



REPUBLIQUE TOGOLAISE

MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

PROJET REGIONAL DE RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE  
SURVEILLANCE DES MALADIES (REDDISSE-TOGO)  
PLAN STRATEGIQUE DE GESTION DES DECHETS MEDICAUX  
2016-2020



Novembre 2016

## TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| SIGLES ET ABREVIATIONS .....  | V  |
| RESUME .....  | 8  |
| INTRODUCTION .....  | 10 |
| I. GENERALITES .....  | 13 |
| 1.1. Généralités sur le Togo .....  | 13 |
| 1.2. Quelques concepts sur la gestion des déchets .....                             | 18 |
| II. RESULTATS DE L’EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2017 .....                   | 22 |
| 2.1. Vue d’ensemble de la mise en œuvre du plan stratégique 2014-2017 .....         | 22 |
| 2.2. Evaluation par axe stratégique .....   | 22 |
| III. ETAT DES LIEUX DE LA GESTION DES DECHETS ... ..                                | 25 |
| 3.1. Cadre institutionnel et réglementaire de la gestion des déchets médicaux ..... | 25 |
| 3.2. Conventions internationales relatives aux déchets .....                        | 30 |
| 3.3. Cadre stratégique en matière de gestion des déchets médicaux .....             | 30 |
| 3.4. Ressources financières .....   | 32 |
| 3.5. Ressources matérielles .....   | 32 |
| 3.6. Organisation et structuration de la gestion des déchets .....                  | 32 |
| 3.7. Processus Actuel de gestion des DBM .....                                      | 33 |
| IV. PROJET REDISSE-Togo .....   | 34 |

|            |  |    |
|------------|--|----|
| 4.1.       | Contexte du secteur de la santé humaine .....                            | 35 |
| 4.2.       | Contexte du secteur de la santé animale .....                            | 36 |
| 4.3.       | Objectifs du projet REDISSE-Togo .....                                   | 37 |
| 4.4.       | Bénéficiaires du projet .....  | 38 |
| 4.5.       | Résultats attendus .....   | 38 |
| 4.6.       | Description du projet .....  | 39 |
| V.         | ANALYSE SWOT EN MATIERE DE GESTION DES DECHETS MEDICAUX .....            | 53 |
| 5.1.       | Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gestion actuelle ..... | 53 |
| 5.2.       | Les défis .....  | 55 |
| 5.3.       | Les Axes Stratégiques .....  | 55 |
| VI.        | Objectifs du plan de gestion des déchets médicaux .....                  | 63 |
| 6.1.       | Objectif général du plan de gestion des déchets médicaux .....           | 63 |
| 6.2.       | Objectifs spécifiques .....  | 63 |
| 6.3.       | Résultats attendus .....   | 63 |
| VII.       | PLAN D'ACTION DETAILLE BUDGETISE DE GESTION DES DECHETS MEDICAUX.....    | 68 |
| VIII -     | CADRE DE MISE EN ŒUVRE .....   | 74 |
| 1.1        | Planification .....  | 74 |
| 1.2        | Suivi .....  | 75 |
| 1.3        | Supervision .....  | 77 |
| 1.4        | Evaluation .....   | 77 |
| CONCLUSION | .....  | 78 |

PSGDM 2016-2020 DEFINITIEF

## SIGLES ET ABREVIATIONS

|         |  |
|---------|--|
| ASC     | Agent de Santé Communautaire                                       |
| AH.E.   | Assistant d'Hygiène d'Etat   |
| ANASAP  | Agence National d'Assainissement et de Salubrité publique          |
| ANGE    | Agence Nationale de Gestion de l'Environnement                     |
| BM      | Banque Mondiale  |
| CCC     | Communication pour un Changement de Comportement                   |
| CCP     | Comité de coordination du Plan                                     |
| CHR     | Centre Hospitalier Régional  |
| CHU     | Centre Hospitalier Universitaire                                   |
| CMS     | Centre Médico-social   |
| CPN     | Consultation Pré Natale  |
| CPC     | Contrôle pour la Promotion de la Croissance                        |
| DAOM    | Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères                         |
| DAB     | Division de l'Assainissement de Base                               |
| DASRI   | Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux                    |
| DBM     | Déchets biomédicaux  |
| DESR    | Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation           |
| DHAB    | Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base              |
| DHP     | Division de l'Hygiène Publique                                     |
| DM      | Déchets Médicaux   |
| DPS/DDS | Direction Préfectorale de la Santé/Direction de District Sanitaire |
| DRS     | Direction Régionale de la Santé                                    |
| DSM     | Déchets de Soins Médicaux  |
| DST     | Direction des Services Techniques des municipalités                |
| ECD     | Equipe Cadre de District   |
| ECR     | Equipe Cadre Régional  |
| FS      | Formation Sanitaire  |
| GDSM    | Gestion des déchets de Soins Médicaux                              |
| GTVD    | Gestion, Traitement et Valorisation des Déchets                    |
| GAVI    | Global Alliance for Vaccination and Immunization                   |
| HP      | Hôpital de Préfecture  |
| HDI     | Health Development International                                   |
| IEC     | Information Educative et Communication                             |

|        |  |
|--------|--|
| IRA    | Infection Respiratoire Aiguë   |
| Labo   | Laboratoire  |
| MERF   | Ministère de l'Environnement et des Ressources Forestières                   |
| ODD    | Objectif de Développement Durable  |
| OM     | Ordures Ménagères  |
| PASMIN | Projet d'Appui aux Services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition |
| PCI    | Prévention et Contrôle de l'Infection  |
| PCIMNE | Prise en Charge Intégrée des Maladies du nouveau-né et de l'Enfant           |
| P.I.   | Prévention de l'Infection  |
| PSI    | Population Service International   |
| PNAE   | Plan National d'Action pour l'Environnement                                  |
| PANSEA | Plan d'Action National du Secteur de l'Eau et de l'Assainissement            |
| PSGDM  | Plan Stratégique de Gestion des déchets Médicaux                             |
| PEV    | Programme Elargi de Vaccination  |
| PNDS   | Plan National de Développement Sanitaire                                     |
| OMS    | Organisation Mondiale de la Santé  |
| MSPS   | Ministère de la Santé et de la Protection Sociale                            |
| SCAPE  | Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi                |
| SG     | Secrétariat Général  |
| SS     | Structures Sanitaires  |
| UNFPA  | Fonds des Nations Unies pour la Population                                   |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance                                       |
| USP    | Unité de Soins Périphériques   |

## REMERCIEMENTS

Au terme de l'élaboration de ce Plan stratégique, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale à travers la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base adresse ses sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont, malgré leurs occupations, contribué à la finalisation de ce document.

Les remerciements vont particulièrement :

- Au Ministère de l'Environnement ;
- Au Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat ;
- A la Banque Mondiale et à la cellule de gestion du PASMIN ;
- A la représentation de Plan International Togo et son personnel;
- A la représentation de l'OMS à Lomé.

## RESUME

Le Togo, à l'instar des autres pays de la sous-région ouest africaine, fait face à la production croissante des déchets médicaux due à l'augmentation du nombre de structures sanitaires, des taux de fréquentation et des interventions des programmes/projets de santé. Une évaluation réalisée en... met en lumière les lacunes du système actuel de gestion des déchets médicaux à tous les niveaux. Ce système est caractérisé par le faible niveau de prise de conscience du personnel de santé et des manipulateurs y compris les administrateurs des structures sanitaires sur les dangers liés aux déchets médicaux, l'inexistence de stratégie nationale et de textes d'application des lois en matière de gestion des déchets médicaux, l'insuffisance : (i) de financements pour la gestion de déchets médicaux, (ii) d'ouvrages, (iii) d'équipements, (iv) de logistique et matériels adéquats de gestion des déchets médicaux, (v) de personnel qualifié pour la gestion des déchets médicaux, (vi) de communication et (vii) d'initiatives en matière de gestion des déchets médicaux, (viii) une faible implication des structures privées de soins et entreprises spécialisées au système de gestion des déchets médicaux, (ix) la non prise en compte des nouveaux défis liés à la MVE, (x) une absence de base de données sur la gestion des déchets médicaux à tous les niveaux, pour ne citer que ceux-là.

Face à cette situation, le pays a consenti des efforts en vue d'une meilleure gestion des déchets médicaux. Ainsi, depuis 2009 un certain nombre d'interventions ont été menées à savoir : (i) l'évaluation de la situation en matière de gestion des déchets médicaux, la dotation en incinérateurs, matériels et équipements dans des formations sanitaires, l'élaboration des plans, guides et autres outils de gestion des déchets médicaux, la formation des acteurs, (ii) la révision du plan d'action de gestion des déchets 2010-2014 transformé en plan stratégique 2014-2017. Dans le souci de relever ces insuffisances, la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base, avec l'appui financier de la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui aux Services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition (PASMIN) et l'appui technique de l'OMS, a procédé à la réactualisation du plan stratégique de gestion des déchets de soins médicaux (2014-2017).

Le présent plan stratégique 2016-2020 repose sur quatre axes stratégiques essentiels et 17 actions prioritaires en adéquation avec les Objectifs de Développement Durable (ODD). Il comprend 8 chapitres à savoir (i) généralités, (ii) Résultats de l'évaluation du plan stratégique 2014-2017, (iii) Etat des lieux en matière de gestion des déchets médicaux, (iv) Analyse des forces et faiblesses du système de gestion des déchets médicaux, (v) Objectifs et résultats attendus, (vi) Axes stratégiques et actions prioritaires ; (vii) Plan d'action budgétisé, (viii) Plan de suivi évaluation.

Le financement nécessaire pour la mise en œuvre de ce Plan Stratégique de Gestion des Déchets Médicaux 2016-2020 est évalué à Un milliard Quatre cent quarante-six millions, Quatre cent mille (**1 446, 4**) F cfa.

La répartition du budget prévisionnel par axe stratégique se présente comme suit :

- Axe N°1 : Renforcement du cadre institutionnel et juridique de la gestion des déchets médicaux : **42, 2 millions** ;
- Axe N°2 : Renforcement de la communication pour une gestion adéquate des déchets médicaux : **191, 5 millions** ;
- Axe N°3 : Renforcement des capacités des acteurs et développement des initiatives en matière de gestion des déchets médicaux : **1 milliard 162, 7 millions** ;
- Axe stratégique N° 4 : Renforcement du suivi et de la coordination : **50 millions**

La gestion des déchets étant un domaine transversal dans lequel plusieurs secteurs (Santé, Environnement, Urbanisme, Communes, Secteur privé, Société civile, ...) interviennent, la mise en œuvre efficiente de ce plan stratégique requiert une véritable implication de tous. Il incombe alors, au Ministère en charge de la Santé à travers la direction de l'hygiène et assainissement de base (DHAB) de jouer le rôle de chef de file dans la coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan. Pour cela, le Ministère en charge de la Santé invite tous les partenaires techniques et financiers, à appuyer sa mise en œuvre.

## INTRODUCTION

La croissance démographique, l'élévation du plateau technique et l'augmentation du taux de fréquentation des structures sanitaires associées aux interventions des différents programmes de santé notamment les campagnes de santé de masse (vaccinations, offres foraines de soins), conduisent à une production importante de déchets médicaux dont la mauvaise gestion favorise le développement des infections nosocomiales (VIH/SIDA, hépatite B et C...) et les risques de pollution de l'environnement.

Aussi, les mesures recommandées par l'OMS en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements de soins sont importantes afin de donner des soins adéquats aux patients et de protéger ces derniers, le personnel ainsi que les accompagnants contre les risques d'infection. Pour respecter ces mesures, il faut nécessairement procéder à une élimination écologiquement rationnelle des déchets médicaux.

Le Togo, à l'instar des autres pays s'est aussi inscrit dans cette dynamique en développant un plan national d'action de gestion de déchets de soins médicaux 2010-2014, révisé en plan stratégique 2014-2017.

Malgré cet effort et l'existence de quelques initiatives en faveur d'une bonne gestion des déchets médicaux notamment la disposition des incinérateurs/brûleurs dans certaines formations sanitaires, la distribution des poubelles et sachets, la formation du personnel dans le cadre de la mise en œuvre du premier plan, les pratiques actuelles de gestion des déchets médicaux au Togo ne répondent pas toujours aux recommandations de l'OMS. Il est fréquent de retrouver des déchets piquants ou tranchants voir anatomiques sur les dépotoirs intermédiaires et les décharges finales. Cette situation nécessite la mise en place d'une politique et de stratégies appropriées, afin de mobiliser les moyens humains, matériels et financiers suffisants pour améliorer la Gestion des Déchets Médicaux (GDM).

Ainsi, conscient de la gravité croissante et de l'ampleur des conséquences sanitaires, sociales, politiques et économiques de la mauvaise gestion des déchets, le Togo avec l'appui technique et financier des partenaires notamment la Banque Mondiale à travers le PASMIN, l'OMS, l'UNICEF, Plan International Togo, a révisé le plan stratégique en prenant en compte des nouvelles données liées à la survenue dans la sous-région des épidémies de la MVE et de la Fièvre de Lassa.

Le présent plan stratégique comprend six parties :

- Généralités ;

- Résultats de l'évaluation du plan stratégique 2014-2017 ;
- Etat des lieux de la gestion des déchets médicaux;
- Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système actuel de la gestion des déchets médicaux;
- Plan d'action budgétisé ;
- Plan de suivi-évaluation ;

PSGDM 2016-2020 DEFINITIF

## CHAPITRE 1 : GENERALITES

## **V. GENERALITES**

### **5.1. Généralités sur le Togo**

#### **5.1.1. Situation géographique du Togo**

Le Togo est situé entre le 6ème et le 11ème degré de latitude nord et le méridien 0° et 1°40 longitude Est. Il couvre une superficie de 56 600 km<sup>2</sup>. On l'assimile à un corridor qui s'étire sur 650 km de long entre le Ghana à l'Ouest, le Bénin à l'Est, le Burkina Faso au Nord et l'Océan atlantique au Sud. Le Togo dispose d'une côte d'environ 50 km et sa plus grande largeur est de 150 km.

#### **5.1.2. Données environnementales et climatiques**

Le Togo jouit d'un climat tropical subdivisé en deux grandes zones :

- Un climat de type guinéen au Sud, avec deux saisons sèches (de novembre à mars et de juillet à août) et de deux saisons pluvieuses (mars à juillet et de septembre à octobre) ;
- Un climat de type soudanais recouvrant la moitié nord du pays et se caractérisant par une seule saison de pluies (mai à octobre) et une saison sèche (novembre à avril).

Le relief est composé principalement de deux plaines couvertes de savanes séparées par la chaîne de montagne de l'Atakora, orienté en échappe du nord-est au sud-ouest.

#### **5.1.3. Organisation administrative**

Le territoire national est divisé en cinq régions administratives et économiques, qui sont du nord au sud : Région des Savanes (8470 km<sup>2</sup>), Région de la Kara (11738 km<sup>2</sup>), Région Centrale (13317 km<sup>2</sup>), Région des Plateaux (16975 km<sup>2</sup>) et Région Maritime (6100 km<sup>2</sup>). Ces 5 régions sont subdivisées en trente-neuf (39) préfectures et 21 communes fonctionnelles.

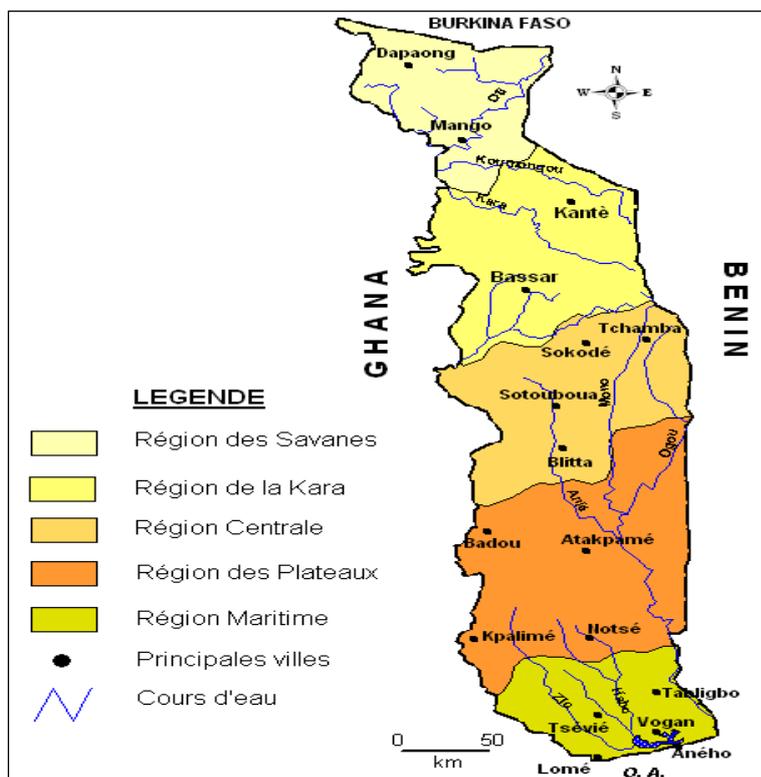


Figure 1: Régions administratives du Togo, MERF,

#### 5.1.4. Population et Economie

La démographie au Togo est caractérisée par une croissance rapide de la population marquée par de fortes disparités régionales. La population totale est passée de 2 719 567 habitants en 1981 à 6 191 155 habitants en 2010, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,84 % (équivalant à un doublement tous les 25 ans), et est constituée en majorité de femmes (51,4 %). L'une des caractéristiques majeures de cette population est son inégale répartition sur le territoire national.

**Tableau .1:** Répartition de la population selon la région et le milieu de résidence en 2010

| Région            | Milieu de résidence |                  | Total            |
|-------------------|---------------------|------------------|------------------|
|                   | Urbain              | Rural            |                  |
| Maritime          | 1 610 020           | 989 935          | 2 599 955        |
| Plateaux          | 271 038             | 1 104 127        | 1 375 165        |
| Centrale          | 152 107             | 465 764          | 617 871          |
| Kara              | 184 693             | 585 247          | 769 940          |
| Savanes           | 116 637             | 711 587          | 828 224          |
| <b>Total Pays</b> | <b>2 334 495</b>    | <b>3 856 660</b> | <b>6 191 155</b> |

Source: 4<sup>ème</sup> RGPH, 2010

### 5.1.5. Organisation sanitaire du Togo

Le Togo compte six régions sanitaires et 40 districts ; la commune de Lomé ayant été érigée en région sanitaire en 1995.

La gestion administrative du système sanitaire est assurée par une organisation pyramidale à trois niveaux : Central, Intermédiaire et Périphérique.

- Le niveau central est représenté par le cabinet du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS), le Secrétariat Général, deux Directions générales et dix (10) Directions centrales dont la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB);
- Le niveau intermédiaire comprend six (06) Directions Régionales de la santé (DRS) ;
- et le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle. L'administration des districts sanitaires est assurée par quarante (40) directions de district sanitaire (DDS). Les communautés sont impliquées dans les actions à travers les comités de gestion « COGES » au niveau de chaque Unité de soins périphérique et des Conseils d'administration pour les hôpitaux de référence.
- Le Togo compte 3 CHU (2 à Lomé et 1 à Kara), 6 CHR (1 par région sanitaire), 46 hôpitaux (19 de type 1, 15 de type 2 et 12 spécialisés), 741 USP (552 de type 1 et 189 de type 2), 323 cliniques et cabinets privées agréés (86 cliniques et 237 cabinets). On recense globalement 1286 formations sanitaires tout statut et toute forme confondue (cf. Tableau pour les détails).

**Tableau 2: Répartition des formations sanitaires par type et par région sanitaire, 2015**

| Type d'établissement | Centrale | Kara | Lomé commune | Maritime | Plateaux | Savanes | Total |
|----------------------|----------|------|--------------|----------|----------|---------|-------|
| CHU                  | 0        | 1    | 2            | 0        | 0        | 0       | 3     |
| CHR                  | 1        | 1    | 1            | 1        | 1        | 1       | 6     |
| Hôpital spécialisé   | 1        | 0    | 0            | 4        | 6        | 1       | 12    |
| Hôpital de type 1    | 1        | 4    | 4            | 3        | 4        | 3       | 19    |
| Hôpital de type 2    | 2        | 3    | 2            | 2        | 5        | 1       | 15    |
| Polyclinique         | 1        | 1    | 1            | 3        | 3        | 1       | 10    |
| USP de type 1        | 81       | 105  | 13           | 116      | 168      | 69      | 552   |
| USP de type 2        | 19       | 26   | 48           | 49       | 29       | 18      | 189   |
| Clinique             | 6        | 2    | 61           | 13       | 3        | 1       | 86    |
| Cabinet              | 4        | 5    | 193          | 13       | 19       | 3       | 237   |
| Infirmierie          | 6        | 0    | 17           | 0        | 1        | 9       | 33    |
| PMI                  | 1        | 2    | 1            | 0        | 8        | 0       | 12    |
| Poste de secours     | 0        | 3    | 28           | 3        | 1        | 0       | 35    |

|                 |            |            |            |            |            |            |              |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Case de santé   | 5          | 0          | 0          | 19         | 51         | 2          | 77           |
| <b>Ensemble</b> | <b>128</b> | <b>153</b> | <b>371</b> | <b>226</b> | <b>299</b> | <b>109</b> | <b>1 286</b> |

**Source** : Division de l'Information Sanitaire/MSPS, 2015.

Il existe au niveau des régions et districts des points focaux qui assurent le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des activités sous l'autorité des directeurs régionaux et préfectoraux de santé. Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale est soutenu dans ses activités par les différents partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, Fonds Mondial, l'UNFPA, Plan International Togo, la Croix Rouge, l'Union Européenne, PSI, HDI-Togo, Sightsavers, les Coopérations Française, Allemande, Japonaise, etc.

Le financement de la santé est assuré par l'Etat, le recouvrement de coûts géré par les comités de gestion (COGES), et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

L'analyse de l'évolution du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé montre une baisse en 2015 par rapport aux deux dernières années. En effet la proportion du budget de l'Etat allouée à la santé est passée de 6,24% en 2013 à 5,97% en 2014 puis à 6,07% en 2015.

Dans le contexte de la rareté des ressources, les actions de prévention dans les structures sanitaires sont reléguées au second rang d'où la faible priorité accordée au secteur.

Par rapport à l'évolution du ratio en personnel traceur, on a cinq (05) médecins pour 100.000 habitants en 2015 contre huit (08) en 2014 ; dix-neuf (19) infirmiers en 2015 contre 28 en 2014 ; treize (13) sages-femmes en 2015 contre 18 en 2014 et onze (11) techniciens supérieurs de soins en 2015 contre 15 en 2014 alors que les normes internationales prévoient 1 personnel traceur pour 1.000 habitants. Pour ce qui concerne le personnel technicien d'hygiène et assainissement, le ratio est de 1 technicien pour 27 639 hbts contre une norme de 1 technicien pour 10 000 hbts

La densité cumulée de ce personnel traceur est de 47 pour 100.000 habitants en 2015 contre 69 en 2014. En effet, selon les normes internationales, les pays ayant une densité inférieure ou égale à 77 (Médecins-Infirmiers-sages-femmes) pour 100.000 habitants sont des pays à très faibles densités<sup>1</sup> ; ce qui place le Togo parmi les pays à très faible densité de personnel traceur.

Il découle de cette situation que malgré les efforts déployés par le Gouvernement togolais, le système de santé au Togo fait toujours face à une pénurie quantitative et qualitative de personnel traceur de soins. Des écarts importants restent à combler en raison de l'évolution démographique et l'apparition de nouveaux défis sanitaires

#### **5.1.6. Profil épidémiologique**

Le profil épidémiologique reste caractérisé par des indicateurs ciblés par les OMD ou ODD. . le taux de fréquentation des services de consultation curative a progressé, passant de 28% en 2011 à 34% en 2014. Le nombre de patients reçus en consultation externe est passé de 1 812 749 à

<sup>1</sup> Etude de faisabilité Projet d'appui au secteur santé du Togo, 15 sept. 2009 (P. 15)

2 291 241 soit une progression de 30%. S'agissant des soins internes, le taux d'occupation des lits est passé de 42,1% à 46,1% pour la même période avec 132 917 malades hospitalisés en 2014.

Le paludisme, les plaies et traumatismes et les infections aiguës respiratoires occupent les trois premières places des motifs de consultation avec 37,2%, 5,1% et 4,7% respectivement; il est à relever la persistance des maladies prioritaires comme le VIH/SIDA et la Tuberculose. Dans le cadre de la surveillance des MPE, la rougeole, la méningite, le choléra et les diarrhées graves sont plus notifiées.

Par ailleurs, en rapport avec les épidémies survenues dans la sous région ouest africaine au cours de 2014 et 2015, notamment la Maladie à Virus Ebola (MVE) et la Fièvre de Lassa qui sont des maladies à transmission par contact y compris les contacts avec les déchets de soins, le Togo a été identifié comme pays à risque de MVE et a enregistré un cas avec décès de Fièvre de Lassa.

#### **5.1.7. Politiques en lien avec la gestion des déchets médicaux**

Les politiques et textes en vigueur en lien avec le présent plan stratégique de gestion des déchets médicaux se traduisent dans les documents stratégiques qui prennent en compte la problématique de santé et environnement. Il s'agit de :

- Le plan national de développement sanitaire dont les programmes I et IV de lutte contre la maladie et la mortalité, intègrent les actions de lutte contre les infections et la salubrité de l'environnement;
- La politique nationale de l'eau qui a pris en compte un la gestion des déchets comme un préalable à la préservation des de la qualité des ressources en eau ;
- La politique nationale de l'environnement a intégré la gestion des déchets médicaux en les classant dans les déchets spéciaux dont la gestion nécessite des actions concertées avec les différents acteurs ;
- Le document de la Stratégie de Croissance Accélérée et de la Promotion de l'Emploi (SCAPE) ;
- Le Programme National d'Investissements pour l'Environnement et les Ressources Naturelles au Togo (PNIERN)
- Le programme NRBC (relatif aux menaces de sources Nucléaires Radiologique Biologiques et Chimiques) qui prévoit des renforcements de capacités des structures et du personnel qui hébergent les équipements NRBC ;
- Le code de la santé qui précise les responsabilités des employeurs en matière de protection du personnel de santé contre les infections transmissibles ainsi que les conditions d'hygiène ;

- La loi-cadre sur l'environnement en son article 103 de la section 8 qui stipule que les hôpitaux et autres formations sanitaires publiques ou privées doivent assurer ou faire assurer la destruction de leurs déchets anatomiques ou infectieux par voie chimique, par voie d'incinération ou par enfouissement après désinfection dans les conditions définies par les textes en vigueur ;
- Le plan national de gestion des déchets biomédicaux 2010-2014, le plan stratégique de gestion des déchets de soins médicaux 2014-2017, le guide de gestion des déchets de soins médicaux ainsi que le guide national de gestion des déchets pharmaceutiques qui précisent les modes de tri, de collecte, de transport, de stockage et d'élimination des déchets médicaux.

## 5.2. Quelques concepts sur la gestion des déchets

### 5.2.1. Définitions

✚ Déchet :

D'après la loi N° 2008/005 du 30 mai 2008 portant loi-cadre sur l'environnement:

« Est un déchet, tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau, produit ou plus généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon ».

✚ Déchets médicaux

\* Selon l'OMS (1999) ce sont des déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

✚ Environnement

Ensemble des éléments physiques, chimiques et biologiques et des facteurs sociaux, économiques et culturels, dont les interactions influent sur le milieu ambiant, sur les organismes vivants, sur les activités humaines et conditionnent le bien-être de l'homme.

✚ Gestion des déchets

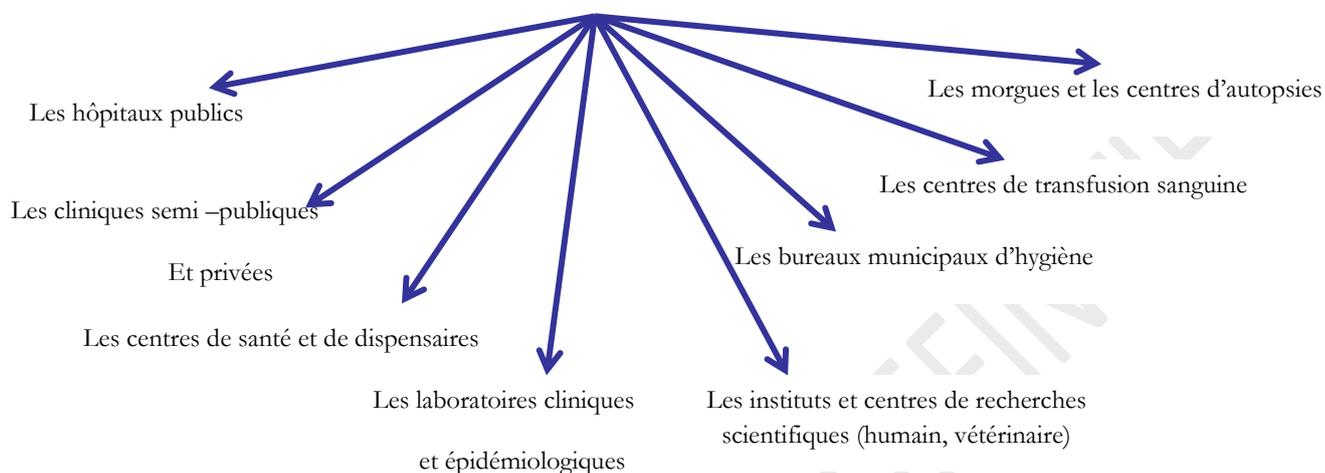
Ensemble d'opérations prenant en compte le tri, la pré-collecte, la collecte, le transport, le stockage, le recyclage et l'élimination des déchets, y compris la surveillance des sites d'élimination

✚ Gestion écologiquement rationnelle des déchets

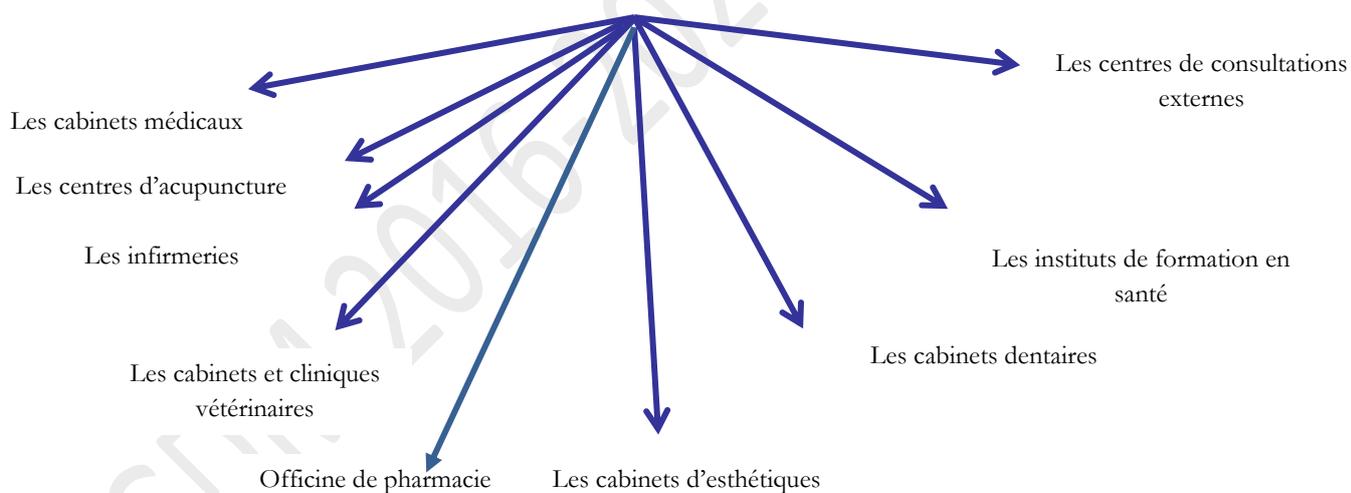
Toutes mesures pratiques permettant de s'assurer que les déchets sont gérés d'une manière qui garantissent la protection de la santé humaine et de l'environnement contre les effets nuisibles que peuvent avoir ces déchets et ceux pouvant provenir de leur gestion.

### 5.2.2. Production des déchets médicaux

#### ✚ Première source de production des déchets des établissements de santé



#### ✚ Deuxième source de production des déchets des établissements de soins



On note aussi d'autres sources de production de déchets médicaux comme les abattoirs et les centres d'élevages d'animaux qui reçoivent des soins in situ

### 5.2.3. Typologie des déchets médicaux

Deux catégories de déchets sont produites par les établissements de soins :

- Les déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) :

« Issus des activités non médicales. Ils sont constitués par les ordures ménagères, les emballages de conditionnement, les déchets administratifs, de balayage, de cuisine, de jardinage... »

 Cette catégorie de déchets représente 80 à 85 % de l'ensemble des déchets des formations sanitaires.

- Les déchets dangereux :

Ces déchets sont composés des piquants et tranchants (aiguilles de seringues, lames de bistouri); des pièces anatomiques (placenta, produits d'exérèse), des fongibles contaminés (pansements) ou des produits chimiques, pharmaceutiques, radioactifs...

 Cette catégorie représente environ 15 à 20 % de l'ensemble des déchets produits par les établissements de soins.

Les déchets dangereux renferment les catégories de déchets suivantes :

#### 1. Les déchets biologiques et/ou infectieux



#### 3. Les déchets chimiques et les déchets radioactifs



Figure 4: Symbole déchets chimiques et radioactifs

#### 2. Les déchets piquants ou coupants



Figure 3: Boîte à aiguilles



Figure 5: Déchets pharmaceutiques

Source : [www.google.fr](http://www.google.fr)

#### 6. Les conteneurs pressurisés

**CHAPITRE II : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DU  
PLAN STRATEGIQUE DE GESTION DES DECHETS DE  
SOINS MEDICAUX 2014- 2017**

## **VI. RESULTATS DE L'EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2014-2017**

### **6.1. Vue d'ensemble de la mise en œuvre du plan stratégique 2014-2017**

Le processus d'amélioration de la gestion des déchets médicaux a été initié en 2009 avec l'appui de l'OMS et a permis de faire l'état des lieux en matière de gestion de ces déchets et l'élaboration d'un plan national d'action pour la période 2010-2014. Ce plan a été révisé en plan stratégique 2014-2017.

Vu les nouvelles données relatives à l'apparition des épidémies de la MVE et de la Fièvre de Lassa qui nécessitent le renforcement des systèmes de santé en matière de prévention et contrôle de ces infections prenant en compte la gestion des déchets médicaux, la DHAB a envisagé la réactualisation du PSGDM 2014-2017 avec l'appui de la BM à travers le PASMIN. Afin de disposer des éléments probants pour une meilleure planification, il s'est avéré important d'évaluer ce plan stratégique.

Selon les résultats de cette évaluation, le Plan stratégique de Gestion des Déchets médicaux 2014-2017 a connu une mise en œuvre relativement faible pour insuffisance de ressources financières, même si certaines activités ont pu être réalisées. Les avancées suivantes ont été enregistrées : (i) dotation de matériels et équipements de gestion des déchets médicaux dans certaines structures sanitaires; (ii) 03 incinérateurs conventionnels en cours d'installation , processus très avancé d'acquisition de 10 autres incinérateurs conventionnels et la réhabilitation des incinérateurs de type Montfort ; (iii) formation de 250 personnels de santé sur la GDM, de 820 sur la PCI et 63 sur le bio nettoyage; (iv) élaboration des documents de référence en matière de gestion des déchets ; (v) création de l'Agence Nationale d'Assainissement et de Salubrité Publique (ANASAP) qui appui les acteurs de la santé dans le suivi de la gestion des déchets ;

Ces initiatives, même si on déplore leur caractère limité et insuffisant pour couvrir l'ensemble des besoins sur toute l'étendue du territoire national sont à saluer.

### **6.2. Evaluation par axe stratégique**

Le niveau de mise en œuvre par axe stratégique se présente comme suit :

#### ***Axe stratégique N°1 : Renforcement du cadre légal et réglementaire de la gestion des déchets de soins médicaux.***

- La prise en compte de la thématique de gestion des déchets médicaux dans la Politique Nationale de l'Eau, et de l'Assainissement au Togo (PNEA) en cours d'actualisation.
- L'élaboration d'un guide et des éléments d'affiches, du protocole de gestion des déchets avec édition des affiches et une affiche sur la gestion des déchets médicaux;

- La création de l'Agence Nationale d'Assainissement et de Salubrité Publique (ANASAP);

Ces différents documents disponibles en version électronique doivent faire l'objet de production et de vulgarisation.

En conséquence, il n'existe toujours pas de textes d'application des différentes lois existantes en matière de santé et environnement. Il n'y a toujours pas de politique et de stratégie nationale spécifique pour la gestion des déchets.

❖ ***Axe stratégique N° 2 : Renforcement de la communication pour une meilleure gestion des DSM***

Malgré l'absence d'un plan de communication, l'appui de certains partenaires a permis de disposer des affiches sur la gestion des déchets médicaux et la prévention des infections dans certaines structures sanitaires ;

Des réunions de restitution post formation sur la gestion des déchets et la PCI ont été effectuées dans les structures sanitaires.

Cependant, l'affectation des ressources pour la gestion des déchets reste toujours très faible faute de ligne budgétaire spécifique par manque d'une perception adéquate de cette problématique par les responsables de certaines grandes structures de soins.

❖ ***Axe stratégique N° 3 : Renforcement des capacités et formation des acteurs***

1153 acteurs de santé ont été formés sur la gestion des déchets médicaux, la prévention et contrôle de l'infection et sur le bio-nettoyage grâce aux financements de différents partenaires techniques et financiers notamment l'OMS, l'UNICEF, Banque Mondiale (PASMIN). Mais force est de constater que le besoin existe encore sur le terrain.

Certaines structures sanitaires ont bénéficié d'appui en équipements et matériels de gestion des déchets. Il a été procédé aussi à la réhabilitation de 5 incinérateurs de type Montfort dans les formations (CHP Blitta, Tohoun, CMS Nyamassila, les USP Aléhéridè et Ogou Kinko). On note un début d'implication du secteur privé dans la gestion des déchets assimilables aux ordures ménagères dans les CHU/CHR/CHP.

En matière de recherche sur la gestion des déchets, des études ont été menées par des étudiants dans le cadre de leur soutenance de thèses et mémoires.

Avec l'appui de l'UNICEF, 3 incinérateurs conventionnels sont en cours d'installation au CHU Campus (Lomé), au CHU Kara, et au CHR Dapaong. Aucune action de plaidoyer n'a pu permettre l'introduction des modules d'enseignement sur la gestion des déchets médicaux dans les curricula de formation initiale des médecins et des paramédicaux.

❖ *Axe stratégique N° 4 : Renforcement du suivi et de la coordination*

De manière globale, le suivi de la mise en œuvre des activités de gestion des déchets médicaux a été réalisé par les services d'hygiène et d'assainissement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Toutefois, il faut relever que ce suivi a été insuffisant par manque de moyens de la DHAB et ses services déconcentrés. Dans la mise en œuvre, en dehors de l'appui des partenaires, le SRAHB-LC bénéficie de l'appui de L'ANASAP.

PSGDM 2016-2020 DEFINITIVE

**CHAPITRE III : ETAT DES LIEUX DE LA  
GESTION DES DECHETS MEDICAUX**

PSGDM 2016-2020

## VII. ETAT DES LIEUX DE LA GESTION DES DECHETS

### 7.1. Cadre institutionnel et réglementaire de la gestion des déchets médicaux

#### 7.1.1. Cadre Institutionnel

##### ❖ Institutions nationales

Le cadre institutionnel est caractérisé par une multitude d'acteurs publics et privés avec souvent des chevauchements de missions et d'attributions. Les acteurs intervenant dans ce sous-secteur sont les suivants :

##### ▪ **Ministère de la Santé et de la protection sociale :**

- **Niveau national :** Au terme du décret n°2008-050/PR du 7 mai 2008, article 1<sup>er</sup>, le Ministre chargé de la santé met en œuvre la politique de l'État en matière de santé publique. Il élabore les programmes d'amélioration de la couverture sanitaire ainsi que les stratégies de prévention et de lutte contre les grandes endémies en mettant en place des mécanismes appropriés de renforcement de l'hygiène publique et de contrôle des établissements de soins et de leurs démembrements.

Les structures intervenant dans la gestion des déchets médicaux au sein de ce ministère sont : la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (DHAB), la Division de la Promotion de la Santé, la Direction des Etablissements de Soins et de Réadaptation (DESR), la Cellule d'inspection pharmaceutique et de laboratoires, la Division des équipements médico-techniques de la logistique et de la maintenance et la Division de l'immunisation.

- **Au niveau régional,** la structure clé en charge des questions d'hygiène est la Section Régionale de l'Hygiène publique et de l'Assainissement de Base en collaboration avec la section des établissements de soins et de réadaptation, sous la tutelle de la Direction régionale de la Santé. Ces services régionaux sont chargés de l'application au niveau régional de la politique d'assainissement et d'hygiène y compris la stratégie de gestion des déchets de médicaux. Chacune des 6 régions sanitaires du Togo dispose de ce service. Le personnel des SRHAB est constitué d'Ingénieurs sanitaires, de techniciens supérieurs de génie sanitaire, de technicien supérieur d'hygiène alimentaires et d'assistants d'hygiène d'Etat. Suivant les régions, l'effectif du personnel technique varie de 4 à 7 personnes.

**Au niveau préfectoral,** le contrôle de la gestion des déchets médicaux est sous la responsabilité des techniciens supérieurs de génie sanitaire, des Assistants d'Hygiène d'Etat, et des techniciens supérieur de génie sanitaire et de l'environnement , qui œuvrent au sein des services

préfectoraux d'hygiène et d'assainissement, sous l'autorité des Directions Préfectorales de la Santé ou des Directions de districts sanitaires pour le cas spécifique de Lomé.

- *niveau cantonal ou villageois* : les activités d'hygiène et d'assainissement y compris le contrôle de la GDM sont assurées au sein des unités de soins périphériques par les Assistants d'hygiène d'État et/ou les responsables de FS.

- *Etablissements sanitaires* : **Les structures sanitaires publiques et privées en l'occurrence les CHU, CHR les Cliniques, les laboratoires publics et privés sont les principaux producteurs des déchets de soins médicaux. La décision d'investir dans les ouvrages de traitement de ces déchets et d'assurer la prise en charge des coûts de gestion revient aux responsables de ces établissements. Ils sont de ce fait au cœur du management des systèmes de GDM. Dans ces conditions, les Directeurs d'hôpitaux et autres responsables des structures sanitaires jouent un rôle important dans le processus de GDM.**

Concernant les ressources humaines impliquées dans la manipulation des déchets médicaux, on note une insuffisance d'opérateurs d'unités de traitement des déchets médicaux. Dans la majorité des structures sanitaires, l'incinération des déchets est assurée par les techniciens de surface non formés qui voient ainsi leur charge de travail augmentée.

- **Ministère de l'Environnement et des Ressources Forestières**

Il a en charge la mise en œuvre de la politique de l'État en matière de l'environnement. Il élabore les règles relatives à la sauvegarde, la protection de l'environnement et la prévention contre les pollutions et les nuisances. Il contrôle l'exécution des dispositions de la loi-cadre sur l'environnement et la mise en application de la réglementation relative aux évaluations environnementales.

C'est la Direction de l'Environnement qui s'occupe au sein de ce Ministère des aspects liés à la GDM. A ce titre, la Division Installations Classées et Substances Dangereuses est chargée de toutes les activités liées à l'application de la législation et de la réglementation en vigueur en matière de gestion, de transport et d'élimination des déchets dangereux et des matières radioactives en vue de prévenir les atteintes à la santé humaine et à l'environnement.

L'Agence nationale de gestion de l'environnement (ANGE) intervient aussi dans le cadrage de la GDM à travers les évaluations environnementales dans l'installation des structures sanitaires dans le cadre de la mise en œuvre du plan de gestion environnementale et sociale (PGES)

- **Ministère de l'Urbanisme de l'habitat et du cadre de vie**

Le Ministère en charge de l'urbanisme et du Cadre de Vie définit et coordonne les interventions de l'État et des différents acteurs dans les constructions d'ouvrages publics et dans les opérations d'aménagement urbain ainsi qu'en matière de politique foncière. Au niveau central, la Direction Générale des Infrastructures et Équipements Urbains (DGIEU) comprend, en son sein, une Direction de l'Assainissement et de la Protection du Cadre de Vie qui a pour missions de définir et d'appliquer les orientations dans les domaines de la lutte contre les nuisances en milieu urbain, dans l'aménagement, la réhabilitation, la maintenance et l'entretien des réseaux d'assainissement. L'ANASAP, créé par décret N° 2013-082/PR du 12 décembre 2013, est une Agence de l'État rattachée au Ministère de l'Urbanisme, de l'habitat et du Cadre de Vie. Elle a pour mission la coordination et le contrôle en matière d'assainissement et de salubrité. En cela, elle est chargée entre autres de (i) définir les normes en matière d'assainissement et de salubrité publique ; (ii) réguler les activités et les interventions touchant à l'assainissement et à la gestion de la filière des déchets de toute nature ayant un impact sur la salubrité publique ; (iii) lutter contre l'insalubrité et les nuisances hygiéniques en milieu public et urbain ; (iv) renforcer les capacités des acteurs intervenant en matière d'assainissement et de lutte contre l'insalubrité ; (v) développer l'information, l'éducation civique et la sensibilisation du public et d'appuyer des initiatives de base en matière d'assainissement et de salubrité publique. L'ANASAP dispose d'une commission technique et d'une brigade de salubrité publique qui apportent respectivement un appui technique et logistique aux acteurs.

▪ **Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et des collectivités locales**

Le Ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et des collectivités locales à travers les Directions des Services Techniques des mairies qui ont comme principales tâches :

- La salubrité des lieux publics (marchés, plage, gares routières, centres communautaires, etc) ;
- La construction et la réhabilitation des égouts et caniveaux d'eaux pluviales
- La gestion des ordures ménagères.

Certaines municipalités interviennent dans la gestion des déchets médicaux à travers l'enlèvement des déchets solides assimilables aux ordures ménagères et aux vidanges des eaux usées dans les grands centres de soins.

▪ **Le Ministère de l'Agriculture de l'Elevage et de l'hydraulique(MAEH)**

Il a pour mission en matière d'assainissement, d'élaborer, de planifier, d'organiser, de coordonner, de contrôler et de développer toutes les activités relatives à l'eau et à

l'assainissement collectif. Ce ministère dispose en son sein, la Direction de l'Assainissement qui est composée de la Division études et assainissement liquide collectif et de la Division prévention des risques liés à l'eau et dépollution des eaux. Au niveau régional, les Directions Régionales chargées de l'eau et de l'assainissement sont constituées de techniciens chargés du suivi et de l'entretien des ouvrages hydrauliques. Au niveau préfectoral, des agents servent de courroie de transmission des informations entre les bénéficiaires et la Direction Régionale.

▪ **Le Ministère de l'Enseignement Supérieur**

L'Ecole des Assistants Médicaux et l'ESTBA de l'Université de Lomé forment respectivement aussi les cadres en santé environnementale et en eau et environnement appelés à intervenir dans la gestion des déchets. La faculté de Sciences de l'Université de Lomé dispose d'un laboratoire de recherche sur la gestion, le traitement et la valorisation des déchets qui appuie l'ONG ENPRO dans la transformation des déchets solides ménagers en compost.

❖ **Partenaires Techniques et Financiers**

Plusieurs institutions et organismes de coopération bilatérale et multilatérale soutiennent les efforts du gouvernement et des collectivités en matière de gestion des déchets médicaux. C'est le cas notamment de l'OMS, de l'UNICEF, du Plan international Togo, de l'AFD, de l'Union Européenne, de l'Alliance GAVI, de la Banque Mondiale à travers les projets Corridor et PASMINE, de la coopération allemande (GIZ), de la coopération chinoise et de la coopération japonaise.

❖ **Autres intervenants**

A côté des institutions étatiques, les structures sanitaires privées, les laboratoires d'analyses médicales privés, les ONG/Associations et les sociétés privées mènent des actions dans le domaine de la gestion des DM. Ces organisations ne disposent pas souvent d'expertise nécessaire et de matériels adéquats pour accomplir correctement leur mission.

**7.1.2. Cadres législatifs et réglementaires**

Les lois portant sur la gestion des déchets médicaux existent, mais les textes d'application sont soit élaborés et non adoptés ou pas du tout élaborés.

Les dispositions législatives sont :

- La loi n° 2009-007 portant Code de la Santé Publique de la République Togolaise dans ces principes fondamentaux prévoit dans son article 23 que le déversement et l'enfouissement des déchets toxiques industriels, les déchets biomédicaux ou hospitaliers

sont interdits. L'article 24 stipule que les déchets toxiques d'origine industrielle, les déchets biomédicaux ou hospitaliers et autres déchets spéciaux doivent être éliminés impérativement, conformément aux dispositions des textes nationaux et internationaux applicables au Togo.

- Loi N°2008-005 du 30 mai 2008 portant loi-cadre sur l'environnement conditionne les modalités de traitement des déchets solides mais aborde de façon superficielle les traitements réservés aux déchets des soins hospitaliers. En effet, en son article 103 cette loi met en exergue la responsabilité des structures sanitaires publiques et privées d'assurer ou de faire assurer la destruction des déchets de soins issus de leurs prestations par les moyens et techniques définies par la loi.
- La Loi n° 2007-011 du 13 mars 2007 relative à la décentralisation et aux libertés locales indique la responsabilité et le rôle central des communes dans la mise en œuvre de la politique nationale d'hygiène-assainissement. Elle stipule notamment que sont confiées aux collectivités territoriales les attributions suivantes : (i) collecte et traitement des eaux usées ; (ii) réglementation relative à la protection de l'environnement.

## **7.2. Conventions internationales relatives aux déchets**

Le Togo a ratifié un certain nombre de conventions internationales relatives aux déchets dangereux qu'il a intégré dans son corpus juridique. Il s'agit de :

- La Convention de Bâle sur le Contrôle des Mouvements transfrontières des déchets dangereux et leur élimination en juillet 2004 ;
- La 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 en août 1996.
- La convention de Rotterdam sur les produits chimiques

Certaines lois adoptées sont difficilement applicables faute de texte d'application, notamment les normes de traitement des déchets, les normes de rejet, de qualité de l'air, du sol et de l'eau.

## **7.3. Cadre stratégique en matière de gestion des déchets médicaux**

- La **Politique Sous-sectorielle de l'Assainissement Collectif (PSSAC)**, établie en 2012 par le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hydraulique Villageoise (MEAHV), présente une politique nationale, une stratégie et un plan d'action pour l'assainissement collectif. La PSSAC a pour objectif global de définir un cadre cohérent

de planification et de gestion du secteur de l'assainissement collectif liquide permettant d'assurer une couverture efficace, fiable et durable.

- **Le Plan National de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (PNHAB) 2014-2018** a été élaboré par le Ministère de la Santé afin de compléter la PSSAC et la PNHAT. Il couvre les eaux usées et les excréta provenant des habitations et des établissements publics, les eaux résiduaires et déchets des formations sanitaires ainsi que les activités de promotion de l'hygiène et de l'assainissement. Il identifie les actions prioritaires et établit les axes stratégiques pour le développement de l'assainissement de base.

- **La Politique nationale de santé** aborde notamment les thèmes du renforcement des services de prévention et d'accès à l'hygiène et à l'assainissement au niveau familial ;

- **Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015.**

Le Ministère de la Santé a identifié la gestion des déchets médicaux parmi les priorités stratégiques en matière de santé. La gestion des déchets médicaux intervient dans le cadre du renforcement de la collaboration intersectorielle en faveur d'un environnement favorable à la santé et vise à émettre un plaidoyer pour pallier au déficit dans l'assainissement de base. La promotion de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté a été pris en compte dans le programme 2 de lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile ;

- **L'Analyse de Situation et d'Estimation des Besoins (ASEB) :**

L'ASEB est réalisée pour prendre en compte les engagements du Togo vis-à-vis de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique signée en 2008 par 52 pays. L'objectif de cette étude est de faire une analyse de la situation et d'estimer les besoins en vue de la préparation du plan national d'action conjointe en matière de santé et d'environnement.

- Un **Plan National d'Action de l'Analyse de Situation et d'Estimation des Besoins** est élaboré afin de mettre en œuvre les 11 actions prioritaires contenues dans la Déclaration de Libreville, afin de résoudre efficacement les problèmes liés aux interfaces santé et environnement.

- **La Politique Nationale de l'Eau et l'Assainissement (PNEA) et le Plan d'Action National du Secteur de l'Eau et de l'Assainissement (PANSEA)** qui reposent sur les textes nationaux et internationaux intégrant la thématique de gestion des déchets médicaux. La PNEA dans son axe stratégique 3 définit des stratégies et les mécanismes pour la gestion écologique des eaux usées et des déchets solides des établissements de soins.

#### **7.4. Ressources financières**

Le financement des activités relatives à la GDM se fait à travers les ressources de l'Etat dans les hôpitaux, la caisse des Comités de Gestion de Santé (COGES) dans les autres structures sanitaires et l'appui de certains partenaires comme l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, Plan international Togo, l'AFD, etc.

Par ailleurs, le sous-secteur bénéficie de financements importants lors des campagnes de vaccination de masse (exemple 2004 et 2007). Les ressources mobilisées au cours de ces événements sont le plus souvent affectées à la construction des incinérateurs et à la prise en charge des activités d'exploitation de ces ouvrages.

#### **7.5. Ressources matérielles**

Les ressources matérielles concernées sont :

- les infrastructures ;
- les moyens logistiques.

En ce qui concerne les infrastructures, la quasi-totalité des services en charge de GDM souffrent de la vétusté des ouvrages.

Environ 200 incinérateurs sont construits. Compte tenu de l'insuffisance des incinérateurs et de la distance qui les sépare, les véhicules administratifs des DPS sont utilisés pour le transport des boîtes de sécurité. Ces engins sont généralement en mauvais état.

Les équipements de protection du personnel chargé de l'incinération sont vétustes et inadéquats. De même, le matériel de protection dans les grands hôpitaux pour les manipulateurs est insuffisant et parfois inadapté.

#### **7.6. Organisation et structuration de la gestion des déchets**

L'organisation et la structuration de la gestion des déchets produits dans les structures sanitaires ont montré que la responsabilité de la gestion se situe à différents niveaux : Directeur / Responsable de la structure sanitaire, DPS, RFS, Technicien d'hygiène et d'assainissement et manœuvre sont impliqués dans la GDM.

La collecte primaire se fait au niveau de chaque unité de soins dans des poubelles munies ou non de sachets en plastique installées à cet effet et dans des boîtes de sécurités pour les objets piquants et tranchants.

Au niveau CHU et CHR, l'entreposage, le transport, le traitement et l'élimination finale des DM assimilables aux ordures ménagères relèvent des associations de pré collecte et de la municipalité. Les DASRI sont incinérés au niveau des structures sanitaires dans les incinérateurs. D'autres types de déchets sont éliminés selon leurs spécificités. Pour ce qui concerne les eaux

usées elles sont envoyées dans les vidoirs, les fosses septiques et puisards ou dans les égouts.

#### **7.7. Processus Actuel de gestion des DBM**

Le processus actuel de gestion des DBM est caractérisé par une insuffisance dans le système de gestion. Du conditionnement à l'élimination, passant par le tri à la source, la collecte et le transport, le stockage et le traitement, la gestion des DBM n'est pas systématique. Il faut noter la non maîtrise du système de gestion par les agents de santé en charge de la GDM. Quelques structures de santé (CHU-SO, Hôpital de Bè) ont mis en place des mécanismes partiels de gestion des déchets. Malgré l'absence de ligne budgétaire spécifique, les responsables assurent l'achat du bois, pétrole et gaz pour l'incinération des DBM. En bref dans la plupart des cas la situation reste problématique voire critique.

PSGDM 2016-2020 DEFINITIVE

**CHAPITRE IV : PROJET REGIONAL DE  
RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE  
SURVEILLANCE DES MALADIES (REDDISSE-TOGO)**

PSGDM 2016-2020 DE REDDISSE-TOGO

La récente flambée de la maladie à virus Ebola a mis en évidence la faiblesse des systèmes de surveillance des maladies et de riposte des pays de l’Afrique de l’ouest. Afin de remédier à cette faiblesse, la Banque Mondiale se propose de mettre en place un projet régional intitulé “Renforcement du système de surveillance régional des maladies en Afrique de l’Ouest (en Anglais, West Africa Regional Diseases Surveillance System Enhancement” (REDISSE)) pour neuf pays d’Afrique de l’Ouest dont le Togo.

Le principe de mise en œuvre du projet consiste à accompagner les efforts du gouvernement à réorganiser et à rationaliser les systèmes communautaires de surveillance des maladies pour une meilleure efficacité (réactivité). Le projet accompagnera le gouvernement à renforcer le système de surveillance en prenant en compte le concept de « One Health ». Ainsi, conscient de la gravité croissante et de l’ampleur des conséquences sanitaires, sociales, politiques et économiques de la mauvaise gestion des déchets potentiels du projet, ce document de sauvegarde environnementale est élaboré prenant en compte les différents documents existants dans le pays en la matière.

En 2016, de janvier à septembre (10 mois), le Togo a connu deux épidémies et deux épizooties : une épidémie de méningite dans la moitié nord du pays avec 1900 cas notifiés dont 125 décès, une épidémie de fièvre de Lassa dans le nord du pays avec 2 cas confirmés dont un décès, une épizootie de grippe aviaire H5N1 et une épizootie charbon bactérien. De plus, à cause de sa situation géographique et de ses échanges internationaux, le Togo est classé en zone de « haut risque pour Ebola » par l’OMS. A cela s’ajoute l’existence de sites miniers (phosphates, clinker, marbre, fer, et manganèse) qui pourrait constituer un danger potentiel d’éclosion d’événements de santé publique. Il en est de même pour les mouvements transfrontaliers des marchandises de tout genre.

Afin de renforcer le système de surveillance des maladies et de mieux contrôler les épidémies et les épizooties dans le pays, le Togo a adhéré au projet de renforcement du système de surveillance des maladies (REDISSE) de la Banque mondiale proposée aux pays de la Communauté Economique des Etats d’Afrique de l’Ouest (CEDEAO).

#### **4.7. Contexte du secteur de la santé humaine**

Le système de santé a une organisation pyramidale à trois niveaux. A la base se trouve le niveau périphérique (40 districts sanitaires) qui est le niveau opérationnel. Au milieu se trouve le niveau intermédiaire ou régional (6 régions sanitaires) chargé de l’appui et du suivi-évaluation du niveau opérationnel. Au sommet se trouve le niveau central ou national chargé de la définition et du suivi des grandes orientations de la politique sanitaire du pays.

La surveillance des maladies à potentiel épidémique est l'une des priorités du gouvernement togolais. Elle s'effectue selon l'approche de la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte (SIMR) proposée par le bureau régionale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-Afro). Le but de la SIMR est d'améliorer la veille sanitaire et la riposte aux maladies ayant un taux élevé de morbidité, de mortalité et d'invalidité dans les pays africains. C'est une stratégie qui fait intervenir la communauté et les formations sanitaires à tous les niveaux. Au Togo, les agents de santé communautaires (ASC) ou relais communautaires, les organisations de la société civile (OSC) sont fortement impliquées au niveau périphérique dans la mise en œuvre des interventions de santé, l'alerte précoce et la sensibilisation.

La confirmation biologique des cas suspects de maladie notifiés est effectuée par des laboratoires constitués en réseau. L'Institut National d'Hygiène, érigé en laboratoire national de référence pour les maladies à potentiel épidémique depuis 1998 est l'organe de coordination de toutes les activités du réseau national des laboratoires en santé humaine.

Cependant le système de surveillance rencontre des difficultés notamment le manque de personnels qualifiés, l'absence de standardisation dans la mise en œuvre des procédures de collecte et de transmission des données, l'insuffisance de ressources financières et logistiques pour les supervisions formatives des agents chargés de la surveillance et pour l'acheminement des échantillons prélevés vers les laboratoires de référence. Aux niveaux périphérique et intermédiaire, les laboratoires manquent d'équipements et d'intrants pour la confirmation des cas notifiés.

Ces difficultés ont un impact négatif sur la qualité des données collectées, la régularité de leurs transmissions ainsi que sur leurs analyses et interprétations. A cela s'ajoute les faiblesses du système de surveillance dans la préparation et la riposte aux urgences sanitaires pouvant être à l'origine de réaction inadaptée en cas d'épidémie ou d'autres urgences sanitaires.

#### **4.8. Contexte du secteur de la santé animale**

Au Togo la surveillance des maladies animales s'effectue depuis 2003 à travers le Réseau d'Epidémiologie des Maladies Animales (REMATO). La structuration de cette surveillance comporte également trois niveaux: le niveau central représenté par la Direction de l'Elevage au sein de laquelle est logé le REMATO. Le niveau intermédiaire avec une unité régionale dans chacune des cinq régions économiques du pays. Le niveau périphérique représenté par 55 postes d'observations répartis dans l'ensemble des préfectures.

Au niveau communautaire, les auxiliaires villageois d'élevage (AVE) interviennent dans les domaines de la vaccination des volailles, le déparasitage des animaux, l'alerte précoce et la sensibilisation. Par ailleurs, il existe des ONG, des associations, des groupements d'éleveurs qui œuvrent pour la promotion de l'élevage et interviennent aussi dans le système d'alerte précoce et dans la sensibilisation des populations sur les zoonoses.

Le laboratoire de diagnostic des maladies animales et l'unité de recherche en santé animale de l'Institut Togolais de Recherche Agronomique (ITRA) sont aussi une composante essentielle du réseau de surveillance en santé animale.

Le REMATO échange des données épidémiologiques avec les correspondants du réseau, par l'intermédiaire du bulletin d'information zoonitaire et des rapports annuels diffusés par la Direction de l'Elevage.

Malgré ce dispositif, la surveillance des zoonoses n'est pas encore suffisante au Togo à cause de la faible fonctionnalité du système de surveillance épidémiologique des maladies animales. En effet cette surveillance souffre également d'un manque de personnel qualifié, de faiblesse dans les procédures de collecte et de transmission des données, d'insuffisances d'équipements de laboratoire, de ressources financières et de coordination des activités. A cela s'ajoute une insuffisance d'intégration du système de surveillance des maladies animales à la SIMR Togolaise.

#### **4.9. Objectifs du projet REDISSE-Togo**

##### **4.9.1. Objectifs de haut niveau auxquels le projet apporte sa contribution**

Le projet REDISSE s'inscrit dans la mission de la Banque mondiale qui est de mettre fin à l'extrême pauvreté et promouvoir la prospérité partagée. Les maladies transmissibles et non transmissibles affectent fortement la santé, l'éducation et les revenus potentiels des populations. Cet impact est encore plus accentué dans les couches de la population les plus vulnérables. D'où la nécessité d'intervention visant à réduire le fardeau économique de ces maladies les pays de l'espace CEDEAO.

Ce projet s'inscrit également dans la stratégie d'aide à l'intégration régionale (RIAS) pour l'élaboration d'interventions coordonnées de fourniture de biens publics ainsi que la priorisation du secteur de la prévention et du contrôle transfrontalières des maladies.

Il s'aligne dans divers stratégies et politique de développement du Togo notamment la Stratégie de Croissance Accélérée et de la Promotion de l'Emploi (SCAPE), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et le Programme National d'Investissement Agricole et de Sécurité Alimentaire (PNIASA).

Le projet REDISSE contribue à la mise en œuvre du RSI (2005), du Code sanitaire des animaux terrestres de l'OIE, du programme « Une seule santé », du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, de la couverture de santé universelle et de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD). Le projet REDISSE contribuera donc à la atteintes des objectifs de développement du Gouvernement togolais.

##### **4.9.2. Objectifs de Développement du Projet (ODP)**

Le Projet REDISSE abordera les faiblesses systémiques dont souffrent les systèmes de santé animale et humaine qui entravent l'efficacité de la surveillance et de la réponse aux maladies. Le projet comprendra une composante d'intervention précoce en cas d'urgence de santé publique. Il

s'agira de : i) renforcer la capacité intersectorielle nationale et régionale pour assurer une meilleure collaboration en matière de surveillance des maladies et de préparation aux épidémies en Afrique; ii) fournir une réponse immédiate et efficace en cas de crise ou d'urgence éligible.

#### **4.10. Bénéficiaires du projet**

Le bénéficiaire direct du projet REDISSE est la population togolaise. Elle sera protégée des problèmes de santé causées par les maladies transmissibles à potentiel épidémique telle que le choléra, la fièvre jaune, la méningite ainsi que les maladies émergentes ou ré émergentes comme la fièvre Ebola, la fièvre de Lassa etc. L'amélioration de la surveillance des maladies donc leur contrôle contribuera à la sécurité alimentaire et nutritionnelle, au recule des futures épidémies, à l'augmentation de la productivité des populations. A moyen et long terme le projet permettra d'améliorer la qualité de la vie et l'espérance de vie au Togo.

Les bénéficiaires indirects du projet sont les fournisseurs de services publics et privés, ainsi que les institutions nationales et régionales intervenant dans la santé humaine et animale :

- (a) Le personnel du système de surveillance (agents de santé humaine et animale, les agents de santé communautaires et les auxiliaires villageois d'élevage) qui bénéficieront d'un renforcement de capacités et de moyens adéquats pour mener à bien leur mission ;
- (b) Des Divisions en charge de la Surveillance et de l'Information Sanitaire, les directions sanitaires de la santé et les districts qui bénéficieront de moyens adéquats pour la mise en œuvre et la coordination des activités de surveillance des maladies ;
- (c) Les réseaux des laboratoires nationaux et régionaux en santé humaine et animale qui bénéficieront d'un renforcement de capacité, et de matériel adéquat pour mener à bien leur mission ;
- (d) Des décideurs qui bénéficieront une connaissance pointue et en temps réel, de l'information sur la survenue ou l'évolution des phénomènes susceptibles d'agir sur la santé publique, afin de favoriser une prise de décision rapide et adéquate en cas de nécessité.

#### **4.11. Résultats attendus**

Les résultats attendus sont :

- i. Les ressources humaines sont renforcées ;
- ii. La surveillance des maladies est intégrée et renforcée ;
- iii. Les capacités de diagnostic des laboratoires sont développées ;
- iv. Les capacités en matière de préparation et de réponse aux épizooties/épidémies et aux urgences de santé publique sont renforcées ;
- v. Le réseau régional «one health» actif et fonctionnel est créé ;
- vi. La collaboration et les échanges d'information entre pays sont renforcés.

#### **4.12. Description du projet**

Le projet de renforcement des capacités de surveillance des maladies au Togo s'articule autour des cinq composantes suivantes:

1. Le système de surveillance et d'information sanitaire ;
2. Le renforcement des capacités de laboratoire ;
3. La préparation et l'intervention en cas d'urgence ;
4. La gestion des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies ;
5. Renforcement des institutions, gestion de projet, coordination et plaidoyer défense des intérêts.

##### **4.12.1. Description des composantes**

#### **Composante 1 : Systèmes de surveillance et d'information sanitaire**

La composante système de surveillance et d'information sanitaire renforcera la notification, la collecte, la transmission et l'analyse des données dans santé humaine et la santé animale. Elle appuiera aussi la collaboration entre les différents niveaux des systèmes de surveillance en santé humaine et animale ainsi que la collaboration entre les différents secteurs. Cette composante permettra également l'amélioration de la collaboration entre les pays de la CEDA O en matière de surveillance des maladies et le respect de la déclaration des épidémies et autres problèmes de santé de portée internationale conformément aux recommandations du RSI (2005).

Les objectifs de cette composante sont :

2. Réviser la liste des maladies à surveillance prioritaires ;
3. Mettre en place la surveillance des maladies à base communautaire en santé humaine et animale ;
4. Impliquer le secteur privé dans la surveillance des maladies notamment la collecte et la transmission des données du privé ;
5. Améliorer la pertinence, la complétude, la promptitude et la fiabilité des informations sanitaires des systèmes de surveillance;
6. Développer la collaboration entre la surveillance des maladies humaines et animales;
7. Développer la collaboration régionale en matière de surveillance
8. Créer un mécanisme régional de riposte précoce et adaptée contre les épidémies;
9. Mettre à la disposition des décideurs des informations sanitaires de qualité en temps réel pour la prise de décision prompte et adaptée en cas de besoin.

La composante 1 comprend trois sous-composantes :

**Sous-composante 1.1 Soutenir la coordination des systèmes et des processus de surveillance au niveau communautaire dans les secteurs de la santé animale et humaine**

Les activités qui seront mis en œuvre sont :

- Renforcer l'identification et à la notification précoce des cas suspects de maladies à potentiel épidémique par les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les Auxiliaires Villageois de d'Elevage (AVE) à l'aide d'algorithmes décisionnels établis à cet effet;
- Mettre à la disposition des ASC et des AVE les définitions opérationnelles de cas standardisées simplifiées et les outils de collecte de données communautaires;
- Elaborer des procédures de surveillance communautaires standardisées pour les deux secteurs ;
- Sensibiliser régulièrement les populations sur l'utilisation des centres de santé afin d'améliorer l'exhaustivité des notifications et sur la prévention des maladies infectieuses ;
- Assurer la supervision régulière et la formation continue des agents de surveillance communautaires ;
- Créer des cadres de concertations réguliers entre les infirmiers chef de poste, les ASC et les AVE.

**Sous-composante 1.2 : Développer l'interopérabilité des systèmes de surveillance et de reporting**

Pour cette sous composante, il s'agira de :

- Evaluer le système de surveillance en santé humaine et animale existant;
- Réviser la liste des maladies à surveillance prioritaire du pays ;
- Diffuser le guide SIMR dans toutes les formations sanitaires y compris le secteur privé ;
- Diffuser le guide de la surveillance des maladies animales dans tous les cabinets vétérinaires y compris ceux du secteur privé
- Elaborer des protocoles et des directives de surveillance harmonisées pour la santé humaine et la santé animale;
- Mettre à la disposition des agents chargés de la surveillance des deux secteurs, les outils de notification des cas et de collecte de données ;
- Etablir dans les districts/postes d'observation, les directions régionales de la santé/unité régionale et les niveaux centraux un logiciel de surveillance des maladies (inter connecté avec le DHIS2, WAHIS, ARIS2, ARGUS...);

- Mettre à la disposition des agents un serveur de gestion des données de surveillance;
- Doter les agents de la surveillance en santé humaine et animale de téléphone en réseau pour faciliter la transmission des données collectées ;
- Veiller au respect du circuit et de la fréquence de transmission des données à chaque niveau;
- Assurer l'analyse et l'interprétation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans chaque secteur ;
- Assurer les supervisions formatives trimestrielles des agents chargés de la surveillance des maladies humaine et animale ;
- Elaborer des rapports périodiques et des bulletins d'information sanitaire ;
- Diffuser les bulletins d'information sanitaire
- Assurer la retro information de la surveillance des maladies vers tous les niveaux ainsi que vers les autorités administratives locales ;
- Créer des cadres de concertations réguliers entre agents de surveillance maladies humaine et ceux des maladies animales à tous les niveaux.

**Sous-composante 1.3 : Mettre en place un système d'alerte précoce pour la prévision des tendances sanitaires infectieuses**

Il s'agira de :

- Faire la cartographie des risques sanitaires ;
- Investiguer tous rumeurs et foyers d'épidémies ;
- Renforcer le partage d'informations de surveillance santé humaine et la santé animale;
- Créer une base de données commune pour la santé humaine et la santé maladie ;
- Analyser et interpréter régulièrement des données de surveillance selon le temps le lieu et les caractéristiques individuelles ;
- Informer immédiatement les décideurs en cas de franchissement du seuil d'alerte d'une maladie à surveillance prioritaire ou toute autre urgence.

Les activités au niveau de la région CEDAO

- Créer un réseau régional de surveillance des maladies ;
- Créer une base de données régionale de surveillance des maladies infectieuses humaines et animales à potentiel épidémique;
- Promouvoir le partage d'information de surveillance entre les pays de la région ;
- Mettre en place une surveillance transfrontalière des maladies à potentiel épidémique

humaine et animales ;

- Créer des cadres de concertations régulières entre agents de surveillance des maladies des pays de la région ;
- Mettre en place un mécanisme régionale d'alerte précoce ;
- Développer la recherche à l'échelle internationale.

### **Résultats attendus**

1. La liste des maladies à surveillance prioritaires du pays est révisée ;
2. La surveillance à base communautaire en santé humaine et animale est mise en place ;
3. Le secteur privé est impliqué dans la surveillance des maladies notamment la collecte et la transmission des données du privé ;
4. La pertinence, la complétude, la promptitude et la fiabilité des informations sanitaires des systèmes de surveillance sont améliorées;
5. La collaboration entre les acteurs de la surveillance des maladies humaines et animales est effective
6. La collaboration internationale en matière de surveillance et la surveillance transfrontalière des maladies à potentielle épidémique pour une détection précoce de cas est effective;
7. Des informations sanitaires de qualité en temps réel pour la prise de décision prompte et adapté en cas de besoin sont mises à disposition des décideurs.

### **Composante 2 : Renforcement des capacités des laboratoires**

La composante renforcement des capacités des laboratoires appuiera l'amélioration des capacités de diagnostic des maladies infectieuses humaines et animales à potentiel épidémique. Elle contribuera aussi au renforcement de la collaboration entre les laboratoires nationaux et régionaux en matière de diagnostic et de gestion des données de surveillance.

### **Objectifs :**

1. Renforcer les capacités de diagnostic des maladies à potentiel épidémique des laboratoires de santé humaine et de santé animale;
2. Renforcer les capacités de transport des échantillons selon les normes internationales;
3. Créer un réseau national de laboratoire fonctionnel en santé humaine et en santé animale;
4. Développer le management de la qualité dans les laboratoires des deux secteurs;
5. Créer une plateforme de réseau de laboratoire régional fonctionnel en santé humaine et en santé animale ;

6. Elaborer des politiques, des stratégies et des protocoles harmonisés pour les réseaux régionaux de laboratoire ;
7. Promouvoir la collaboration intersectorielle entre les réseaux de laboratoire nationaux et internationaux ;
8. Créer un partenariat avec le secteur privé ;
9. Renforcer la biosécurité et la biosûreté des laboratoires ;
10. Promouvoir la recherche intersectorielle et internationale.

**Sous composante 2.1:** Examen, mise à niveau et appui aux installations de laboratoires de réseau

Les activités de cette sous composantes seront :

- Evaluer la capacité de diagnostic des laboratoires existants en santé humaine et en santé animale à tous les niveaux ;
- Evaluer existence et la fonctionnalité de réseaux de laboratoire dans les deux secteurs ;
- Créer des réseaux de laboratoire dans la santé humaine et la santé animale si nécessaire;
- Renforcer l'équipement des laboratoires de la santé humaine et la santé animale;
- Renforcer la biosécurité et la biosûreté des laboratoires publics et privés des deux secteurs;
- Assurer un approvisionnement régulier des laboratoires en réactif et consommables ;
- Etablir un système de gestion de stocks efficace ;
- Développer le management de la qualité des laboratoires pour le diagnostic des maladies ;
- Assurer la supervision régulière des agents des laboratoires à tous les niveaux.
- Renforcer le laboratoire national de référence (INH) pour l'obtention de l'accréditation ;

**Sous composante 2.2 :** Améliorer la gestion des données et la gestion des échantillons

Il s'agira de :

- Privilégier l'utilisation des laboratoires publics et privés du niveau régional pour le diagnostic des échantillons du niveau périphérique;
- Etablir un partenariat avec le secteur privé pour le diagnostic et le transport des échantillons;
- Renforcer les niveaux périphérique et intermédiaire en logistique de transport des échantillons;
- Doter les agents d'équipements de protection individuelle;

- Assurer le transport des échantillons selon les normes de sécurité internationales;
- Renforcer les systèmes de collecte et de gestion des données de surveillance des laboratoires de santé humaine et animale à tous les niveaux ;
- Impliquer les laboratoires privés dans la collecte des données de surveillance des maladies ;
- Doter les laboratoires de santé humaine et animale d'un logiciel de gestion des données de surveillance;
- Créer l'interopérabilité entre le système de gestion des données de laboratoire de santé humaine et celui de la santé animale;
- Assurer l'analyse et l'interprétation des données de laboratoires collectées ;
- Créer un mécanisme de gestion efficace des déchets biomédicaux et des déchets animaux ;

### **Sous-composante 2.3 : Améliorer les fonctions de mise en réseaux des laboratoires régionaux de référence**

Le réseau de laboratoire contribuera à l'amélioration de la qualité du diagnostic. Les activités seront les suivantes :

- Elaborer des normes et des procédures d'assurance qualité communes pour les laboratoires nationaux de santé humaine et animale;
- Assurer le contrôle qualité de laboratoires nationaux ;
- Participer aux évaluations externes de la qualité des laboratoires
- Appliquer les procédures d'accréditation des laboratoires nationaux de référence avec appui technique de l'OMS Afro ;

#### Les activités pour les laboratoires au niveau régional

- Créer un réseau régional des laboratoires de référence de santé humaine ;
- Créer un réseau régional des laboratoires de référence de santé animale ;
- Harmoniser les procédures régionales de diagnostic des maladies à potentiel épidémique
- Elaborer des normes, des procédures et des protocoles d'assurance qualité communs aux laboratoires de santé humaine et animale de la région;
- Identifier les laboratoires de référence régionaux pour la confirmation de diagnostic dans les deux secteurs ;
- Créer une plateforme d'échange pour les réseaux régionaux de laboratoires

- Promouvoir le partage d'informations intersectoriel et international
- Elaborer les normes régionaux d'accréditation des laboratoires ;
- Appuyer l'accréditation des laboratoires de la région,
- Assurer l'évaluation qualité des laboratoires dans les deux secteurs
- Développer la recherche intersectorielle dans le réseau
- Organiser des voyages d'échanges.

### **Résultats attendus**

1. Les capacités des laboratoires de santé humaine et animale pour le diagnostic des maladies à potentielle épidémique sont renforcées ;
2. Les capacités des laboratoires de santé humaine et animale pour le transport des échantillons selon les normes internationales sont renforcées;
3. Le réseau national de laboratoire fonctionnel en santé humaine et en santé animale est créé ;
4. L'assurance qualité des laboratoires dans les deux secteurs ;
5. Créer une plateforme de réseau de laboratoire régional fonctionnel en santé humaine et en santé animale est assurer ;
6. Les politiques, les stratégies et les protocoles harmonisés pour les réseaux régionaux de laboratoire sont élaborés ;
7. La promotion de la collaboration intersectorielle entre les réseaux de laboratoires nationaux et internationaux de réseau de laboratoire est effectuée
8. Le partenariat avec le secteur privé est créé ;
9. La biosécurité et la biosûreté des laboratoires sont renforcées
10. La promotion de la recherche intersectorielle et internationale est effectuée.

### **Composante 3: Préparation et intervention en cas d'urgence**

Cette composante appuiera le renforcement de capacité nationale et régionale de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique.

#### **Objectifs :**

1. Elaborer un plan de riposte aux épidémies et épizooties à tous les niveaux;
2. Elaborer un plan nationale de communication ;

3. Créer/redynamiser les équipes d'intervention rapide à tous les niveaux ;
4. Créer/redynamiser les comités de gestion des épidémies ;
5. Mettre en place un mécanisme de réaction précoce au niveau national et international en cas d'urgence sanitaire;
6. Promouvoir le concept « une seule santé » à tous les niveaux ;
7. Impliquer les secteurs privés dans la préparation et la riposte aux urgences de santé publiques,
8. Constituer des stocks d'urgence de médicaments, de vaccins et de consommables au niveau national et international;
9. Créer un fond spécifique de gestion des urgences au niveau national et international ;

Cette composante à trois sous composantes

### **Sous composante 3.1 : Améliorer la coordination et la collaboration intersectorielles en matière de préparation et de riposte**

Pour cette sous composante il s'agira de :

- Elaborer un plan de riposte contre les épidémies à tous les niveaux;
- Elaborer un plan de riposte contre les épizooties à tous les niveaux ;
- Elaborer un plan national de communication en cas d'épidémie, d'épizootie ou autres urgences ;
- Créer un partenariat avec le secteur privé pour la préparation et la riposte en cas d'urgence sanitaire ;
- Mettre en place ou redynamiser les comités de gestion des épidémies dans les districts/préfectures, les régions et au niveau central ;
- Veiller à la tenue régulière des rencontres des comités de gestion des épidémies;
- Créer des cadres de concertation avec d'autres secteurs l'environnement, l'éducation, la douane ;
- Créer un fond spécifique de gestion des urgences.

### **Sous composante 3.2 : Renforcer la capacité d'intervention d'urgence**

- Créer ou redynamiser à tous les niveaux des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide (EIR) capable d'intervenir de toute urgence en cas de besoin ;
- Veiller à la formation et équipements des EIR;
- Créer un répertoire national des EIR;

- Organiser des exercices de simulation de catastrophe pour les EIR
- Faire l'estimation des besoins en personnel en médicaments et consommables à l'approche de chaque saison épidémique dans les deux secteurs;
- Prédispositionner les médicaments de prise en charge dans toutes les formations sanitaires et les centres de prise en charge de maladies animales ;
- Créer un stock d'urgence de médicaments, de vaccins et de consommables;
- Créer un mécanisme de redéploiement des ressources en cas de besoin.

### **Sous composante 3.3 : composante d'intervention d'urgence contingente**

Cette sous-composante renforcera les capacités de réponse du Gouvernement en cas de survenue d'épidémies ou toute autre urgence sanitaire au cours de la mise en œuvre du projet REDISSE, à travers l'appui financier de la Banque mondiale. Pour ce faire un « Manuel des opérations d'intervention en cas d'urgence » (EROM) sera élaboré. Ce manuel comportera les conditions de déclenchement de ce processus de financement.

#### Les activités régionales pour la préparation de la riposte aux urgences

- Elaborer un plan régional de riposte contre les épidémies et autres urgences sanitaires ;
- Mettre en place une base de données régionale des maladies à surveillance prioritaire ;
- Identifier les zones à risque d'épidémie dans la région CEDEAO ;
- Créer un réseau régional de médecins et de vétérinaires spécialisés en épidémiologies ;
- Créer des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide régionales ;
- Créer un stock régional de médicaments, de vaccins et de consommables pour la gestion des urgences ;
- Créer un mécanisme régional de déploiement des ressources en cas d'urgence ;
- Créer un fond régional pour la gestion des urgences.

### **Résultats attendus**

1. les plans de riposte aux épidémies et épizooties à tous les niveaux sont élaborés;
2. le plan nationale de communication est élaboré;

3. Les équipes d'intervention rapide sont créées ou redynamisées à tous les niveaux ;
4. Les comités de gestion des épidémies sont créées ou redynamisées à tous les niveaux ;
5. Un mécanisme de réaction précoce au niveau national et international en cas d'urgence sanitaire est mis en place;
6. La promotion du concept « une seule santé » est effectuée à tous les niveaux ;
7. le secteur privé est impliqué dans la préparation et la riposte aux urgences de santé publiques.
8. Les stocks d'urgence de médicaments, de vaccins et de consommables sont constitués au niveau national et international ;
9. Un fond spécifique de gestion des urgences au niveau national et international est créé.

**Composante 4 :** la gestion des renforts des ressources humaines pour une surveillance efficace des maladies et la préparation aux épidémies

Cette composante permettra le renforcement des secteurs de surveillance des maladies en personnels qualifiés.

### **Objectifs**

1. Renforcer les ressources humaines de la surveillance des maladies humaine et animale à tous les niveaux ;
2. Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la surveillance des maladies ;
3. Développer des stratégies de motivation et de rétention des agents ;
4. Renforcer les ressources humaines régionales pour le suivi-évaluation du projet et la préparation à la riposte régionale.

Elle comprend deux sous composantes :

#### **Sous-composante 4.1 : Cartographie, planification et recrutement de personnel de santé**

Dans cette sous-composante il s'agira de :

- Evaluer le nombre de personnels qualifiés à chaque niveau de la surveillance des maladies, et leur répartition géographique
- Evaluer les capacités des agents à mettre en œuvre les activités de la surveillance des maladies ;
- Identifier les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les Auxiliaires Villageois de d'Elevage (AVE) dans chaque village pour la surveillance ;
- Renforcer les ressources humaines de surveillance des maladies si besoin ;

- Améliorer la gestion des ressources humaines impliqués dans la surveillance des maladies et de la riposte ;
- Impliquer les acteurs du secteur privé dans les interventions de promotion de la santé et dans la surveillance des maladies

**Composante 4.2 :** Améliorer la formation, la motivation et la rétention des professionnels de santé.

Les activités de cette sous-composante seront :

- Former les agents communautaires (ASC et AVE) à la surveillance des maladies;
- Former les agents communautaires (ASC et AVE) au remplissage des outils de collecte des données;
- Former les agents à la surveillance des maladies et ses enjeux ;
- Former les agents au remplissage des outils de collecte des données ;
- Former les points focaux surveillance à la gestion des bases de données et à l'utilisation des logiciels de surveillance ;
- Organiser des formations spécifiques pour les agents de laboratoire selon le besoin ;
- Développer des stratégies de motivation et de rétention des agents de la surveillance à tous les niveaux.

Les activités régionales en matière de gestion des ressources humaines

- Constituer une équipe d'experts régionale pour le suivi et l'évaluation du projet ;
- Constituer une équipe d'experts multidisciplinaires pour la préparation et la riposte régionale aux urgences ;
- Créer des écoles régionales de formation en surveillance des maladies ;
- Organiser des stages perfectionnements régionaux de surveillance des maladies ;
- Organiser des voyages d'échange d'expérience régionaux.

### Résultats attendus

1. Le renforcement des ressources humaines affectées à la surveillance des maladies humaine et animale est effectué à tous les niveaux ;

2. Le renforcement de capacité des acteurs de la surveillance des maladies est effectué à tous les niveaux.
3. Les stratégies de motivation et de rétention des agents sont développées ;
4. Le renforcement des ressources humaines régional pour le suivi-évaluation du projet et la préparation à la riposte régionale est effectué.

### **Composante 5: Renforcement des institutions, gestion de projet, coordination et plaidoyer défense des intérêts**

#### **Objectif :**

1. Renforcer la coordination du projet;
2. Organiser la gestion fiduciaire selon les recommandations de la Banque Mondiale ;
3. Mettre en place le système de suivi et l'évaluation du système de surveillance des maladies et de la riposte est mis en place ;
4. Effectuer des évaluations externes évaluations externes conjointes (JEE) du RSI (2005) selon le processus PSV ;
5. Renforcement de capacités institutionnelles nationales et internationales;
6. Développer des interventions de sensibilisation et de promotion de la santé à l'endroit des populations

Cette composante comporte 2 sous composantes.

Sous composante 5.1: Coordination du projet, gestion fiduciaire, suivi et l'évaluation, génération de données et gestion des connaissances

Les activités seront les suivantes :

- Assurer la gestion fiduciaire du projet (par la Cellule de Gestion de projets financés par la Banque Mondiale logée au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale) selon les recommandations de la Banque Mondiale.
- Signature de contrats entre la cellule de gestion et les ministères concernés sur la base des PTA validés
- Mise en place d'un système de suivi-évaluation des données de la surveillance des maladies
- Effectuer les évaluations externes conjointes semestrielles (JEE) du RSI (2005) selon le processus PSV

- Développer des recherche opérationnelle d'évaluation d'impact pour du projet.

### **Sous composante 5.2 : Appui institutionnel, renforcement des capacités, plaidoyer et communication**

Il s'agira de:

- Renforcer les institutions nationale de santé publiques ;
- Faire des plaidoyers auprès des autorités administratives, coutumières et des leaders d'opinions sur la mise en œuvre des activités de surveillance ;
- Mener des interventions de sensibilisation et de promotion de la santé à l'endroit des populations.

#### **Résultats attendus:**

1. La coordination du projet est renforcée ;
2. La gestion fiduciaire est organisée selon les recommandations de la banque mondiale ;
3. Le système de suivi et l'évaluation du système de surveillance des maladies et de la riposte est mis en place ;
4. Le renforcement de capacité institutionnelle est effectué ;
5. Les interventions de sensibilisation et de promotion de la santé à l'endroit des populations seront effectuées.

#### **4.13. Financement du projet**

Le budget du projet REDISSE pour le Togo est de 12 millions d'USD. Ce budget permettra la mise en œuvre des activités des composantes du projet dans les secteurs de la surveillance des maladies humaines et des maladies animales. Elle sera répartie sur les 5 années que durera le projet.

Le tableau ci-dessous montre les activités prévues selon la composante et le niveau dans les deux secteurs et les budgets proposés.

**CHAPITRE V : ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES,  
OPPORTUNITES ET MENACES DU SYSTÈME  
ACTUEL DE LA GDM**

PSGDM 2016-2017

CONFIDENTIEL

## **VIII. ANALYSE SWOT EN MATIERE DE GESTION DES DECHETS MEDICAUX**

### **8.1. Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gestion actuelle**

#### **8.1.1. Les forces**

Les principales forces du système de GDM se résument en :

- Existence des services techniques chargés de la gestion des déchets au sein des Ministères en charge de la Santé, de l'Environnement et des Collectivités Locales ;
- Existence des textes législatifs comme le code de la santé, la loi-cadre sur l'environnement qui prennent en compte la gestion des DM;
- Utilisation systématique des boîtes de sécurité dans la plupart des formations sanitaires ;
- Existence d'au moins un incinérateur fonctionnel dans chaque district sanitaire du pays ;
- Création de l'Agence nationale d'assainissement et de salubrité publique (ANASAP) ;
- Appui des partenaires (OMS, BM, FM, GAVI, Unicef, Plan International Togo,...) ;
- Formation de certains acteurs en gestion de déchets et PCI ;
- Dotation de plusieurs formations sanitaires en matériels et équipements de gestion des DM ;
- Existence de centre de recherche et de formation dans les universités et autres (Laboratoire GTVD).
- Existence de l'Agence Nationale de la Gestion de l'Environnement (A.N.G.E)

#### **8.1.2. Contraintes et faiblesses de la gestion des DM.**

- Faible niveau de connaissance des manipulateurs du danger des DM ;
- Faible protection du personnel de santé notamment des manipulateurs de déchets contre le tétanos et l'hépatite B et autres infections ;
- Inexistence d'une stratégie nationale de gestion des DM ;
- Inexistence de textes d'application des lois en matière de gestion des DM

- Absence de ligne budgétaire de l'Etat pour les d'investissements et pour les réalisations/acquisitions, maintenance des ouvrages et équipements de gestion des déchets médicaux pour les structures sanitaires ;
- Existence des incinérateurs ne répondant pas aux normes (ce sont des brûleurs) ;
- Quasi-inexistence des ouvrages appropriés de collecte et de traitement des eaux usées dans les structures sanitaires surtout dans les structures de référence ;
- Insuffisance de matériels, de logistiques et d'équipements adaptés à la gestion des DM ;
- Insuffisance du mécanisme de gestion des DM à tous les niveaux (codage couleur tri, conditionnement, collecte, transport, stockage, traitement et élimination) in situ ou hors site ;
- Négligence dans l'application des règles sur la gestion des DM par certains agents qualifiés ;
- Faible accès des personnels en contact avec les déchets médicaux aux matériels et équipements de protection individuelle (EPI) ;
- Insuffisance d'outils/supports de communication/sensibilisation sur la gestion des DM ;
- Inexistence de plans de gestion des DM dans certaines formations sanitaires ;
- Faible adhésion de certaines structures privées de soins agréées ou informelles aux circuits de collecte et d'élimination des déchets médicaux ;
- Absence de base de données sur les quantités de DM produits et leur caractérisation ;
- Absence de base de données sur la gestion des déchets médicaux à tous les niveaux.
- Inexistence d'entreprises spécialisées dans la collecte des DM au Togo ;
- Faible priorité accordée à l'hygiène et l'assainissement dans les structures sanitaires.
- intervention d'acteurs externes non formés dans la gestion des DM;
- Insuffisance de formation des administrateurs des structures sanitaires sur la gestion des DM
- Insuffisance de communication et d'initiatives en matière de gestion des déchets médicaux
- La non-opérationnalisation de la Direction de l'hygiène et de l'assainissement de base au sein du Ministère de la santé et de la protection sociale malgré la mise en œuvre du nouvel organigramme.
- Insuffisance de suivi/supervision sur la gestion des DM

### **8.1.3. Opportunités**

Les opportunités suivantes peuvent être exploitées pour assurer le succès de la mise en œuvre du plan stratégique :

- Le secteur de la santé et de l'environnement font partie des priorités du gouvernement;
- Le processus de décentralisation administrative en cours ;
- Recyclage et valorisation de certaines fractions de DAOM (papiers, bouteilles, plastics)

### **8.1.4. Menaces**

Les menaces concernent essentiellement :

- Les calamités naturelles (inondations) ;

- L'implantation anarchique des structures informelles et des prestations de soins à domicile ;
- La crise sociopolitique ;
- La faible mobilisation des ressources financières ;
- Les épidémies.

## **8.2. Les défis**

De l'analyse de la situation en matière de gestion des déchets dans le pays, il ressort les principaux défis suivants :

- Communication pour un changement de comportement du personnel de santé et des manipulateurs sur les dangers liés aux déchets médicaux
- Elaboration d'une stratégie nationale et des textes d'application des lois en matière de gestion des DM ;
- Mobilisation de financements adéquats pour la gestion de déchets médicaux ;
- Accompagnement de l'adhésion des structures privées de soins et entreprises spécialisées au système de gestion des déchets médicaux ;
- Renforcement des ouvrages, équipements, logistique et matériels de gestion des déchets médicaux ;
- Intégration des données sur la gestion des déchets dans le système national d'information sanitaire

## **8.3. Les Axes Stratégiques**

De l'analyse des défis, il se dégage (4) axes stratégiques d'intervention. Il s'agit de :

- Renforcement du cadre institutionnel et juridique de la gestion des déchets médicaux ;
- Renforcement des capacités des acteurs et développement des initiatives en matière de gestion des déchets médicaux;
- Renforcement de la communication sur les risques et les bonnes pratiques de gestion des DM;
- Renforcement de la coordination et du suivi

### **8.3.1. Renforcement du cadre institutionnel et juridique de la gestion des déchets médicaux**

L'objectif visé par l'Etat Togolais est la mise en place d'un cadre juridique et réglementaire cohérent et harmonieux pour accroître l'efficacité de la mise en œuvre du Plan Stratégique de Gestion des Déchets Médicaux (PSGDM). Dans cette perspective, les orientations sont relatives à l'harmonisation des textes, à l'adoption et à l'application de ces textes.

L'absence d'une stratégie nationale de gestion des déchets médicaux ne favorise pas l'exécution d'actions cohérentes. Pour cette raison, il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de gestion des déchets médicaux. Ce document devra orienter l'élaboration de directives et de protocoles sur la GDM.

En vue de relever ce défi, les actions prioritaires suivantes sont nécessaires:

- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de gestion des déchets médicaux;
- Elaboration/Actualisation des directives et protocoles sur la gestion des déchets médicaux ;
- Elaboration des textes d'application des différentes lois existantes (code de santé, loi cadre sur l'environnement) ;
- Suivi de l'application des directives et des textes d'application.

#### **8.3.1.1. Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de gestion des déchets médicaux**

Ces actions iront dans le sens de la définition et de la mise en œuvre de grands principes et des orientations à donner à la gestion des déchets médicaux dans le pays. Dans ce sens, un consultant ou un groupe d'experts travaillera de façon participative avec toutes les parties prenantes pour mettre en place et faciliter la mise en œuvre d'un cadre de référence pour toutes les interventions dans le domaine de la gestion des DM.

#### **8.3.1.2. Elaboration/Actualisation des directives et protocoles sur la gestion des déchets médicaux**

Les directives et protocoles sur la gestion des déchets médicaux doivent être élaborés ou actualisés et disséminés dans les structures sanitaires. Ces directives et protocoles permettront de standardiser les procédures de gestion en fonction des catégories de structures sanitaires (CHU, CHR, hôpitaux de district, USP, cliniques privées, laboratoires, pharmacies ; cabinets médicaux privés).

#### **8.3.1.3. Elaboration des textes d'application des différentes lois existantes**

La loi-cadre sur l'environnement et le code de la santé publique ont été adoptés respectivement en 2008 et 2009. Pour permettre la mise en œuvre de ces textes, ce plan stratégique facilitera l'élaboration et l'adoption de textes d'application spécifiques à la gestion des déchets médicaux. Il sera encouragé l'adoption de textes municipaux pour règlementer le transport et le traitement hors site des DM.

#### **8.3.1.4. Suivi de l'application des directives et des textes d'application.**

La mise en œuvre des directives, protocoles et des textes d'application sur les DM fera l'objet de suivi-supervision qui peut aboutir à des sanctions en cas de non respect.

### **8.3.2. Renforcement de la communication sur les risques et les bonnes pratiques de gestion des DM**

La vision du Togo dans ce domaine, est de créer un cadre permettant de renforcer la communication pour rehausser le niveau de conscience des acteurs sur les dangers liés au DM. L'objectif est de favoriser la promotion de bonnes pratiques de GDM y compris l'adoption de technologies appropriées sur toute la filière (production, tri, conditionnement, collecte et transport sur site ou hors site, traitement/élimination). L'accent sera mis sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de communication et des plans de communication adaptés à chaque niveau, à chaque cible et à chaque canal de communication.

Par ailleurs, il est indispensable d'animer des rencontres d'information et de vulgarisation du plan et de la stratégie nationale de GDM. Les acteurs visés sont entre autres (i) les partenaires techniques et financiers pour faciliter la mobilisation des ressources, (ii) les décideurs au niveau national, les autorités locales et les responsables des structures sanitaires pour une meilleure prise de conscience par rapport à leurs rôles dans la mise en œuvre du plan dans la mobilisation des ressources.

#### **Actions prioritaires :**

- Elaboration des plans et des outils/supports de communication sur la gestion des déchets médicaux ;
- Sensibilisation des acteurs et des populations sur les risques liés au DM et les bonnes pratiques de gestion des DM.

#### **8.3.2.1. Elaboration des plans et des outils/supports de communication sur la gestion des déchets médicaux**

Dans le but d'améliorer les pratiques de gestion des DM au niveau de toutes les parties prenantes, il faut à court terme concevoir un plan de communication au niveau national, régional, district et au niveau des structures de santé.

Une enquête sur les Connaissances Attitudes et Pratiques (CAP) est nécessaire pour identifier les comportements à risque de GDM afin d'orienter les activités pertinentes et de définir les meilleurs canaux et supports de communication. Cette enquête doit prendre en compte les perceptions des parties prenantes et des déterminants socio-économiques des comportements favorables ou défavorables aux bonnes pratiques de GDM.

Sur cette base, les messages clés seront formulés à l'endroit de tous les agents des services de structures sanitaires (responsables des structures sanitaires, prestataires de soins, manipulateurs

des déchets médicaux, techniciens d'hygiène et Assainissement, techniciens de laboratoire ;.....) ainsi que les patients, les accompagnants et les populations.

Ainsi, il s'avère indispensable d'élaborer des outils de communication/ sensibilisation sur la problématique de la GDM. Les outils élaborés et les documents du plan national de gestion des déchets médicaux et de la stratégie nationale feront l'objet de multiplication et dissémination à tous les niveaux de mise en œuvre.

#### **8.3.2.2. Sensibilisation des acteurs et des populations sur les risques liés aux DM et sur les bonnes pratiques de gestion des DM**

Cette action consiste à sensibiliser les parties prenantes sur les risques liés au DM et les bonnes pratiques de gestion des DM à travers les différents canaux de communication. Les parties prenantes seront amenées à travers des rencontres de briefing, des causeries débats, des causeries éducatives, des émissions radiotélévisées à prendre conscience des risques des DM et susciter chez eux de ce fait une adhésion aux bonnes pratiques de GDM. Une place prépondérante devra être donnée à cette thématique dans la planification des activités IEC/ Communication pour le Développement (C4D) pour une édification permanente de tous les acteurs. Les structures sanitaires bénéficieront de l'expertise du service Information Education Communication pour leurs activités de communication.

#### **8.3.3. Renforcement des capacités des acteurs et développement des initiatives en matière de gestion des déchets médicaux**

Cet axe stratégique vise à permettre aux services techniques du Ministère en charge de la Santé et des Ministères concernés ; les structures sanitaires publiques et privées, les collectivités locales et les ONG/Associations impliquées dans la gestion DM, de disposer de ressources nécessaires pour une gestion efficace des déchets médicaux.

Dans cette perspective, les principales orientations consistent à renforcer l'appui à la formation initiale et à la formation continue des agents, l'adoption de technologies appropriées de gestion, la recherche appliquée sur les DM, le renforcement du partenariat public-privé et la mobilisation des ressources financières en faveur de la gestion centralisée des DM.

Dans cette logique, les capacités des acteurs clés seront renforcées par des appuis en équipements, matériels et infrastructures adéquates. Un catalogue des équipements disponibles pour la gestion écologiquement rationnelle des déchets médicaux doit être annexé au document du plan stratégique, ainsi que les formulaires et certificat d'enregistrement pour la gestion des DM.

Par ailleurs, il est impérieux d'appuyer les districts à disposer des plans de collecte et de convoyage de ces déchets afin de mieux les gérer surtout lors des campagnes de vaccination et autres activités foraines de masse..

Les actions prioritaires se déclinent comme suit :

- Mettre en œuvre un programme de formation des acteurs sur la gestion des déchets médicaux ;
- Faire un plaidoyer pour l'introduction dans les curricula de formation initiale des médecins et des paramédicaux le cours sur la gestion des déchets médicaux ;
- Mettre en œuvre un programme d'équipement des hôpitaux et des districts en incinérateurs conventionnels et autres ouvrages de traitement des DM ;
- Renforcer les capacités organisationnelles, matérielles et logistiques des acteurs clés;
- Promouvoir le partenariat public-privé et des initiatives privées en faveur de la gestion des DM.
- Elaborer et mettre en œuvre des mécanismes de mobilisation de ressources et de financement de la gestion des déchets médicaux;
- Elaborer et mettre en œuvre des programmes de recherches concernant les technologies innovantes;

#### **8.3.3.1. Mettre en œuvre un programme de formation des acteurs sur la gestion des déchets médicaux**

Les pratiques et attitudes favorables à une bonne gestion des déchets médicaux doivent être maîtrisées et appliquées par les prestataires de soins publics, privés et confessionnels et les autres acteurs et les communautés locales. A cet effet, les agents de santé à tous les niveaux et autres acteurs impliqués seront formés sur les bonnes pratiques de gestion des déchets médicaux y compris les technologies appropriées ainsi que la maintenance des incinérateurs. Des pools de formation en cascade seront constitués dans toutes les régions sanitaires. Ces formateurs vont bénéficier de formation pour leur permettre à leur tour de former les différentes catégories de personnel dans leurs zones respectives. En somme, c'est un programme de formation cohérent qui sera élaboré et mis en œuvre.

#### **8.3.3.2. Faire un plaidoyer pour l'introduction dans les curricula de formation initiale des médecins et des paramédicaux le cours sur la gestion des déchets médicaux**

Dans la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire, le Ministère en charge de la santé accorde une importance particulière à la qualité de la formation des agents de santé. Un plaidoyer sera mené pour la prise en compte de la GDM dans les programmes de formation de la Faculté des Sciences de la Santé et des écoles de formation paramédicale.

#### **8.3.3.3. Mettre en œuvre un programme d'équipement des hôpitaux et districts en incinérateurs conventionnels et autres ouvrages de traitement des DM**

Au moins 55 incinérateurs de grande capacité seront installés dans les CHU, CHR, CHP et dans certaines grandes structures privées et une filière de collecte et de transport hors site des déchets médicaux sera organisée pour faciliter leur traitement centralisé.

Cette stratégie n'exclut pas la réalisation des unités de traitement à l'échelle de certaines formations sanitaires surtout en zones rurales et semi urbaine. Dans ce cas, des projets pilotes seront réalisés pour expérimenter l'efficacité de technologies nouvelles de traitement des déchets. L'accent sera mis sur les technologies appropriées pour le traitement des déchets au niveau des formations sanitaires privées et des laboratoires tel que l'INH et les centres de transfusion sanguine.

Cinq (5) ouvrages appropriés de collecte et de traitement des eaux usées hospitalières seront également réalisés au niveau des CHU et CHR.

#### **8.3.3.4. Renforcer les capacités organisationnelles, matérielles et logistiques des acteurs clés**

La coordination de la mise en œuvre du plan national de gestion des déchets médicaux sera assurée par la DHAB. Dans cette perspective, un plan de renforcement des capacités de cette direction et autres acteurs clés sera élaboré, après une analyse institutionnelle, organisationnelle et technique minutieuse. Afin d'avoir un impact significatif dans l'amélioration de la gestion des déchets, il sera élaboré et mis en œuvre un plan d'action de gestion des déchets au niveau des unités de soins périphériques, des districts et des structures de santé de référence (CHU/CHR/CHP) A cet effet, chaque structure sanitaire et programme de santé devra élaborer son plan de gestion des déchets médicaux ou dans la mesure du possible, intégrer la problématique de gestion des déchets médicaux dans les Plans d'Action Opérationnels (PAO) élaborés annuellement.

- Du matériel technique et la logistique seront mis à la disposition de la DHAB et des autres acteurs clés pour assurer la mise en œuvre efficace et efficiente du plan.
- Une étude sur la caractérisation et la quantification des déchets devra être envisagée ainsi que le recrutement d'un cabinet pour la réalisation de l'étude de faisabilité sur la polarisation des formations sanitaires pour l'exploitation rationnelle et

efficace des incinérateurs conventionnels. Ainsi, un Plaidoyer devra être fait auprès des partenaires pour une dotation spéciale d'un fond spécial en vue d'appuyer les formations sanitaires au cours de la phase expérimentale de mise en service des incinérateurs conventionnels.

#### **8.3.3.5. Promouvoir le partenariat public privé et des initiatives privées en faveur d'une meilleure gestion des déchets médicaux**

La signature de contrats de partenariat sera favorisée entre les entreprises privées ou ONG spécialisées dans la gestion des déchets médicaux et les formations sanitaires pour l'organisation de la collecte hors site des déchets et l'exploitation des incinérateurs en priorité dans les zones où un traitement centralisé des déchets médicaux est préconisé. Ce partenariat précisera clairement les modalités de réalisation des ouvrages, de recouvrement de coûts, de maintenance et de renouvellement des incinérateurs construits.

L'obligation sera faite aux structures sanitaires publiques ou privées dotées d'incinérateurs de polariser les structures privées à contracter l'enlèvement des déchets médicaux avec les entreprises privées ou les ONG spécialisées.

Aussi, des initiatives privées doivent-elles être encouragées. Pour ce faire, des structures organisées seront incitées à la gestion des DM. Un programme de motivation en terme de formation et ou d'appui en matériels de travail sera mis en place pour l'accompagnement des structures les plus performantes sur la base des critères préalablement définis.

#### **8.3.3.6. Elaborer et mettre en œuvre des mécanismes de mobilisation de ressources et de financement de la gestion des déchets médicaux ;**

Dans le but d'accroître le financement destiné à la GDM, des mécanismes de mobilisation de ressources et de financement de la gestion des déchets médicaux seront développés. Pour cela, un plaidoyer sera fait en direction du Ministère en charge de la santé pour qu'une ligne budgétaire spécifique à la gestion des déchets médicaux soit créée dans le budget d'investissement du Ministère de la santé et de la protection sociale (réalisation des ouvrages et acquisition des gros équipements). Un plaidoyer sera fait en vue d'une augmentation du budget de fonctionnement à tous les niveaux (DHAB, structures de santé publiques). Un plaidoyer sera également fait en direction des partenaires techniques et financiers bilatéraux que multilatéraux pour accroître le financement du domaine. D'autres initiatives de financements alternatifs seront étudiées et mise en œuvre au niveau des structures de santé.

### **8.3.3.7. Elaborer et mettre en œuvre des programmes de recherches concernant les technologies innovantes**

Le plan national de gestion des déchets médicaux favorisera la mise en œuvre de projets de recherches sur les technologies de traitement des DM et les mécanismes alternatifs de financement du sous-secteur. Ces projets seront initiés et mis en œuvre en collaboration avec les laboratoires et centres de recherche dans le domaine de la gestion notamment dans le traitement et la valorisation des déchets.

### **8.3.3.8. Renforcement de la coordination et du suivi**

Cet axe vise essentiellement à harmoniser les plans de gestion des déchets médicaux à tous les niveaux, coordonner les actions et suivre leur mise en œuvre.

A cet effet, les questions relatives à la gestion des déchets médicaux seront prises en compte au cours des différentes revues et des réunions de coordination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les activités de coordination et de suivi seront menées du niveau le plus élevé au niveau déconcentré en vue d'une meilleure gestion des déchets médicaux. Elles se feront aussi à travers l'alimentation du site web du Ministère de la santé. Les publications issues des recherches opérationnelles et les appels d'offres relatives à la réalisation des ouvrages seront également mis en ligne.

Il est aussi essentiel de favoriser l'élaboration et la transmission des rapports d'activité du niveau déconcentré au niveau le plus élevé de la pyramide du système de santé. Dans cette perspective, la priorité est de mettre en place un système d'information spécifique qui s'intègre facilement dans le système d'information sanitaire.

Des missions suivi-supervision et d'évaluations internes et externes seront réalisés suivant des fréquences calquées sur le système de santé aux différents niveaux de la pyramide (structures de soins, District, Régions et Niveau national)

#### **Actions prioritaires :**

- Elaborer et mettre en œuvre un plan national de suivi de la gestion des déchets médicaux ;
- Appuyer la mise en place d'un système fiable d'informations sur la gestion des DM ;
- Réaliser l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale de la mise en œuvre du plan ;

### **8.3.3.9. Elaborer et mettre en œuvre un plan de suivi de la gestion des déchets médicaux**

Le plan national de suivi de la gestion des déchets médicaux qui sera élaboré et mis en œuvre, comportera des indicateurs quantitatifs et qualitatifs précis pour suivre et évaluer les résultats obtenus. Les institutions de mise en œuvre du plan de suivi seront clairement identifiées ; leurs rôles, responsabilités et les mécanismes de reportage seront définis.

L'accent sera mis dans ce plan sur les mécanismes de suivi-supervision, les évaluations internes et externes qui seront réalisés suivant les directives nationales.

### **8.3.3.10. Appuyer l'intégration des données relatives aux déchets médicaux dans le système d'information sanitaire (SNIS)**

Il serait question de définir les indicateurs clés de gestion des déchets médicaux à prendre en compte dans le DHIS 2 du SNIS. A cet effet il serait impératif de veiller à ce que les outils de collecte de données du SNIS prennent en compte les informations sur la gestion des DM

### **8.3.3.11. Réaliser l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale de la mise en œuvre du plan**

Deux évaluations, l'une à mi-parcours et l'autre à la fin de l'exécution du plan stratégique de gestion des déchets médicaux seront réalisées pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés et les progrès par rapport aux indicateurs d'effet, et de processus pouvant contribuer à un impact significatif. La principale référence sera le document du plan, par rapport auquel les progrès seront appréciés. Cette activité permettra à l'équipe d'exécution du plan de recadrer tout ce qui n'a pas bien fonctionné.

La mise en œuvre de ces différentes interventions facilitera l'atteinte des objectifs que s'assigne ce plan stratégique à savoir :

## **IX. Objectifs du plan de gestion des déchets médicaux**

### **9.1. Objectif général du plan de gestion des déchets médicaux**

Contribuer à la réduction des risques liés aux déchets médicaux et à la sauvegarde environnementale.

### **9.2. Objectifs spécifiques**

- ✚ Renforcer le cadre institutionnel et légal de la gestion des déchets médicaux au Togo ;
- ✚ Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la gestion des déchets médicaux;
- ✚ Développer des initiatives en matière de gestion des déchets médicaux;
- ✚ Développer des stratégies de mobilisation des ressources spécifiques (financières, matérielles, humaines) dédiées à la gestion des déchets médicaux ;
- ✚ Renforcer la communication en matière de gestion des déchets médicaux;

- ✚ Renforcer la coordination et le suivi-évaluation en matière de gestion des déchets.

### 9.3. Résultats attendus

- Le cadre institutionnel et légal de la gestion des déchets médicaux au Togo est renforcé;
- Les capacités des acteurs impliqués dans la gestion des déchets médicaux sont renforcées;
- Des initiatives en matière de gestion des déchets médicaux sont développées;
- Des stratégies de mobilisation des ressources spécifiques (financières, matérielles, humaines) dédiées à la gestion des déchets médicaux sont développées;
- La communication en matière de gestion des déchets médicaux est renforcée;
- La coordination et le suivi-évaluation en matière de gestion des déchets sont renforcées.

PSGDM 2016-2020 DEF

**CHAPITRE VII : PLAN D'ACTION DETAILLE  
BUDGETISE DE GESTION DES DECHETS  
MEDICAUX**

PSGDM 2016-2017

DEFINITIF

**X. PLAN D'ACTION DETAILLE BUDGETISE DE GESTION DES DECHETS MEDICAUX**

PSGDM 2016-2020 DEFINITIF

PSGDM 2016-2020 DEFINITIF

**Tableau 3 : Plan d'action et cadre logique**

| Objectifs spécifiques   | Actions prioritaires   | Activités  | indicateurs objectivement vérifiables              | Moyens et sources de vérification                                | Responsable | Structures impliquées | Chronogramme |      |      |      |      | Budget estimatif en millions de FCFA |                |                      |             |       |
|---|--|--|--|--|-------------|-----------------------|--------------|------|------|------|------|--------------------------------------|----------------|----------------------|-------------|-------|
|   |  |  |  |  |             |                       | 2016         | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Montant total                        | Montant acquis | Montant à rechercher |             |       |
|   |  |  |  |  |             |                       |              |      |      |      |      |                                      |                | Etat                 | Partenaires | Total |
| <b>Axe N°1 : Renforcement du cadre institutionnel et juridique de la gestion des déchets médicaux</b> |  |  |  |  |             |                       |              |      |      |      |      |                                      |                |                      |             |       |
| Renforcer le cadre institutionnel et légal de la gestion des déchets médicaux au Togo                 | Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie nationale de gestion des déchets médicaux     | Elaborer une stratégie nationale de GDM  | Document de stratégie élaboré et adopté            | Rapports d'élaboration et de validation du document de stratégie | SG/ DGAS    | DHAB                  | x            | x    |      |      |      | 13,4                                 | 0              | 0                    | 13,4        | 13,4  |
|   |  | Définir un cadre de référence pour toutes les interventions dans le domaine des DM   | Cadre de référence intersectoriel fonctionnel      | Texte de création du cadre de référence,                         | MSPS        | DRS                   |              |      |      |      |      | 0                                    | 0              | 0                    | 0           | 0     |
|   | Elaboration/Actualisation des directives et protocoles sur la gestion des déchets médicaux | Elaborer/actualiser les directives et protocoles sur la gestion des déchets médicaux | Nombre de directive/protocoles élaborés/actualisés | Rapport d'activités Directives/protocoles disponibles            | DHAB        | DESR                  |              | x    |      |      |      | 8,8                                  | 0              | 0                    | 8,8         | 8,8   |



|                      |   |   |  |                          |      |                                     |   |   |   |  |              |          |          |              |              |
|----------------------|---|---|--|--------------------------|------|-------------------------------------|---|---|---|--|--------------|----------|----------|--------------|--------------|
|                      |   | Disséminer les plans et outils/supports de communication  | Nombre de structures ayant reçus les documents | Bordereau de livraison   | DHAB | DPS/PTF/SNIEC/Médias/Société Civile |   |   |   |  | 25,0         | 0        | 0        | 25,0         | 25,0         |
|                      |   | Former les acteurs impliqués dans la communication sur la GDM y compris les relais communautaires.  | Nombre d'acteurs formés                        | Rapports de formation    | DHAB | SNIEC/PTF                           | x | x | x |  | 55,0         | 0        | 0        | 55,0         | 55,0         |
|                      | Sensibilisation des acteurs et les populations sur les risques liés aux DM et les bonnes pratiques de GDM | Mener des campagnes de sensibilisations au niveau des structures sanitaires et dans la communauté sur les risques liés aux DM et les bonnes pratiques de GDM. | Nombres de campagnes menées                    | Rapport d'activité       |      |                                     |   |   |   |  |              |          |          |              |              |
|                      |   |   | Nombre d'acteurs touchés                       | Contrats avec les médias | DHAB | DPS                                 | x | x | x |  | 105,5        | 0        | 0        | 105,5        | 105,5        |
| <b>Sous Total A2</b> |   |   |  |                          |      |                                     |   |   |   |  | <b>191,5</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>191,5</b> | <b>191,5</b> |

**Axe N°3 :- Renforcement des capacités des acteurs et développement des initiatives en matière de gestion des déchets médicaux**

|               |             |           |           |            |      |     |   |  |  |  |     |   |     |   |     |
|---------------|-------------|-----------|-----------|------------|------|-----|---|--|--|--|-----|---|-----|---|-----|
| Renforcer les | Elaborer et | Elaborer/ | Nombre de | Modules de | DHAB | PTF | X |  |  |  | 5,0 | 0 | 5,0 | 0 | 5,0 |
|---------------|-------------|-----------|-----------|------------|------|-----|---|--|--|--|-----|---|-----|---|-----|

|  |   |   |                        |                       |                                       |  |   |   |      |      |   |      |      |      |
|--|---|---|------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|---|---|------|------|---|------|------|------|
| capacités des acteurs impliqués dans la gestion des déchets médicaux | Mettre en œuvre un programme de formation des acteurs sur la gestion des déchets médicaux                               | réviser les modules de formation en matière de gestion des déchets l'endroit de tous les acteurs du système | modules élaboré/révisé | formation disponibles |                                       |  |   |   |      |      |   |      |      |      |
|  | Former en deux sessions de quinze enseignants des écoles de formation en sante sur la gestion des déchets médicaux      | Nombre d'enseignants formé sur le nombre prévu  | Rapport de formation   | DHAB                  | PTF                                   |  | x |   | 13,5 | 0    | 0 | 13,5 | 13,5 |      |
|  | Former en deux sessions 30 formateurs sur la gestion des déchets médicaux   | Nombre de formateurs formé sur le nombre prévu  | Rapport de formation   | DHAB                  |                                       |  | x |   | 8,25 | 0    | 0 | 8,25 | 8,25 |      |
|  | Former 300 décideurs et responsables des structures sanitaires publiques et privées sur la gestion des déchets médicaux | Nombre de décideurs et responsables des structures sanitaires formés sur le nombre prévu                    | Rapport de formation   | DHAB                  | DRS/DPS/Directeur de structures § PTF |  | X | X | X    | 49,5 | 0 | 0    | 49,5 | 49,5 |

|  |  |                      |      |                                       |   |   |   |   |       |       |   |        |        |
|--|--|----------------------|------|---------------------------------------|---|---|---|---|-------|-------|---|--------|--------|
| Former 5000 personnels de santé sur la gestion des déchets médicaux  | Nombre de personnel formé sur le nombre prévu  | Rapport de formation | DHAB | DRS/DPS/Directeur de structures § PTF | x | x | x | x | 330,0 | 41,25 | 0 | 288,75 | 288,75 |
| Former 1500 agents des autres structures impliquées dans la gestion des déchets médicaux   | Nombre d'agents des autres structures formé sur le nombre prévu<br><br>nombre de structures ayant au moins 1 agent formé | Rapport de formation | DHAB | DRS/DPS/Directeur de structures § PTF | x | x | x | x | 99,0  | 0     | 0 | 99,0   | 99,0   |
| Former 8000 relais communautaires / (ASC) sur la gestion des déchets médicaux  | Nombre de relais communautaires / ASC formé sur le nombre prévu  | Rapport de formation | DHAB | DSC/PTF                               | x | x | x | x | 400,0 | 0     | 0 | 400,0  | 400,0  |
| Former 300 agents manipulateurs des déchets membres des équipes de gestion sur le fonctionnement et la maintenance des incinérateurs | Nombre d'opérateurs/maintenancier formé sur le nombre prévu  | Rapport de formation | DHAB | DRS/DPS/Directeur de structures § PTF | x | x | x | x | 15,0  | 3,3   | 0 | 11,7   | 11,7   |

|                |   |  |  |              |      |            |   |   |   |   |          |       |     |         |         |
|----------------|---|--|--|--------------|------|------------|---|---|---|---|----------|-------|-----|---------|---------|
|                |   |  |  |              |      |            |   |   |   |   |          |       |     |         |         |
|                |   | Réhabiliter 80 incinérateurs type Montfort des structures sanitaires périphériques                                 | Nombre d'incinérateurs réhabilités sur le nombre prévu | PV réception | DHAB | SRHAM/PTF  | x | x | x | x | 75,0     | 0     | 0   | 75,0    | 75,0    |
|                | Mise en œuvre d'un programme d'équipement des structures de référence en incinérateurs conventionnels et autres ouvrages de traitement des DM | Acquérir 6 camions fourgonnettes pour la collecte des DM à raison de 1 par région sanitaire et 2 pour Lomé-commune | Nombre de fourgonnettes acquies sur le nombre prévu    | PV réception | DHAB | ANASAP/PTF | x | x | x | x | 162,0    | 0     | 0   | 162,0   | 162,0   |
|                |   | Réhabiliter 3 STEP du CHU-SO, CHR Sokodé et CHR Lomé commune.  | Nombre de STEP réhabilitées sur prévu                  | PV réception | DHAB | SRHAM/PTF  |   | x |   |   | 75,0     | 25,0  | 0   | 50,0    | 50,0    |
| Sous total A 3 |   |  |  |              |      |            |   |   |   |   | 1 232,25 | 69,55 | 5,0 | 1 157,7 | 1 162,7 |

**Axe stratégique N° 4 : Renforcement de la coordination et du suivi-évaluation**

|  |  |  |                                    |                             |      |              |   |   |   |   |      |   |   |      |      |
|--|--|--|------------------------------------|-----------------------------|------|--------------|---|---|---|---|------|---|---|------|------|
|  | Elaborer et mettre en œuvre un plan de coordination et de suivi/évaluation de la gestion des déchets | Organiser des réunions de monitoring et des revues intégrant la GDM à tous les niveaux du système de | Nombre de monitoring/revue réalisé | Rapport de monitoring/revue | DHAB | DRS/DPS/DESR | x | x | x | x | 10,0 | 0 | 0 | 10,0 | 10,0 |
|--|--|--|------------------------------------|-----------------------------|------|--------------|---|---|---|---|------|---|---|------|------|

|                   |                       |  |                               |                        |      |              |   |   |   |   |             |             |          |             |             |
|-------------------|-----------------------|--|-------------------------------|------------------------|------|--------------|---|---|---|---|-------------|-------------|----------|-------------|-------------|
|                   | médicaux              | santé  |                               |                        |      |              |   |   |   |   |             |             |          |             |             |
|                   |                       | Organiser des supervisions des différents acteurs sur la GDM | Nombre de supervision réalisé | Rapport de supervision | DHAB | DRS/DPS/DESR | x | x | x | x | 50,0        | 10,0        | 0        | 40,0        | 40,0        |
|                   | <i>Sous total A 4</i> |  |                               |                        |      |              |   |   |   |   | <b>60,0</b> | <b>10,0</b> | <b>0</b> | <b>50,0</b> | <b>50,0</b> |
| TOTAL A1+A2+A3+A4 |                       |  |                               |                        |      |              |   |   |   |   | 1 525,95    | 79,55       | 5,0      | 1 441,4     | 1 446,4     |

PSGDM 2016-2020 DEF

**CHAPITRE VIII : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU  
PASGDM 2016-2020**

## **VIII - CADRE DE MISE EN ŒUVRE**

### **9.1 Planification**

Pour une mise en œuvre efficace et efficiente, chaque entité – notamment les unités de soins périphériques, les structures de soins de référence ainsi que les districts et régions – élaboreront chaque année un plan d'action de gestion des déchets médicaux ou à défaut devront intégrer les aspects de gestion des déchets dans les plans d'action opérationnels (PAO). Un appui de ces entités sera fait par les niveaux hiérarchiques.

### **9.2 Suivi**

Le Plan Stratégique de gestion des déchets médicaux fera l'objet de suivi à tous les niveaux de mise en œuvre. Ce suivi sera assuré par la Division de l'Assainissement de Base, les Equipes-Cadres de région et de District, les structures publiques et privées impliquées dans la gestion des déchets, les sociétés privées de collecte et d'élimination des déchets.

Au niveau local, le suivi sera assuré par les responsables d'hygiène et d'assainissement et les responsables des formations sanitaires. Les supports de gestion des données des déchets médicaux seront mis en place dans chaque district. Les acteurs de mise en œuvre des formations sanitaires ainsi que ceux des hôpitaux de référence se chargeront de produire les rapports périodiques et les transmettre au niveau hiérarchique conformément au circuit existant du système de santé. Les responsables d'hygiène et assainissement au niveau des Districts et Régions se chargeront de la compilation et de l'analyse des données.

Par ailleurs, les monitorages et les revues seront organisés pour apprécier les performances dans la mise en œuvre des plans de gestion des déchets.

### **9.3 Supervision**

La supervision est un élément très important dans la motivation des acteurs. Il permet de renforcer leurs compétences. Elle se fait à l'aide des outils élaborés à cet effet.

Dans le souci d'obtenir des changements durables de comportement en matière de gestion des déchets médicaux, deux types de supervisions seront réalisées. Il s'agit :

- Supervision interne : elles seront réalisées par les responsables des services d'assainissement des structures sanitaires et les responsables de formations sanitaires. La fréquence de cette supervision est hebdomadaire.
- Supervision externe : elle sera réalisée par les ECD et ECR respectivement dans les Districts et Régions. Le niveau central organisera également des missions de supervision dans les Districts, Régions, Hôpitaux de référence voire dans les formations sanitaires périphériques. Les supervisions externes seront réalisées suivant les directives nationales.

#### **9.4 Evaluation**

L'évaluation du plan stratégique de gestion des déchets médicaux se fera à mi-parcours et à la fin de sa mise en œuvre et portera sur :

- Le processus, produits et les résultats;
- Le financement des activités ;
- La performance des acteurs/structures de soins.

## **CONCLUSION**

Le présent Plan Stratégique constitue un cadre de référence de la gestion des déchets médicaux(PSGDM) au Togo au cours de la période 2016-2020 pour tous les acteurs impliqués. Sa mise en œuvre permettra sans doute de relever l'essentiel des défis du sous-secteur de la gestion des déchets en vue de contribuer à la réduction des risques d'infection du personnel de santé, des patients, des accompagnants, de la population et de protéger l'environnement.

La gestion des déchets étant un domaine transversal dans lequel plusieurs secteurs (Santé, Environnement, Urbanisme, Communes, Secteur privé, Société civile, ...) sont impliqués, il est indispensable que tous œuvrent pour la concrétisation du plan. Il incombe au Ministère en charge de la Santé à travers la

DHAB de jouer le rôle de chef de file dans la coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan. Pour cela, le Ministère en charge de la Santé sollicite tous ses partenaires techniques et financiers, à lui apporter leurs appuis multiformes.

PSGDM 2016-2020 DEFINITIF