable, les eaux de baignade, l'air ambiant et les vecteurs de maladies.

20. Il convient également de noter que depuis 2004, tous les hôpitaux publics ont externalisé la gestion des DPP, de la collecte interne au transport et à l'élimination par broyage et stérilisation.

VI. Risques et impacts environnementaux et sociaux du financement additionnel

21. Le financement additionnel (FA) augmente le profil de risque du programme initial. La crise actuelle de la pandémie de COVID implique une maladie hautement contagieuse qui se propage rapidement et entraîne une évolution potentiellement mortelle de la maladie chez les patients touchés. La maladie a donc le potentiel d'infecter non seulement d'autres patients, mais aussi le personnel hospitalier, et pourrait entraîner une charge élevée de patients dans des hôpitaux et des centres de santé mal préparés.

22. Alors que la législation nationale en matière de santé et d'environnement (système national) décrite ci-dessus comprend les mesures nécessaires pour atténuer les risques potentiels, le FA comprend également les mesures nécessaires pour assurer la protection du personnel hospitalier, communiquer sur la réduction des risques à la population générale et fournir des documents pour assurer le diagnostic et le suivi de la maladie. Le FA est donc structuré pour gérer et réduire les risques liés à la crise COVID. Le

Programme parent a contribué à la mise en place de systèmes dans les zones rurales, y compris des systèmes de gestion des risques liés à l'E&S, tels que la gestion des déchets, les GRM, qui ont renforcé la fourniture de services de santé et réduit les risques de contagion et de reproduction de la maladie. Les services de santé dans les zones urbaines sont considérés comme suffisamment solides pour gérer la crise actuelle. L'extension du FA à deux régions supplémentaires aidera le gouvernement à améliorer la gestion de la crise.

23. D'une manière générale, la mise en œuvre du Programme aura probablement plus d'avantages et d'impacts positifs dans les communautés ciblées. Il est important de souligner que les différents risques et impacts identifiés dans l'ESES pour les interventions du Programme parent restent pertinents pour ce FA. L'ESES du Programme parent a identifié l'augmentation des déchets sanitaires au niveau des ESSP comme le principal risque environnemental, et cela reste le cas pour le FA. En effet, les volumes de déchets infectieux générés par les activités COVID-19 spécifiques au FA augmenteront en raison de la production accrue d'équipements de protection individuelle (EPI) tels que gants, masques faciaux et nasaux, blouses de protection imperméables, bottes en caoutchouc, tablier en caoutchouc, mouchoirs en papier et autres matériaux contaminés.

24. La production de déchets sanitaires sera limitée aux hôpitaux et aux structures de soutien (hôpitaux de campagne). Ces systèmes hospitaliers de gestion des déchets sont basés sur une procédure claire et largement appliquée (voir section IX) développée par la DHSA pour gérer les déchets sanitaires produits au niveau des unités d'isolement Covid-19. Les responsables de l'environnement des représentations régionales du ministère de la santé veillent à la stricte application de ces procédures. Dans ces hôpitaux, la gestion des eaux usées n'est pas aussi critique que dans les zones rurales visées par le Programme parent. En effet, tous les hôpitaux et les structures associées (hôpitaux de campagne) sont connectés au réseau d'assainissement des centres urbains où ils sont situés.

25. Les responsables de l'environnement des représentations régionales du ministère de la santé contribueront à contrôler l'application stricte de ces procédures.

26. Le transport, le traitement et l'élimination des déchets sanitaires sont assurés par des entreprises privées autorisées par le ministère de la santé pour la partie transport et par le département de l'environnement pour la partie traitement et élimination. La seule technologie approuvée par le département de l'environnement pour le traitement est la vaporisation.

27. Les tests de laboratoire pour COVID-19 impliquent le plus souvent des tests d'amplification des acides nucléiques (NAAT). Les tests d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) utilisent des réactifs tels que le thiocyanate de guanidine qui est considéré comme dangereux en particulier pour la peau (corrosion) et les yeux (dommages/irritation). La toxicité aiguë (orale, cutanée et par inhalation) est de catégorie 4 selon la norme OSHA Hazard Communication Standard 2012 (29 CFR 1910.1200[1]) qui est la catégorie de risque la plus faible.

28. Sur la base de ce qui précède, les effets négatifs attendus avec l'augmentation de la portée du Programme restent négligeables, tant que les aspects réglementaires et les recommandations du plan d'action de l'ESES sont mis en œuvre dans l'ensemble des régions ciblées par le Programme. Outre la

[1] https://www.osha.gov/dsg/hazcom/ghoshacomparison.html

nomination de points focaux E&S dans les deux régions supplémentaires, l'extension nécessitera l'intégration des structures existantes dans le système de supervision E&S existant.

29. Le financement additionnel proposé ne comprend pas d'activités nécessitant l'acquisition de terrains, car les activités sont principalement axées sur la modernisation et l'équipement des infrastructures existantes et le renforcement du nombre d'essais Covid-19. Comme pour le Programme parent, les activités nécessitant une telle acquisition seront exclues du Programme.

30. Le financement additionnel proposé aura des impacts sociaux positifs car il devrait améliorer la surveillance, la gestion des cas, le suivi et le confinement COVID-19. Toutefois, il comportera des risques sociaux potentiels qui sont principalement liés : i) à la santé et à la sécurité de la communauté et en particulier à l'exposition des personnes à haut risque au virus lors de l'utilisation du matériel, des équipements et des médicaments acquis ; ii) à la capacité limitée des groupes vulnérables à accéder aux installations et aux services conçus pour lutter contre la maladie et au mécontentement social croissant dû au manque de tests, de médicaments et d'équipements nécessaires ; iii) à la capacité limitée des services de santé à répondre à l'épidémie ; et iv) à la communication insuffisante concernant l'effort de prévention et de contrôle de la maladie. Ces risques sont pris en compte par le Programme, qui vise à assurer l'équité d'accès aux soins de santé, à renforcer la responsabilité sociale et la gouvernance participative et à développer des mécanismes de gestion des plaintes (MGP) qui soient facilement accessibles, culturellement appropriés et compréhensibles pour les personnes et les communautés touchées. Le programme contiendra des mécanismes visant à assurer l'inclusion des populations vulnérables (personnes âgées, jeunes, ménages dirigés par des femmes/veuves, orphelins, sans-abri, etc.), y compris en ce qui concerne la communication et l'accès pour tous. Des protocoles devront garantir que les personnes infectées dans les régions éloignées auront accès aux avantages du programme et que des lignes directrices telles que les orientations de l'OMS sur la communication des risques et l'engagement communautaire pendant la pandémie seront suivies[2].

31. Le mécanismes de gestion des plaintes (MGP) est pleinement opérationnel grâce au "Centre d'écoute et de gestion des réclamations" (CEGR), et le renforcement des capacités de gestion du MGP au niveau régional a été achevé fin décembre 2019, y compris la mise en place de numéros de téléphone régionaux. Le MGP est entièrement décentralisé au niveau des établissements de santé à l'échelle nationale. Le portail MGP fait désormais partie du portail national ***chikaya.ma***. Compte tenu de ces efforts, la CEGR a récemment changé de nom pour devenir "l'Unité centrale de gestion des réclamations" (UCGR). Grâce à ce mécanisme, les patients peuvent signaler leurs réclamations par téléphone ou par internet et fournir un retour d'information sur le personnel et les centres de santé afin qu'ils puissent être dirigés vers le service approprié. L'UCGR continue à recevoir et à traiter les réclamations des patients qui utilisent les services de santé offerts par le ministère de la santé. Au cours de la période 2016-2018, plus de 4700 demandes ont été soumises. 73% d'entre elles étaient liées aux services de santé et traitées par le biais d'un retour d'information vers les établissements concernés par les niveaux supérieurs de prise de décision dans le système de santé.

32. La loi marocaine n° 09-08 du 18 février 2009 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et son décret d'application n° 2-09-165 du 21

---

[2] https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/risk-communication-and-community-engagement

mai 2009, constituent le cadre régissant la protection des données et de la vie privée[3]. La loi institue la Commission Nationale de Protection des Données Personnelles[4] comme autorité de contrôle de son application. Cette loi vise à assurer une protection efficace des personnes contre l'utilisation abusive de données susceptibles de porter atteinte à leur vie privée et à harmoniser le système marocain de protection des données personnelles avec ceux de ses partenaires. Les exigences en matière de protection des données sont destinées à être alignées sur celles de l'UE afin de permettre le traitement des données au Maroc. Les données personnelles sont définies comme toute information, quelle que soit sa nature et son format, relative à une personne identifiée ou identifiable, y compris les données génétiques, et couvrent donc les patients et autres données créées dans les hôpitaux et les laboratoires. Ainsi, le Maroc dispose d'un cadre solide pour la protection des données et la gestion des griefs liés au traitement des données qui pourraient découler des régimes de tests. Les points focaux E&S régionaux et centraux, par l'intermédiaire du GRM, surveilleront l'application des règlements.

33. Les activités financées dans le cadre du financement additionnel proposé permettront de maintenir et de renforcer la protection des travailleurs du système de santé grâce au financement d'équipements de protection individuelle (EPI) et de matériels d'hygiène appropriés.

34. De ce qui précède, la notation du risque environnemental et social reste inchangée, à savoir "substantiel", car aucune des nouvelles activités n'est susceptible d'avoir des effets négatifs importants, sensibles, divers ou sans précédent sur l'environnement et/ou les personnes affectées.

VII. Recommandations pour renforcer le système environnemental et social

35. Les recommandations de l'ESES du projet parent et le plan d'action proposé (tel que présenté dans le tableau "Plan d'action" ci-dessous) seront utilisés pour l'ensemble du Programme. Deux actions clés ont été ajoutées pour gérer la portée géographique accrue et pour mieux cibler les risques dus à la crise COVID-19, qui doivent être menées à bien immédiatement après l'entrée en vigueur du FA La première recommandation supplémentaire proposée concerne la gestion des déchets médicaux COVID-19 et suggère l'adoption des lignes directrices du Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) et du Secrétariat de la Convention de Bâle[5] qui sont énoncées comme suit :

> *Tirer parti du fait que le virus ne vit pas très longtemps en dehors du corps. On ne connaît pas encore sa durée exacte, mais la meilleure preuve est qu'il peut durer jusqu'à 3 jours sur les surfaces dures comme le plastique, mais moins sur les surfaces poreuses.*
>
> *En dehors de l'environnement hospitalier, les masques, les EPI, les mouchoirs et autres déchets non biodégradables liés au coronavirus sont collectés séparément, mis dans des sacs doubles et étiquetés avec la date. Il n'est pas nécessaire de traiter ces matériaux au préalable avec un désinfectant. S'il est possible que les masques ou les EPI soient destinés à être réutilisés illégalement, ils peuvent être coupés ou mutilés avant d'être éliminés. Public Health England conseille de les laisser 72 heures avant de les envoyer à l'élimination*

---

[3] https://www.cndp.ma/images/lois/Loi-09-08-Fr.pdf, https://www.cndp.ma/images/lois/Decret-2-09-165-Fr.pdf,

[4] https://www.cndp.ma/fr/

[5] UNEP (2003) Technical Guidelines on the Environmentally Sound Management of Biomedical and Healthcare Wastes, at http://archive.basel.int/pub/techguid/tech-biomedical.pdf

comme les déchets municipaux habituels. À ce moment-là, il ne présente plus qu'un risque minimal pour les personnes qui manipulent les déchets.

L'application de la procédure de gestion des déchets médicaux Covid-19 est intégrée dans le budget des hôpitaux concernés par ce financement additionnel. Les points focaux régionaux doivent surveiller la mise en œuvre de cette procédure et faire périodiquement rapport au point focal central.

36. Il est recommandé de maintenir l'organisation institutionnelle mise en place pour mettre en œuvre les recommandations initiales de l'ESES et celles relatives au financement additionnel. À cet égard, le point focal E&S désigné dans le DELM au niveau central et les points focaux régionaux E&S désignés pour chaque région dans le cadre du Programme parent devraient continuer à suivre la mise en œuvre des recommandations de l'ESES et des procédures proposées et faire rapport périodiquement à l'unité de mise en œuvre du projet. Les mêmes procédures institutionnelles devraient s'appliquer aux deux nouvelles régions auxquelles le Programme a été élargi, et la désignation des points focaux E&S correspondants devrait être complétée avant l'entrée en vigueur du FA proposé.

37. Dans un premier temps, grâce à son unité de communication, la Division de la communication, des protocoles et des mécanismes de sensibilisation sont mis en place pour assurer une communication efficace afin que la population comprenne les risques de la pandémie autour de la prévention et du contrôle de la maladie. Grâce à des efforts ciblés, elle veillera à ce que les populations vulnérables puissent bénéficier des avantages du Programme, notamment en ce qui concerne la communication par des moyens accessibles à tous et la fourniture d'un accès physique pour tous, y compris les personnes handicapées. Les protocoles devront garantir que les personnes infectées dans les régions éloignées auront accès aux avantages du Programme. Les meilleures pratiques et lignes directrices internationales telles que les orientations de l'OMS sur la communication des risques et l'engagement communautaire - Pilier 2 des Directives de planification opérationnelle pour soutenir la préparation des pays - sont suivies[6].

38. Les mécanismes de gestion des doléances (MGD) du Programme sont placés sous l'Unité centrale de gestion des réclamations - UCGR au ministère de la santé. Il a été mis en place et sera encore renforcé pour pouvoir gérer la portée régionale élargie et les nouvelles tâches relevant de l'AF, telles que les doléances qui surviendront pendant la crise COVID-19, par exemple au sujet du manque d'accès aux soins de santé, aux tests ou aux autres avantages du Programme. Le MGD est géré au niveau central du ministère de la santé et est déployé dans les régions dans le cadre du Programme parent. Il devra intégrer les deux régions supplémentaires et augmenter la capacité de gestion des griefs liés à l'accès aux soins de santé COVID. Le point focal E&S au niveau central et régional établira un mécanisme de suivi et de rapport pour inclure les griefs dans les rapports réguliers du Programme.

27. L'ESES du projet parent a été consultée avec des représentants de la société civile le 4 février 2015. Les consultations pour le financement additionnel proposé seront menées à distance sans ateliers physiques en raison du confinement. L'addendum de l'ESES sera traduit en français et partagé avec les parties prenantes. Il sera publié sur le site web du ministère de la santé et sur celui de la Banque pour les consultations à distance et distribué aux parties prenantes par des moyens électroniques tels que les courriels. Les commentaires seront recueillis et pris en considération, et les principales questions et

---

[6] https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf
https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/risk-communication-and-community-engagement

préoccupations soulevées lors des consultations seront résumées et insérées dans la version finale de l'addendum. Des consultations seront menées pendant la mise en œuvre du Programme afin d'engager le dialogue avec les populations et les patients, les personnes vulnérables et celles vivant à distance. Les consultations utiliseront les lignes directrices de l'OMS mentionnées ci-dessus.

VIII. Plan d'action

Action	Echeancier	Responsabilites	Mesures de realisation	Action finalisee Oui/Non
Manuel de Procedures				
Finalisation du manuel de procédures, intégrant notamment les dispositions du Plan national pour la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques.	30 Juin 2015	Ministere de la santé	Manuel des procédures soumis à la non-objection de la Banque	Oui
Diffusion/formation sur les aspects environnementaux du manuel de procédures au personnel des régions cibles.	2016	Ministere de la santé	Plan de dissémination ; Plan de formation	Oui
Système de Gestion Environnementale and Sociale (SGES)				
Les responsables des 9 régions surveilleront les aspects environnementaux sur la base d'indicateurs convenus avec le ministère de la santé.	Avril 2016	Ministere de la santé	Indicateurs de suivi	Etendu au FA
Des points focaux E&S seront désignés pour les deux régions additionnelles.	Avant l'entrée en vigueur du Programme	Ministere de la sante – Representations regionales	Monitoring by PIU	
Les régions cibles préparent des plans régionaux pour la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, sur la base du plan national. Les neuf régions ciblées produisent des rapports annuels sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des plans régionaux.	2016 2017-2018	Ministere de la santé	Plans Regionaux Annual progress reports	Non, mais ne peut être réalisée pendant la crise du Covid
Réalisation de l'étude diagnostique du système de traitement des déchets.	Decembre 2015	Ministere de la santé	Etude	Non, mais ne peut être réalisée pendant la crise du Covid
Le diagnostic des systèmes actuels de gestion des griefs, la stratégie et le projet de manuel pour la mise en œuvre des mécanismes de gestion des griefs sont finalisés.	Decembre 2015 Decembre 2016		Procédure de gestion des doléances SIS	Oui

Un pilote est mis en place pour tester le système de gestion des griefs. Le pilote est évalué, et le manuel de mise en œuvre est revu. Expansion du mécanisme révisé de gestion des griefs	Decembre 2017 Decembre 2018	Ministere de la santé	Rapports	
Élargissement de la GRM pour (i) couvrir les plaintes COVID-19 et gérer les réponses, et (ii) couvrir les deux régions supplémentaires Mise en place d'un système de suivi et de compte rendu recueillant les données relatives aux griefs et à la résolution des problèmes dans les zones de projet et les consolider pour les intégrer dans les rapports réguliers Les points focaux régionaux et centraux E&S, par l'intermédiaire du GRM, surveilleront l'application des règlements relatifs à la protection des données	Immédiatement après l'entrée en vigueur du FA	Ministere de la sante - *Unité centrale de gestion des réclamations - UCGR*	Rapports de suivi	
Développement de protocoles et de mécanismes de sensibilisation pour assurer l'inclusion des populations vulnérables parmi les bénéficiaires du programme	Ongoing/ Immediately after program AF effectiveness	Ministere de la sante - *Division de la communication*	Protocols developed and communications undertaken	

IX. Procédure de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques au niveau des unités d'isolement covid-19

ROYAUME DU MAROC Ministère de la Santé		المملكة المغربية ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ وزارة الصحة ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵓⵏⵏⵓⵏⵜ
REDACTEUR **Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA)**	**PROCEDURE DE GESTION DES DMP** DECHETS DES SALLES D'ISOLEMENT (COVID-19)	
Procédures 001 version mars 2020		

Gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques générés au niveau d'une unité d'isolement : Covid-19

GESTION DES DÉCHETS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES (DMP) GENERES AU NIVEAU DES UNITES D'ISOLEMENT
Cas du CORONA VIRUS

1. OBJET :

Cette procédure décrit les modalités de gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) au niveau des unités d'isolement, notamment les modalités du tri, d'emballage de ces déchets ainsi que le circuit de collecte interne et leur transport vers l'unité de traitement.

2. OBJECTIF

Mettre en place une gestion sécurisée des déchets générés au niveau des unités d'isolement afin de réduire notamment leur risque infectieux tout au long de la filière (au sein de l'établissement et à l'extérieur).

3. DOMAINE D'APPLICATION :

- Unité d'isolement ;
- Lieu d'entreposage final ;
- Le véhicule du transport ;
- L'unité de traitement.

4. REFERENCES

- La loi 28-00 relative à la gestion des déchets et à leur élimination ;
- Décret n°2.09.139 du 25 joumada I 1430 (21 mai 2009) relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques ;
- Décret 2-14-85 du 20 janvier 2015 relatif à la gestion des déchets des déchets dangereux ;
- Guide de gestion des déchets médicaux et pharmaceutique du Ministère de la Santé.

5. ACTEURS CONCERNES :

- Professionnels de santé ;
- Agents chargés de la manutention, de la pré-collecte, du transport vers le site de traitement, ainsi que du traitement et de l'élimination des déchets au niveau des installations de traitement.

6. CONDITIONS PARTICULIERES DE GESTION DES DECHETS

6.1. Tri

Au niveau des unités d'isolement, les déchets assimilés aux déchets ménagers sont considérés comme des déchets à risque infectieux.
Ainsi ,tous les déchets ménagers et ceux à risque infectieux doivent être conditionnés dans le même container menu de son sac rouge : Restes des nourritures, ustensiles en plastique (jetables), gobelet, champs d'examen, équipements de protection individuelle (à l'exception des lunettes), papier absorbant, sacs, bouteilles en plastique vides, mouchoirs ...etc

6.2. Emballage des DMP

- Les conteneurs de couleur jaune pour les objets piquants coupants et tranchants ;
- Les sacs rouges pour tous les autres déchets ;
- Des containers (de préférence d'une couleur différente des autres DMP : rouge /ou bleu) ; afin de différencier les conteneurs des déchets infectieux émanant des salles d'isolement de ceux émanant des autres services ;
- Le remplissage des sacs et des containers ne doit pas dépasser les trois quarts de leurs capacités ;
- Les sacs rouges une fois remplis au ¾ doivent être scellés ;
- Les conteneurs jaunes des DPT une fois remplis aux trois quarts, peuvent être mis dans les containers avec sacs rouges ;

- Les containers doivent être fermés hermétiquement.

NB :

- Les conteneurs pour les objets piquants et tranchants sont à usage unique ;
- Les containers doivent être étiquetés.

6.3. Pré-collecte / Transport interne :

- **Quand la pré-collecte se ferait –elle ?**

L'évacuation doit se faire au moins une fois par jour (à une heure bien déterminée et régulière) et selon un circuit prédéfini par l'hôpital :(CLIN/ Responsable d'hygiène/Direction).

- Qui ferait la pré-collecte ?

Le collecteur habituel des déchets (soit d'une société sous-traitante, soit une autre personne désignée par la Direction) ; doté d'un habillement convenable sécurisé et sécurisant : veste, pantalon, charlotte, bavette(masque), gants, lunettes, bottes et d'une sur- blouse jetable.

- Comment se fait la pré-collecte ?

Le collecteur bien protégé, procède à la récupération des containers, après les avoir désinfectés entièrement de l'extérieur à l'aide d'un détergent /désinfectant (l'eau de javel dilué à 12°) selon les recommandations de L'OMS, et au transfert directement des containers vers le lieu de stockage final en attente de leur évacuation pour traitement.

La pré-collecte doit avoir lieu moyennant des chariots réservés exclusivement à cette action en respectant les instructions de la direction de l'hôpital concernant notamment la fréquence et le circuit de l'opération de pré-collecte.

NB : l'agent chargé de la pré-collecte doit veiller à ce que les containers remplis n'entrent pas en contact avec les containers vides (propres).

6.4. Stockage :

- Les containers doivent être stockés dans le local dédié à cet effet et répondant aux normes de sécurité et d'hygiène requises ;
- Le collecteur doit désinfecter les surfaces des containers à l'aide d'un produit désinfectant agrée ;
- Le chariot de pré-collecte doit être impérativement nettoyé et désinfecté après chaque opération de pré-collecte.

NB :

- Le local de stockage doit être obligatoirement verrouillé et non accessible aux personnes non autorisées ;
- Le local de stockage doit être nettoyé et désinfecté après chaque opération de transport des déchets ;
- Le personnel chargé du stockage doit respecter les règles de précaution standard notamment le port des moyens de protection individuelle et le lavage des mains ;
- Le local de stockage des DMP doit être réservé exclusivement à cet effet, il ne doit en aucun cas servir pour le stockage des containers vides (propres).

6.5. Collecte et Transport

- Qui fait le transport ?

Le transport des déchets d'isolement se fait dans les mêmes conditions que les DMP de catégorie 1 et 2 par des véhicules autorisés par le Ministère de la santé pour le transport desdits déchets sous la responsabilité de la société sous-traitante.

- Quand se fait le transport ?

L'enlèvement se fait selon le planning habituel préétabli et contractuel entre l'hôpital et son prestataire de la gestion des DMP.

- Comment se fait le transport ?

Avant le chargement des containers dûment étiquetés, différenciés des autres containers des DMP (couleur différente), les agents responsables de l'enlèvement doivent procéder à la pulvérisation par un désinfectant sur l'ensemble des containers. Ensuite les agents responsables de la collecte et transport procèdent au chargement en sécurité dans le véhicule préalablement désinfecté, afin de les transporter vers le site de traitement et d'élimination des déchets.
Cette opération est sanctionnée par l'établissement du bordereau de suivi habituel.
NB : Le transporteur-collecteur doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour éviter tout contact entre les containers remplis et les containers vides propres.

6.6. Traitement et élimination

- Acheminement des déchets à risque infectieux vers l'usine de traitement.

- Juste après le déchargement, il faut nettoyer et désinfecter le véhicule de transport des DMP au niveau des locaux de l'installation de traitement des DMP ;
- Nettoyage et désinfection immédiate des containers vidés (eau chaude+ eau de javel à 12°...) ;
- Procéder au traitement desdits déchets dès leur réception (les traiter en priorité) et le remplissage et signature du bordereau de suivi et faire retourner une copie à l'hôpital ;
- Après le traitement, les déchets traités doivent rejoindre la décharge publique.

NB :

Au niveau du site de traitement des DMP ; les mesures d'hygiène et de sécurité renforcées doivent être prises notamment :

- Le port des tenues répondants aux règles d'hygiène : (gants, masques, bottes, lunettes, bonnet, veste et pantalon, imperméables et sur-blouse jetable) ;
- Interdiction de manipulation directe des déchets par le personnel ;
- Observance du lavage et désinfection des mains convenablement, et à l'aide d'une solution ou gel hydro alcoolisée ;
- Nettoyage et désinfection adéquats des surfaces et des locaux du site de traitement.

Logigramme du circuit des déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) générés au niveau des unités d'isolement

Documents /outils	Circuit sale	Fonction / Responsabilité
Précautions Standard Planning de pré-collecte des DMP Bordereau de suivi des DMP remplis et signés	Réaliser l'hygiène des mains /Port des moyens de protection individuelle ↓ Préparer le chariot pour la pré-collecte des déchets médicaux et pharmaceutiques (DMP) ↓ Faire la pré-collecte selon le planning et le circuit pré- établi par la direction de l'hôpital ↓ Déchargement des conteneurs remplis au niveau du local de stockage final ↓ Nettoyage et désinfection du chariot réservé à la pré- collecte au niveau de local e stockage final ↓ Transport les déchets à l'installation de traitement moyennant un véhicule autorisé à cet effet ↓ Nettoyage et désinfection du local de stockage final	- Agent chargé de la pré-collecte / stockage. - Responsable de la gestion des DMP au niveau de l'hôpital - Responsable de la gestion des DMP au niveau de l'hôpital - Collecteur transporteur - Agent chargé de la pré-collecte / stockage.
Documents / outils	**Circuit propre**	**Fonction / Responsabilité**
Précautions Standard	Réaliser l'hygiène des mains par /Port des moyens de protection individuelle ↓ Préparer le chariot « propre » pour la distribution des sacs et des conteneurs propres ↓ Distribution des conteneurs propres vides et des sacs rouges	- Agent chargé de la pré-collecte /stockage - Responsable de la gestion des DMP au niveau de l'hôpital

NB : Toutes les mesures et précaution doivent être prise pour éviter le contact des conteneurs vides et ceux remplis des DMP.