

République Islamique de la Mauritanie
Honneur-fraternité-justice



Ministère de la santé
Direction de l'Hygiène Publique

Projet d'appui au système de santé
« INAYA »

CADRE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE
(CGES)

Version Finale

Janvier 2020

Table des matières

ACRONYMES	3
EXECUTIVE SUMMARY	5
RESUME EXECUTIF	12
1. Introduction	17
1.1. Contexte et objectif du projet.....	18
1.2. Objectif du cadre de gestion environnementale et sociale (CGES)	18
1.3. Démarche Méthodologique.....	19
1.4. Description du projet.....	19
2. Enjeux et risques environnementaux et sociaux majeurs/critiques des zones potentielles d'implantation du projet.....	23
2.1. Environnement Biophysique	23
2.2. Le camp de réfugiés Mbera et ses défis environnementaux	25
2.3. Données structurelles et conjoncturelles de l'économie du pays	26
2.4. Etat de santé de la population	26
2.5. Problématique de la GDBM dans la zone pilote du projet	28
3. Impacts environnementaux et sociaux potentiel du projet inaya	29
3.1. Impacts environnementaux et sociaux positifs potentiels	29
3.2. Impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels.....	29
4. Cadre juridique et institutionnel des évaluations environnementales et sociales	31
4.1. Cadre juridique	31
4.2. Législation environnementale et sociale nationale.....	31
4.3. Les conventions Internationales relatives à l'environnement.....	32
4.4. Cadre institutionnel	32
4.5. Les acteurs locaux de la zone pilote du projet INAYA	34
5. Politiques de sauvegarde environnementale et sociale de la banque mondiale.....	34
Présentation des politiques de sauvegarde.....	34
6. Plan de gestion environnemental et social (PGES)	35
6.1. Procédures de prise en compte des aspects environnementaux.....	35
6.1.1. Le processus de classification, de la mise en œuvre et suivi des prescriptions environnementales et sociales du projet	35
6.1.2. Prise en compte des prescriptions environnementales et sociales dans l'exécution du projet ..	36
6.1.3. Mésures de sauvegardes environnementales et sociales spécifiques à la composante 4 du projet. 37	
6.2. Procédures de prise en compte des aspects sociaux	38

6.2.1.	Mécanismes de gestion des plaintes	38
6.2.1.1.	Cadre général	38
6.2.1.2	Objectifs	39
6.2.1.3	Principes du MGP	39
6.2.1.4	Procédure de gestion des plaintes	40
❖	Accès à l'information	40
❖	Réception, enregistrement et accusé de réception des plaintes.....	40
❖	La catégorisation et l'examen de l'admissibilité des plaintes	41
❖	Investigation	42
❖	Analyse et résolution à l'amiable.....	42
6.3	Cout estimatif de la mise en œuvre du CGES	46
6.4	Programme de suivi-évaluation.....	47
6.4.1	Bilan de mise en œuvre du CGES actuel	47
7	Consultations publiques.....	49
7.2	Objectifs ciblés et méthodologie	49
7.3	Les points discutés	49
7.4	Analyse des résultats des consultations	49
8	Annexes	64
8.2	Canevas PGES simplifié	64
8.3	TDR du consultant recruté pour l'appui à la mise en des activités du CGES	69

Liste des tableaux

Tableau 1:	Caractéristiques des écosystèmes dans la zone pilote INAYA	25
Tableau 2:	Distribution par types des cas SGVB dans le camp de MBERRA en 2018.....	28
Tableau 3:	Rôle et entités de mise en œuvre du projet INAYA	33
Tableau 4:	Budget estimatif du CGES	46

Liste des Figures

Figure 1:	Carte de la Mauritanie avec la zone pilote du projet et la nouvelle zone d'intervention	24
Figure 2:	Situation de la gestion des DBM en Mauritanie	28
Figure 3:	Schéma institutionnel de gestion de plaintes entre la communauté et la FOSA	45

ACRONYMES

AC	Agent communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
BAQ,	Bonus d'amélioration de qualité
CERC	Contingent Emergency Response
CGES	Cadre de Gestion Environnementale et Sociale
COSA	Comité de santé
CR	Conseil régional
CRSE	Comité régional de suivi environnemental et social
CT PNGDBM	Comité technique National chargé du Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux
DAF	Direction des affaires financières
DBM	Déchets Biomédicaux
DCE	Direction du Contrôle Environnemental
DHP	Direction de l'Hygiène publique
DMH	Direction de la Médecine Hospitalière
DPCIS	Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire
DPUE	Direction des Pollutions et des Urgences Environnementales
DRAS	Direction régionale à l'action sanitaire
EIE	Étude d'Impact Environnemental
EIES	Étude d'Impact Environnemental et Social
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
ERV	Equipe régionale de vérification
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FOSA	Formation Sanitaire
GDBM	Gestion des déchets biomédicaux
HCR	Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
HEC	Hodh Echarghui
INAYA	Appellation suggérée en arabe pour Projet pilote FBR en Mauritanie
IST	Infections sexuellement transmissibles
ISU	Intervention en situation d'urgence
MEDD	Ministère de l'Environnement et du Développement Durable
MGP	Mécanisme de gestion de plainte
MS	Ministère de la Santé
MVE	La maladie à virus Ebola
NV	Naissances vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
OP	Politique opérationnelle
PANE	Plan d'Action National pour l'Environnement 2012-2016
PBF ou FBP	Financement basé sur la performance
PCA	Paquet complémentaire d'activités

PCGES	Plan Cadre de Gestion Environnementale et Sociale
PMA	Paquet Minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNGDBM	Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
RF	Responsable Financier
SCAPP	Croissance Accélérée et de la Prospérité Partagée 2016-2030
SGP	Service de gestion de plaintes
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPM	Spécialiste de passation des marchés
SRMNI	Santé reproductive, Maternelle, néonatale et Infantile
SSES	Spécialiste en Sauvegardes Environnementale et Sociale
SWEDD	Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend
TDR	Termes De Référence
UNITÉ FBR	Unité Nationale FBR
UT-FEB	Unité Nationale FBR
VBG	Violence Basée sur Genre
VIH	Virus d'immuno humaine

EXECUTIVE SUMMARY

Context and objective of the project

The Government of the Islamic Republic of Mauritania, with support from the World Bank, is preparing the INAYA project that is aiming to improve utilization of quality Reproductive, Maternal, Neonatal, and Child Health (RMNCH) Services in selected provinces using health result-based financing (RBF) approach. The project envisages, among others, to (i) improve the use of quality health services (RMNCH) through RBF, (ii) introduce a supply-side results-based payment and (iii) increase the demand for health services, particularly for the mother-child couple.

Improving the use of services will have an impact on the environment through the potential increase of biomedical waste. In order to minimize these potential negative effects, the development of an Environmental and Social Management Framework (ESMF) is required. This ESMF is an update of the ESMF prepared for the Health and Nutrition Project (PSN), implemented in 2005 by the Ministry of Social Affairs and the Ministry of Health, and supported by the World Bank.

Project Components

The proposed components are described in the following paragraphs.

Component 1: Improving the utilization of quality RMNCH services through PBF. Total cost under parent project: US\$11.5 million: US\$10.5 million IDA, US\$1 million CF. Total costs with AF: US\$23.5 million: US\$20.5 million IDA, US\$3 million CF (Table 5). The parent project supports the PBF implementation and verification in Guidimagha and Hodh Gharbi. The AF will extend the PBF to Hodh Charghi to address challenges related to the delivery of quality services to refugees and the Mauritanian host population.

Sub-component 1A, Provision of payments to health service providers, the AF will support:

- (a) The expansion of PBF payments to all public health facilities in Hodh Charghi and facilities in Bassiknou and in the M'bera refugee camp. The health facilities in the M'bera camp will be integrated into the health pyramid of the MoH. Some of the facilities are currently managed by NGOs, which will phase out their support in the first semester of 2020. A transition road map will be developed by the MoH and UNHCR to include these health facilities and refugee workers in the PBF. Non-government facilities that meet eligibility requirements will also be eligible for PBF support, as is the case in the INAYA parent project. Health facilities will receive PBF payments for the quantity of beneficiaries (per women or child) utilizing services, as well as a bonus for quality delivery of the package of services. The indicators and mechanisms will be clearly defined in the revised version of the PBF Manual.
- (b) The development of business plans by health facilities in Hodh Charghi, including in Bassiknou and in the M'bera refugee camp, using a problem-based planning approach to

quarterly review progress and identify actions to improve services. Business plans may include activities, such as training, community outreach, technical improvements, improving the stock of commodities, waste management, minor repairs, among others. Health facilities will receive a one-time small grant to support initial investments to improve the baseline quality score of services as with the parent project.

(c) **A PBF equity bonus for health facilities in Hodh Charghi to waive/reduce service fees for refugees and poor Mauritians.** INAYA will work with Tekavoul and UNHCR to develop the eligibility requirements for the equity bonus. These bonuses will be PBF incentives paid to facilities for serving poor patients among refugees and host populations. The terms for the equity bonuses will be outlined in the revised version of the PBF Manual adapted. The bonus will focus on key indicators for the minimum package of RMNCH and nutrition services.

PBF to reinforce interventions of community actors (community health workers, community sanitation workers, refugee leaders, women leaders, CBOs, etc.). This will consist of performance-based contracts with identified community actors and groups in moughataa. These actors will receive PBF payments to refer pregnant women to health centers, register home deliveries, conduct monthly home visits for child growth monitoring, and conduct SBCC sessions on targeted themes. This includes involving traditional birth practitioners in bringing women to the health facility to change the incentives around their support to home births.

Sub-component 1B, Verification and counter-verification, the AF will support:

- (a) **Routine verification to reinforce M&E of health services (quantity, quality and beneficiary feedback).** A Regional Verification Committee (RVC) will be created for Hodh Charghi, including the M'bera refugee camp, for the regular verification of the quantity of services delivered by health facilities. In terms of quality, the regional and district medical teams will conduct quarterly assessment of the quality of the package of services. In addition, community health committees, refugee groups and CBOs will be identified for the community level verification of the quality of services.
- (b) **External verification activities to ensure reliable.** An agency has been recruited to support external counter verification of the PBF data and is building the capacity of the Inspector General's Office to take over the function. Counter verification will involve validation of the M&E information on health services to ensure accurate reporting on indicators and payment for services delivered by health facilities.
- (c) **PBF contracts with regulatory actors to strengthen the coordination of health services.** Regulatory actors will receive PBF contracts including possibly i) central directorates of the MoH (such as units responsible for fiduciary aspects, public hygiene, refugees, and

pharmaceuticals); ii) decentralized health pyramid structures, such as the RVCs and Regional Health Direction; and iii) decentralized structures, such as Regional Councils, moughata'a and communes, including the local government of the M'bera camp. These actors will receive PBF contracts with defined roles to coordinate health services. This will help to respond to systemic constraints, which impede service improvements, such as weak supervision and communication, weak management of drugs, and inadequate attention to vulnerable populations. This will extend what is already done under the parent project.

1. **Component 2: Support to increasing demand for health services.** Total cost under parent project: US\$2.5 million IDA. Total costs with AF: US\$6.5 million IDA. The parent project supports CCTs and the community health strategy in Guidimagha and Hodh Gharbi. The AF will support CCTs for poor Mauritians and refugees and the community strategy in Hodh Charghi, with the view of increasing the demand for services, among the most vulnerable (poor, refugees and rural populations).

Sub-component 2A, CCTs to stimulate demand for health care, the AF will support: extension of the CCTs to benefit households living in extreme poverty in Hodh Charghi (refugees and poor Mauritians). Mauritanian poor and eligible refugee households will be identified in partnership with Tekavoul and UNHCR. The focus will be on supporting the most vulnerable refugee households. The list of recipients will be monitored annually with Tekavoul and UNHCR to assure the management of the CCTs is reflective of changes in the refugee population. Families will receive SBCC and CCT payment for utilization of child immunization, nutrition and birth registration services. This will help to alleviate inequalities faced by poor and refugee children, in terms of access and continuity of follow-up of these services to maximize outcomes for young children.

Sub-component 2B, Strengthening of community health, the AF will support: extension of activities to implement the NHCS in Hodh Charghi and the M'bera refugee camp. The selection will include villages with significant refugee, poor and vulnerable rural populations. The ministry will contract local NGOs to implement social mobilization and capacity building of community actors to operationalize the NCHS, including health committees, CBOs, refugee groups and community health workers. These actors will be mobilized and receive training and coaching support to conduct home visits, SBCC activities and referral of cases to the health center. This will promote knowledge around the utilization of services and reinforce the community level PBF support in Component 1.

Component 3: Capacity building and project management. Total cost under parent project: US\$5 million IDA: US\$4 million IDA, US\$1 million counterpart funding (CF). Total costs with AF: US\$7 million: US\$5 million IDA, US\$2 million CF. The parent project supports project management and technical assistance for Guidimagha and Hodh Gharbi. The AF will include technical support, learning, and coordination and research activities to strengthen the health system in Hodh Chargh, including coordination with humanitarian actors, M&E to review the regional situation, fiduciary

support, strengthening of the technical platform in health facilities, and learning to deliver new services to support refugees.

Component 4: Contingent Emergency Response (CERC). Total cost under parent project: US\$0 million. The CERC manual will be updated to support eligible emergencies. The activities financed under the CERC will comply with the RSW eligibility criteria and focus on refugees and hosts where relevant.

Objective of the Environmental and Social Management Framework (ESMF)

The ESMF is used to guide project activities and implementation so that environmental and social issues are taken into account in all project steps and interventions. This will involve identifying the risks associated with the different interventions of the project and defining the mitigation measures and management procedures to be implemented during the implementation of the project. The ESMF defines monitoring and surveillance framework and institutional arrangements to be implemented during the execution of the INAYA project, as well as activities to mitigate, remove or reduce adverse environmental and social impacts to acceptable levels.

Negative Environmental Impacts

The potential negative environmental impact of the project in the pilot area is underlined mainly by the lack of control over the biomedical waste management. The potential increase in the production of biomedical waste in the pilot area could cause environmental problems if no appropriate strategy and arrangements are defined and implemented.

Risks associated with mismanagement of biomedical waste are generally related to accidental injuries, acute poisoning, nosocomial infections and nuisances for health workers (odors, exposure, lack of protective equipment, Lack of medical follow-up, etc.) and contamination of the food chain through domestic animals.

Policy, legal and institutional framework for environmental and social safeguards

The objectives of the project are perfectly in line with Mauritania government orientations of set out in various policy documents and strategies for economic and social development: The Strategy for Accelerated Growth and Shared Prosperity 2016-2030 (SCAPP); National Health Policy 2017-2030; National Health Development Plan 2017-2020 (PNDS).

The INAYA project must comply with various national environmental strategies and policies including The National Environmental Action Plan; the National Program of Action to Combat Desertification; and the Strategy and action plan for the conservation of biodiversity.

In terms of decentralization policy, the Mauritanian authorities have undertaken an important process of decentralization and disengagement of the State with substitution from local authorities. The

process of decentralization created 15 regions and 218 municipalities, including 163 rural communes.

At the legislative and regulatory level, several texts regulate environmental and social aspects, in particular the management of the living environment, pollution and nuisances, natural resources, the Environmental and Social Impact Assessment procedure, land tenure. The INAYA project must be in conformity with the provisions of these texts.

At the institutional level, environmental policy is led by the Ministry of Environment and Sustainable Development. Other stakeholders are involved in the environmental and social management of the INAYA project: The FBR unit within the Ministry of Health, the Public Hygiene Directorate, the Health Sector Steering Committee and the INAYA project Committee, local authorities and non-governmental actors.

World Bank Environmental Safeguard Policies for the Project

The World Bank's environmental safeguard policy applied to the actions to be carried out within the framework of the INAYA project is only an environmental safeguard policy OP 4.01. The other safeguard policies of the World Bank are not triggered by this project.

The objective of OP 4.01 is to ensure that Bank-financed projects are environmentally viable, and that decision-making has improved through an appropriate analysis of interventions and their potential environmental impacts.

Environmental and Social Management Framework (CGES)

In order to avoid or mitigate these potential negative impacts, the ESMF can guide the preparation of an Environmental and Social Management Framework Plan (ESMP). This plan will include an environmental and social selection procedure and the definition of institutional responsibilities for the preparation, approval and implementation of INAYA project activities, taking into account the requirements of World Bank environmental safeguards policies and national environmental legislation.

Procedure of selection for INAYA environmental and social activities

To respect the environmental and social risk management requirements of Mauritania and the World Bank, project management has the following steps:

Seq	Step/Activity	Responsible	Support/Assistance	Service provider
1.	Identification and Identification de la localisation/site et principales caractéristiques techniques des actions du projet (Filtre E&S)	RBF Unit	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiaries • Local authorities • Decentralized services of the Ministry of Environment and Sustainable Development 	<ul style="list-style-type: none"> • DPCIS/MoH • DAF/MoH • DHP/MoH • Consultants

2.	Environmental screening (checklists) and determination the appropriate safeguards instrument (RAP, ESMF, Environmental and Social Audit, etc.)	• DHP/MoH	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiary • Local government • Ministry of Environment and Sustainable Development (MESD) • WHO 	<ul style="list-style-type: none"> • Environmental and Social Safeguards Specialist (ESSS of DHP) • Consultants
3.	Confirmation of the environmental categorization	• DHP/MoH		<ul style="list-style-type: none"> • Environmental Control Dept of the Ministry of Environment • World Bank
4.	Preparation of specific safeguards instruments for Category B or C activities			
	Drafting and approval of TORs	• DHP/MoH		<ul style="list-style-type: none"> • ESSS of DHP • World Bank
	Undertaking the study, including public consultations		<ul style="list-style-type: none"> • National Biomedical Waste Management Technical Committee (NBWMTC) • Procurement Specialist (PS, DAF/MoH) and the local health and government agency 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultants
	Validation of the instrument and reception of the environmental approval/certificate		Procurement Specialist (DAF/MoH) and the local health and government agency	<ul style="list-style-type: none"> •NBWMTC •MEDD
	Publication of the instrument		•NBWMTC	<ul style="list-style-type: none"> •Media •
5.	(i) Integration into the Request for Proposals of the all phases of the work that can be contracted to the firm (ii) approval of the firm's ESMP	RBF Unit	<ul style="list-style-type: none"> • Secretary General of the Ministry of Health • Technical Committee of the NBWMP 	<ul style="list-style-type: none"> •PS/DAF/MoH •DHP •DCE
6.	Implementation of safeguards measures not assigned to the firm	ESSS/DHP	<ul style="list-style-type: none"> • PS/DAF/MoH • Financial manager • Autorités locales • Bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant • NGOs • Others (to be determined during implementation)
7.	Monitoring of adherence to the environmental and social (E&S) safeguards	ESSS/DHP	<ul style="list-style-type: none"> • Financial manager • Local government • Local authorities 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisory engineer recruited by the contractor • Department of Hospital Medicine
	Sharing the internal monitoring report	RBF Unit	SSSES/DHP	DHP
	External monitoring of adherence to the E&S safeguards	MESD	SSSES/DHP	MESD
8.	E&S safeguards monitoring	SSSES/DHP	<ul style="list-style-type: none"> • MESD • RBF Unit 	<ul style="list-style-type: none"> • National Institute for Public Health Research (Institut National de Recherche en Santé

				publique) •NGO
9.	Capacity building for E&S activities among stakeholders	SSES/DHP	•RBF Unit •PS/DAF/MoH	• DHP/DAF •INAYA intervention area health facilities
10.	Audit of E&S measures' implementation	SSES/DHP	•RBF Unit •PS/DAF/MoH •MESD •Local authorities	• Consultants

In case studies are inexistent, simple measures can be applied as recorded in the ESMF. Specific environmental studies will define the environmental and social clauses to be included in procurement operations. The World Bank General Guidelines on the Environment, Health and Safety of April 2007 are also applicable.

To better optimize the management of the environmental and social aspects of the INAYA project, a monitoring program and detailed recommendations for institutional arrangements have been proposed in the Environmental and Social Management Framework Plan. Close monitoring is carried out by the Public Hygiene Directorate, in collaboration with the communities in the pilot zone. External monitoring will mainly be carried out by the Department of Environment and Sustainable Development through the following Directorates (i) Pollution and Environmental Emergency (Direction des Pollutions et des Urgences Environnementales, DPUE) and (ii) Environmental Control (Direction du Contrôle Environnemental, DCE). Supervision is provided by the Environmental and Social Expert at RBF Unit level. The evaluation will be carried out by an independent consultant.

The estimated costs of the environmental and social safeguards mitigation measures are estimated to be US\$2,057,746 and are essentially comprised of the following: (i) adoption and acquisition of a biomedical waste management technology that is suited to the environment in the INAYA areas; (ii) environmental monitoring; (iii) capacity building of those involved in biomedical waste management in the project areas; and (iv) informing and raising awareness of project-area populations of social and environmental implications.

RESUME EXECUTIF

Contexte et objectif du projet

Le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie réalise, avec l'appui de la Banque Mondiale, le Projet d'appui au système de santé « INAYA1 », dont l'objectif est d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) en utilisant une approche de trois composantes principales : (i) d'améliorer l'utilisation des services de santé (SRMNI) de qualité par le biais du Financement Basé sur les Résultats (FBR) ; (ii) de renforcer la santé communautaire et (iii) d'augmenter la demande de services de santé par la population notamment le couple mère et enfant pour les familles les plus pauvres dans les zones d'intervention du projet.

Composante 1 : Améliorer l'utilisation des services de santé de qualité par le biais du FBR. Cette composante, qui représente 70 % des fonds du projet INAYA, versera des primes aux agents de santé communautaires, aux établissements de santé (postes de santé, centres de santé et hôpitaux) et aux entités d'exécution en fonction de leur performance. Cette composante soutiendra également les procédés et les techniques du FBR. Des montants forfaitaires seront donnés aux formations sanitaires publiques qui respectent certains critères (à définir dans le manuel RBF). Ces montants forfaitaires financeront des mises à niveau de petite échelle des formations sanitaires concernées avant de commencer le processus FBR. Des exemples des dépenses éligibles, qui seront pleinement détaillées dans le manuel, sont des équipements techniques, des ordinateurs, des logiciels, du matériel de bureau et des actions de génie civil de faible envergure ciblant des petites améliorations de structures sanitaires.

Composante 2 : Augmentation de la demande de services de santé. La deuxième composante du projet INAYA soutiendra les activités sur la demande pour promouvoir et faciliter l'accès aux services de santé, en particulier pour les plus pauvres (les obstacles financiers à l'accès aux services de santé ont été identifiés comme l'exclusion principale dans l'étude qualitative de la faisabilité du FBR en Mauritanie. Les activités FBR côté demande ont été identifiées dans la Stratégie nationale de financement basé sur les résultats comme étant essentielles pour compléter l'intervention FBR côté offre. Les interventions du FBR axées sur la demande s'appuieront sur le système actuel de registre social et de transferts sociaux (programme Tekavoul mis en œuvre par Tadamoun avec le soutien d'un projet de la Banque mondiale de protection sociale) en vue de fournir des transferts supplémentaires aux familles les plus pauvres.

Composante 3 : Renforcement des capacités et gestion de projet: La troisième composante financera la gestion de projets et des activités de renforcement des capacités, y compris une assistance technique substantielle. Elle soutiendra le renforcement des capacités du Ministère de la Santé et d'autres entités impliquées dans le FBR et la gestion du projet dans divers domaines incluant le suivi et l'évaluation, la gestion des finances publiques et la passation des marchés, le système d'information sanitaire, les méthodes et techniques de FBR et la gestion des bases de données. Le projet appuiera également (en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres partenaires au développement) le gouvernement pour élaborer et mettre en œuvre la politique de couverture sanitaire universelle.

1 Appellation suggérée en arabe pour Projet pilote FBR en Mauritanie

Composante 4 : Intervention en situation d'urgence (ISU) (financement total : financement IDA 0 million de dollars américain)

Une ISU sera inclus dans le projet en cas de situation d'urgence ou de contraintes de capacité. Cela permettra une réaffectation rapide du produit du projet en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme ou de crise qui a causé, ou risque de causer de manière imminente, un impact économique et / ou social défavorable majeur

Objectif du CGES

Le cadre de gestion environnementale et sociale (CGES) permet d'orienter les activités du projet de manière à ce que les questions environnementales et sociales soient prises en compte et gérées dans toutes les activités mises en œuvre. Pour cela, il s'agira d'identifier les risques associés aux différentes interventions du projet et de définir les procédures et les mesures d'atténuation et de gestion qui devront être mises en œuvre en cours d'exécution du projet. Le CGES définit le cadre de suivi et de surveillance ainsi que les dispositions institutionnelles à prendre durant la mise en œuvre du projet INAYA et la réalisation des activités pour atténuer les impacts environnementaux et sociaux défavorables, les supprimer ou les réduire à des niveaux acceptables.

L'amélioration des services de santé de qualité et l'augmentation de la demande de ces services risquent d'avoir des impacts plus ou moins importants sur l'environnement par l'augmentation potentielle des déchets biomédicaux inhérent aux services de soins. Afin de minimiser ces effets négatifs potentiels, le projet appliquera les mesures prévues dans le plan national de gestion des déchets biomédicaux 2017-2021, élaboré par le Ministère de la Santé.

Enjeux et risques environnementaux et sociaux majeurs/critiques des zones potentielles d'implantation du projet

La zone d'intervention du projet est connue sous le nom de « Zone pilote » en vue de la mise à échelle prévue après la mise en œuvre de la phase pilote du projet sous financement FBR. Cette zone regroupe trois régions (Guidimagha, Hodh el Gharbi et Hodh Echargui) avec une population estimée en 2019 à 1 135 216 habitants soit 28 % de la population générale du pays. La région du Hodh Echargui (HEC) est la nouvelle région bénéficiaire de l'extension du projet. Cette région est caractérisée par la présence du camp de réfugiés maliens à Mbera (17km de Bassikounou). Le camp compte près de 57 000 personnes (UNHCR mai 2019) recensées et de nouveaux déplacements de populations sont attendus en raison de la persistance de l'instabilité sécuritaire.

Sur le plan administratif, la nouvelle zone pilote du projet est divisé en 3 Wilayas subdivisées elles-mêmes en 14 Moughataa et 76 communes.

La région de Guidimagha se trouve dans la zone de la vallée ou la bande soudano-sahélienne de l'extrémité sud orientale du pays qui n'occupe que 2,5 % des terres et reçoit entre 400 et 600 mm de pluie par an. C'est une région agricole (riz, fruits, etc.). C'est aussi dans cette partie du territoire où l'on trouve les rares formations forestières du pays.

La région du Hodh el Gharbi fait partie de la zone saharo-sahélienne, couvrant 12,5 % du territoire, avec une pluviométrie annuelle comprise entre 100 et 200 mm.

La région du Hodh Ech Chargui représente le reste de la zone Saharo-sahélienne en Mauritanie. Située dans le sud-est du pays, à la frontière du Mali, elle est très vaste et occupe près de 18 % de l'ensemble du territoire national, avec un taux moyen de précipitation annuel de 247,8 mm. Le potentiel économique de cette région est surtout basé sur l'élevage de bétail et l'agriculture.

Cadre juridique et institutionnel des évaluations environnementales et sociales

En vue d'asseoir les fondements de la protection de l'environnement et garantir la mise en œuvre d'un développement durable, la Mauritanie a adopté un ensemble de textes législatifs en faveur de la protection et de la gestion durable de l'environnement et des ressources naturelles. Le code de l'environnement, promulgué au niveau de La loi n° 2000-045, constitue dans ce sens, le cadre réglementaire général de référence en la matière. Il a pour objectif essentiel de concilier les impératifs écologiques avec les exigences du développement économique et social du pays à travers particulièrement l'imposition de prescriptions environnementales nécessaires à la protection des différentes composantes du milieu naturel. Selon la réglementation mauritanienne, tout projet de développement ayant un impact sur l'environnement naturel et humain est soumis à une Evaluation Environnementale. Les instruments juridiques pour cet exercice sont consignés par les décrets d'Etude d'Impact Environnemental, les décrets 2004-094 et 2007-105.

Politiques de sauvegardes environnementales de la Banque Mondiale applicables au projet

Vu la nature du projet et les activités prévues, seule la sous-composante 1-B, relative aux travaux de réhabilitation et l'installation de systèmes d'élimination des déchets biomédicaux risque d'avoir des impacts environnementaux négatifs dans les zones d'intervention du projet. Ces impacts potentiels que le projet est susceptible de générer sont cependant jugés modérés, réversibles et de nature très locale, et des mesures d'atténuation peuvent être facilement conçues. Par conséquent le projet est classé catégorie B et seule la Politique Opérationnelle 4.01 (OP 4.01) relative aux évaluations environnementales et sociales de la Banque mondiale est déclenchée.

Le projet ne prévoit pas l'acquisition de produits chimiques de synthèse pour la lutte anti vectorielle, même si le contrôle des vecteurs de maladies est prévu. Le déclenchement de la Politique Opérationnelle 4.09 « Gestion des pestes et des pesticides » et la préparation d'un plan intégré de gestion des vecteurs n'ont donc pas été jugés nécessaires.

Impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels

Les impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels du projet pourraient surtout provenir de la construction et la réhabilitation des infrastructures de santé. Durant les travaux, on pourra craindre les impacts négatifs suivants : débroussaillage du fait de la préparation des sites ; défiguration du paysage ; risques de pollution dues aux déchets issus des travaux ; risques d'accidents pour les ouvriers et les populations riveraines ; conflits sociaux en cas de non utilisation de la main d'œuvre locale et finalement l'éventuel risque de propagation des infections sexuellement transmissibles (IST / VIH-SIDA) par le biais des ouvriers.

En phase de fonctionnement des infrastructures de santé, les effets négatifs potentiels comprennent notamment les risques sanitaires et environnementaux liés à une mauvaise gestion

des déchets biomédicaux issus des établissements de santé dans la zone d'intervention du projet. L'augmentation potentielle de la production des déchets biomédicaux dans la zone d'intervention du projet pourraient provoquer de sérieux problèmes de gestion des déchets biomédicaux si une stratégie et des dispositifs appropriés ne sont pas mis en place. Le Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux gère cet aspect.

Plan Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (PCGES)

Pour éviter ou réduire ces impacts négatifs potentiels, le CGES a prévu un Plan du Cadre de Gestion, Environnementale et Sociale (PCGES), incluant une procédure de sélection environnementale et sociale et la définition des responsabilités institutionnelles pour la préparation, l'approbation et la mise en œuvre des activités du projet INAYA, en tenant compte des exigences des politiques de sauvegarde de la Banque mondiale et de la législation environnementale et sociale nationale.

Procédure de gestion environnementale et sociale des activités du Projet INAYA

Pour être en conformité avec les exigences environnementales et sociales de la législation Mauritanienne et de la Banque mondiale, la gestion environnementale et sociale des activités du projet comprend les phases suivantes :

N o	Etapes/Activités	Responsable	Appui/ Collaboration	Prestataire
1.	- Identification de la localisation/site et principales caractéristiques techniques des actions du projet - Filtre environnemental et social	<ul style="list-style-type: none"> • Directions régionales à l'action sanitaire • Unité Nationale du financement basé sur les Résultats • Direction de l'hygiène publique • Comité de pilotage 	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaires • Autorités et collectivités locales • Services déconcentrés du Ministère chargé de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction de l'hygiène publique/MS (DHP) • Consultants
2.	Sélection environnementale (Screening-remplissage des formulaires), et détermination du type d'instrument spécifique de sauvegarde	<ul style="list-style-type: none"> • Direction de l'hygiène public (DHP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaire; • Autorités/collectivités locales • Services déconcentrés du Ministère chargé de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Spécialiste de sauvegarde environnementale et sociale SSES • Consultants
3.	Approbation de la catégorisation par la direction du Contrôle Environnemental et la Banque mondiale	<ul style="list-style-type: none"> • DHP 		<ul style="list-style-type: none"> • DCE/MEDD • Banque Mondiale
4.	Préparation de l'instrument spécifique de sauvegarde E&S de catégorie B ou C			
	Préparation des TDR	<ul style="list-style-type: none"> • DHP 	<ul style="list-style-type: none"> • CT PNGDBM • Autorité locale (Sanitaire et administrative) • Spécialiste Passation de Marché (SPM); 	Consultants
	Approbation des TDR			
	Réalisation de l'étude y compris consultation du publique			

	Validation du document et obtention du certificat environnemental		SPM, Autorité locale	<ul style="list-style-type: none"> •DCE/MEDD •Banque mondiale
	Publication du document		<ul style="list-style-type: none"> •CT PNGDBM 	<ul style="list-style-type: none"> •DHP •Média et/ou collectivités locales •MEDD •Banque mondiale
5.	(i) Intégration dans le dossier d'appel d'offres (DAO) du projet, de toutes les mesures de la phase des travaux contractualisables avec l'entreprise ; (ii) approbation du PGES entreprise	UNITE FBR	<ul style="list-style-type: none"> • Secrétaire général du Ministère de la Santé / Ministère de l'environnement et du développement durable MEDD • comité technique du plan national de la GDBM (CT PNGDBM) 	<ul style="list-style-type: none"> •SPM •DHP •DCE
6.	Exécution/Mise en œuvre des mesures non contractualisées avec l'entreprise de construction	SSES/DHP	<ul style="list-style-type: none"> •Spécialiste de passation des marches (SPM) •Responsable Financier (RF) •Autorités locales •Bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> •Consultants •ONG •Autres (à déterminer pendant la mise en oeuvre du projet)
7.	Surveillance interne de la mise en œuvre des mesures E&S	SSES/DHP	<ul style="list-style-type: none"> •RF •Autorités/collectivités locales •Bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> •DMH •Contrôle recruté par le(s) contractant(s)
	Diffusion du rapport de surveillance interne	<ul style="list-style-type: none"> • Secrétaire Général du MS • UNITE FBR 	<ul style="list-style-type: none"> •Cellule de planification et de coopération, et DHP 	<ul style="list-style-type: none"> •SSES/DHP
	Surveillance externe de la mise en œuvre des mesures E&S	<ul style="list-style-type: none"> •MEDD (Direction des Pollutions des Urgences Environnementales (DPUE) et Direction du Contrôle Environnemental (DCE)) 	<ul style="list-style-type: none"> •SSES/DHP 	<ul style="list-style-type: none"> •Services déconcentrés du MEDD
8.	Suivi environnemental et social	SSES/DHP	<ul style="list-style-type: none"> •Cellule de planification et de coopération •MEDD 	<ul style="list-style-type: none"> •Institut National de Recherche en Santé publique • ONG
9.	Renforcement des capacités des acteurs en mise en œuvre E&S	SSES/DHP	<ul style="list-style-type: none"> •UNITE FBR •SPM •Collectivités locales •Services déconcentrés du MEDD 	<ul style="list-style-type: none"> • DHP • Formations sanitaires zone INAYA •Consultants
10.	Audit de mise en œuvre des mesures E&S	SSES/DHP	<ul style="list-style-type: none"> •SPM •MEDD •Autorités locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultants

Les rôles et responsabilités tels que synthétisés ci-dessus, et décrits en détail dans la section « Procédures de prise en compte des aspects environnementaux » du texte principal, seront intégrés et détaillés dans le manuel opérationnel du projet.

En cas d'absence d'études, des simples mesures pourront être appliquées, comme consignées dans le CGES. Les études environnementales spécifiques définiront les clauses environnementales et sociales à insérer dans les dossiers d'appel d'offres et de travaux. Les

Référentiels techniques sur l'Environnement, Santé et Sécurité d'avril 2007 du Groupe de la Banque mondiale sont aussi applicables.

Pour mieux optimiser la gestion des aspects environnementaux et sociaux du projet INAYA, il a été proposé, dans le CGES, un programme de suivi et des recommandations détaillées concernant les arrangements institutionnels. Ainsi, la surveillance de proximité est assurée par la Direction de l'Hygiène Publique, en collaboration avec les collectivités de la zone pilote. Le suivi externe sera principalement exécuté par le département chargé de l'environnement et du Développement durable à travers la Direction (i) des Pollutions des Urgences Environnementales (DPUE) et (ii) du Contrôle Environnemental (DCE). La supervision est assurée par le Spécialiste en Sauvegardes Environnementale et Sociale au niveau de de la DHP. L'évaluation sera effectuée par un consultant indépendant.

Le CGES regroupe aussi les Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) qui visent à fournir un système d'enregistrement et de gestion des plaintes rapide, efficace, participatif et accessible à toutes les parties prenantes, et qui permet de prévenir ou résoudre les conflits par la négociation et le dialogue.

L'un de ses principaux objectifs de ces mécanismes est d'éviter de recourir au système judiciaire et de rechercher une solution amiable dans autant de situations que possible, préservant ainsi l'intérêt des plaignants et du promoteur du projet et limitant les risques inévitablement associés à une action en justice.

Les coûts estimatifs de la prise en compte des mesures de mitigation environnementales et sociales, d'un montant global de 2 057 746 dollars comprennent essentiellement : (i) Adoption et acquisition d'une technologie de la Gestion des déchets Biomédicaux (GDBM) adéquate au contexte du pays dans les trois régions ; (ii) Suivi environnemental ; (iii) Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la GDBM dans la zone d'intervention du projet (iv) Information et sensibilisation des populations sur les enjeux environnementaux et (v) formation des acteurs sur les MGP.

1. Introduction

Le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie a élaboré et validé en 2016 une

Stratégie Nationale du Financement Basé sur les Résultats. Cette stratégie prévoit la mise en place d'un projet pilote de renforcement du système de santé de Santé appuyé par la Banque mondiale dans certaines régions du pays. Dans le cadre de ce projet il est prévu entre autres (i) d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) de qualité par le biais du FBR ; (ii) d'introduire un paiement axé sur les résultats du côté de l'offre et (iii) d'augmenter la demande de services de santé par la population notamment le couple mère et enfant.

L'amélioration de l'utilisation des services aura certainement des impacts plus ou moins importants sur l'environnement par l'augmentation potentielle des déchets biomédicaux inhérent aux soins. En fait, les Formations sanitaire de la zone pilote généreront plus de déchets biomédicaux qui auront un impact négatif certain sur l'environnement s'ils ne sont pas bien gérés.

Ce Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (CGES) du projet a pour objectifs d'identifier les risques environnementaux possibles lors de la mise en œuvre et proposer les solutions adéquates permettant l'atténuation ou l'annulation de ces risques.

Son plan d'action énumère les risques potentiels, leur propose des actions de correction budgétisées, l'identification des responsables d'exécution et un chronogramme de mise en œuvre.

1.1.Contexte et objectif du projet

Le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie est en cours de préparer, avec l'appui de la Banque mondiale, l'extension du projet INAYA. L'objectif de ce projet est d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) en utilisant une nouvelle approche du financement de la santé basée sur la performance. Ce projet est classé catégorie B et seule la Politique Opérationnelle 4.01 (OP 4.01) relative aux évaluations environnementales et sociales de la Banque mondiale est déclenchée.

1.2.Objectif du cadre de gestion environnementale et sociale (CGES)

Le cadre de gestion environnementale et sociale (CGES) permet d'orienter les activités du projet de manière à ce que les questions environnementales et sociales soient prises en compte et gérées dans toutes les activités mises en œuvre. Pour cela, il s'agira d'identifier les risques associés aux différentes interventions du projet et de définir les procédures et les mesures d'atténuation et de gestion qui devront être mises en œuvre en cours d'exécution du projet. Le CGES définit le cadre de suivi et de surveillance ainsi que les dispositions institutionnelles à prendre durant la mise en œuvre du projet INAYA et la réalisation des activités pour atténuer les impacts environnementaux et sociaux défavorables, les supprimer ou les réduire à des niveaux acceptables.

L'amélioration des services de santé de qualité et l'augmentation de la demande de ces services risquent d'avoir des impacts plus ou moins importants sur l'environnement par l'augmentation potentielle des déchets biomédicaux inhérent aux services de soins. Afin de minimiser ces effets négatifs potentiels, le projet appliquera les mesures prévues dans le plan national de gestion des déchets biomédicaux 2017-2021, élaboré par le Ministère de la Santé.

1.3. Démarche Méthodologique

L'approche méthodologique a été basée sur le concept d'une approche en concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires concernés par le projet INAYA : (i) analyse des documents du projet et d'autres documents stratégiques et de planification au niveau national ou local ; (ii) rencontres avec les acteurs institutionnels et socioprofessionnels principalement concernés par le projet. Les informations collectées ont servi de base pour la rédaction du présent CGES.

1.4. Description du projet

Le projet proposé (INAYA) est un pilote du financement axé sur les résultats (FBR). Ce projet pilote se base sur la Stratégie nationale du financement basé sur les résultats en matière de santé (approuvé par le Comité de pilotage du plan national de développement sanitaire (PNDS) en 2015 et le conseil des Ministres en 2016). L'objectif du projet est d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) dans certaines régions. Il vise à aider la Mauritanie à développer la culture du financement basé sur la performance. Son objectif est d'améliorer les performances et la résilience du système de santé dans les régions sélectionnées grâce à un appui substantiel du FBR (volets demande et offre).

INAYA se concentre sur la santé rurale en tant que telle, mais toutes l'entièreté des régions sera couverte par le projet.

L'opération proposée comprend trois composantes qui visent à améliorer l'utilisation des services de SRMNI de qualité dans certaines régions où le taux de pauvreté et le taux d'accouchement à domicile sont les plus élevés en Mauritanie.

Composante 1 : Améliorer l'utilisation des services de santé (SRMNI) de qualité par le biais du FBR (US\$ 25,4 millions IDA). Cette composante, qui représente 70 % des fonds du projet INAYA, versera des primes aux agents communautaires (AC), aux établissements de santé (postes de santé, centres de santé et hôpitaux) et aux entités d'exécution en fonction de leur performance. Cette composante soutiendra également les procédés et les techniques de FBR.

- **Sous-composante 1A : Paiements FBR aux prestataires :** Les services de santé dans les établissements publics (postes, centres et hôpitaux) recevront des subventions du FBR en fonction de leur performance. Les services fournis comprendront des services de nutrition, des services de prévention, des services de santé maternelle, néonatale, et infantile, ainsi que le paludisme, le VIH / sida, la tuberculose et la planification familiale. Au fur et à mesure que le programme évolue et que le financement devient disponible, le paquet peut être ajusté. Les services et les indicateurs de performance seront clairement définis dans le manuel de FBR qui différenciera la liste du paquet minimal d'activités (PMA) pour les postes / centres de santé de la liste du paquet complémentaire d'activités (PCA), pour les hôpitaux. Le paiement des bonus FBR seront liés à des indicateurs qualitatifs et quantitatifs prédéfinis.

Des montants forfaitaires seront donnés aux formations sanitaires publiques qui respectent certains critères (à définir dans le manuel RBF). Ces montants forfaitaires financeront des mises à niveau de petite échelle des formations sanitaires concernées avant de commencer le processus PBF. Des exemples des dépenses éligibles, qui seront pleinement détaillées dans le manuel, sont des équipements techniques, des ordinateurs, des logiciels, du matériel de bureau et des actions de génie civil de faible envergure ciblant des petites améliorations de structures sanitaires. La condition d'octroi des fonds sera la validation par l'UT-FBR du plan d'investissement développé par la formation sanitaire.

Le projet aidera le ministère de la Santé à achever sa stratégie de santé communautaire, qui servira de base au FBR communautaire. La performance des agents de santé communautaires (ASC) sera liée aux activités au niveau communautaire qui seront définies dans le manuel FBR.

- **Sous-composante 1B : vérification et contre-vérification** : Étant donné que les paiements sont liés au volume et à la qualité des services prédéfinis, il existe un risque d'abus en raison des incitations à gonfler les rapports. La vérification, effectuée par le ministère, et la contre-vérification, effectuée par des tiers, réduiront le risque de fraude et d'erreurs de déclaration. En outre, les sanctions à inclure dans le contrat avec les établissements de santé permettront d'atténuer le risque de fraude et de sur-déclaration. Il y aura deux aspects liés à la vérification : la vérification "ex-ante" sera faite, tous les mois, avant que le paiement ne soit effectué et une contre-vérification ou vérification "ex post" sera effectuée chaque semestre, après paiement. Si les patients fantômes ou les déclarations excessives sont identifiés à la suite de la contre-vérification, les établissements de santé verront leurs bonus de FBR suivants déduits de montants équivalents à la sur-déclaration et recevront un premier avertissement afin d'atténuer les risques de fraude.

Les agents de vérification comprendront i) les équipes régionales de vérifications (ERV) qui procéderont à la vérification quantitative; (ii) les directions régionales de la santé (DRAS) et l'équipe cadre des districts évalueront la qualité des services fournis par les FOSA; (Iii) les pairs ou la Direction de la médecine hospitalière évalueront la qualité dans les trois hôpitaux; (IV) les organisations locales (communautaires) ou les comités de santé sont chargées de la vérification communautaire (véracité des services de santé fournis) et de la qualité des services de santé perçus par les usagers; et (v) la contre-vérification sera effectuée par des entités indépendantes sous-traitées.

Le projet financera les activités de vérification et de contre-vérification et versera des bonus de performance aux organismes de mise en œuvre du PBF à tous les niveaux. Ces entités jouent un rôle clé dans les opérations de FBR et le succès du programme. Ils recevront des bonus pour la performance selon les règles définies par le Manuel de FBR.

Les enquêtes menées par les ONG locales sur la qualité perçue des soins de santé par les utilisateurs/la population seront utilisées pour construire un indicateur relatif à la satisfaction des bénéficiaires. Chaque trimestre, cet indicateur sera automatiquement calculé à partir de la base de données FBR. Ce sera un bon indicateur qui permettra de suivre régulièrement la voix de la communauté dans le cadre du projet INAYA.

Composante 2 : Augmentation de la demande de services de santé (4 millions de dollars dont un million mobilisé sur la contre partie). La deuxième composante du projet INAYA soutiendra les activités sur la demande pour promouvoir et faciliter l'accès aux services de santé, en particulier pour les plus pauvres (les obstacles financiers à l'accès aux services de santé ont été identifiés comme l'exclusion principale dans l'étude qualitative de la faisabilité PBF). Les activités FBR côté demande ont été identifiées dans la Stratégie nationale de financement basé sur les résultats comme étant essentielles pour compléter l'intervention FBR côté offre. Les interventions du FBR axées sur la demande s'appuieront sur le système actuel de registre social et de transferts sociaux (programme Tekavoul mis en œuvre par Tadamoun avec le soutien d'un projet de la Banque mondiale de protection sociale) en vue de fournir des transferts supplémentaires aux familles les plus pauvres.

- **Sous-composante 2A** : Transferts conditionnels en espèces pour stimuler la demande de soins de santé. Compte tenu de la pauvreté et de la nature rurale des régions sélectionnées, l'étude de faisabilité de FBR côté demande a recommandé que les ménages reçoivent un soutien

financier pour faciliter leur accès (coût des services et des déplacements) aux soins de santé. Ainsi, à travers cette sous-composante, les ménages les plus pauvres recevront des paiements trimestriels conditionnés par l'utilisation des services de santé (entre 50 et 100 USD par an). Les ménages éligibles seront ceux déjà identifiés par le programme Tekavoul (ménages en situation d'extrême pauvreté) et les enfants de moins de cinq ans, car les conditions de transfert de fonds seront liées aux services de santé infantile. Pour ces ménages, les transferts sociaux conditionnels seront additionnels aux transferts en espèces reçus avec le programme Tekavoul.

Les transferts conditionnels viendront renforcer les mécanismes existants pour soutenir les interventions de la demande. Le projet sur les filets sociaux (P150430) soutient la mise en place des éléments clés du système national de protection sociale et fournit des transferts ciblés aux ménages les plus démunis. La méthode d'analyse du niveau/train de vie (Proxy Means Test) que l'Agence Tadamoun met en œuvre dans une approche progressive simple pertinente pour le ciblage des plus pauvres. Le projet INAYA utilisera les résultats de ce processus, qui aura traversé la phase de démarrage avant le début de sa mise en œuvre. Pour renforcer la coordination, réduire le fardeau des bénéficiaires et accroître l'impact sur les ménages les plus pauvres, le projet s'appuiera sur les modalités de mise en œuvre du programme Tekavoul et sur le ciblage. Ce programme sera complété par des engagements communautaires supplémentaires au besoin. Le projet financera les modifications apportées à la base de données et aux applications de Tekavoul afin de permettre leur utilisation par INAYA et supportera les coûts de l'hébergement et de la gestion de la base de données.

Concernant la conditionnalité et le suivi, Tekavoul organise des sessions trimestrielles obligatoires pour ses bénéficiaires ; INAYA les utilisera pour informer les ménages de la conditionnalité du projet INAYA et pour superviser l'adhésion des ménages. Les transferts de fonds provenant du volet demandant du projet INAYA seront conditionnés par la vaccination (jusqu'à deux ans) et par les visites de suivi de la croissance de routine (jusqu'à trois ans) des enfants de moins de cinq ans. Le responsable de la session de Tekavoul suivra cette démarche par le biais du livret santé de l'enfant, qui fera également partie de la dimension de la qualité du FBR. Les informations seront mises à jour dans la base de données de Tekavoul par l'intermédiaire du mécanisme de compte rendu existant de Tekavoul, puis partagées avec l'unité FBR pour traitement, vérification et paiement. L'Agence Tadamoun recevra les ordres de paiement et les fonds de l'unité FBR et utilisera ses modalités de paiement pour ajouter les fonds aux transferts financés par les filets sociaux. Le projet financera les paiements de transferts conditionnels en espèces, les coûts additionnels pour l'Agence Tadamoun en termes de temps du personnel ainsi que la vérification et la contre-vérification.

- **Sous-composante 2B** : Renforcement de la santé communautaire : La stratégie nationale de santé communautaire offre une vision visant à renforcer l'utilisation de services préventifs et à fort impact, mais ne fournit pas de vision claire sur la mise en œuvre de la stratégie et sur les rôles et les besoins des agents de santé communautaire Volontaires (relais communautaires). Dans la première phase (2017-2018), les ressources du projet appuieront l'élaboration d'un plan d'action budgétisé avec les éléments de mise en œuvre nécessaires, tels que les manuels de formation, les profils et les termes de référence. Une fois les plans en place, le projet offrira un financement basé sur la performance aux agents de santé communautaires et aux bénévoles pour des actions liées à leurs termes de références.

Les comités locaux de santé et les organismes communautaires sont chargés d'expliquer à leurs communautés leurs droits et obligations et d'aider les groupes particulièrement vulnérables à accéder aux services de santé. Dans la zone pilote, les ONG sont très actives dans le secteur de la santé. Grâce à ces organismes communautaires et aux médias, la composante fournira de l'information sur le programme de FBR, en mettant particulièrement l'accent sur la sensibilisation des femmes à leurs droits et obligations en tant que bénéficiaires du projet INAYA. Cela permettra également de mieux faire connaître la composante des transferts sociaux conditionnels à toutes les parties prenantes possibles.

Les sessions trimestrielles organisées par le Programme de Tekavoul seront aussi utilisées comme occasion de sensibilisation et d'autonomisation des femmes et des mères sur l'importance de :

1. La santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ;
2. L'égalité des sexes dans l'utilisation des services de santé, et
3. L'élimination des pratiques traditionnelles néfastes touchant les filles, telles que les mutilations génitales féminines, en conjonction avec les activités entreprises avec le financement du projet Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (SWEDD).

Composante 3 : Renforcement des capacités et gestion de projets (7,6 millions de dollars dont 4 millions mobilisés sur la contrepartie) : La troisième composante financera la gestion de projets et des activités de renforcement des capacités, y compris une assistance technique substantielle. Elle soutiendra le renforcement des capacités du Ministère de la Santé et d'autres entités impliquées dans le FBR et la gestion du projet dans divers domaines incluant le suivi et l'évaluation, la gestion des finances publiques et la passation des marchés, le système d'information sanitaire, les méthodes et techniques de FBR et la gestion des bases de données.

Le projet appuiera également (en collaboration avec l'OMS et d'autres partenaires au développement) le gouvernement pour élaborer et mettre en œuvre la politique de couverture sanitaire universelle (CSU). Il appuiera notamment les activités suivantes : (i) cadre d'évaluation du financement de la santé, (ii) études de faisabilité, (iii) stratégie de CSU, (iv) feuille de route et plan d'action et (v) préparation des lois et des décrets.

Le projet financera les frais d'exploitation et certains équipements de l'unité FBR et les salaires des consultants internationaux et nationaux qui seront recrutés par cette unité. Le projet appuiera également les coûts de fonctionnement des comités/unités régionaux de vérification ainsi que la coordination du projet. La Direction des affaires financières (DAF) recevra un appui financier et technique, y compris des effectifs appropriés pour assurer la conformité aux exigences fiduciaires du Groupe de la Banque mondiale. Le financement couvrira également une assistance technique complète pour une mise en œuvre efficace du FBR.

L'exécution des sauvegardes environnementales sera financée par le projet. La Direction de l'Hygiène Publique est responsable de l'ensemble des activités de sauvegarde environnementales dans le secteur de la santé. Le projet soutiendra l'exécution par la direction du plan de gestion des déchets biomédicaux dans les zones d'intervention (Guidimagha et Hodh el Gharbi et Hodh el Chargui) en finançant un soutien technique et matériel. Le projet financera aussi les révisions et améliorations aux instruments de sauvegarde environnementales liés au projet.

Composante 4 : Intervention en situation d'urgence (ISU) (financement total : financement IDA 0 million de dollars américain)

Une ISU sera inclus dans le projet en cas de situation d'urgence ou de contraintes de capacité. Cela permettra une réaffectation rapide du produit du projet en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme ou de crise qui a causé, ou risque de causer de manière imminente, un impact économique et / ou social défavorable majeur.

2. Enjeux et risques environnementaux et sociaux majeurs/critiques des zones potentielles d'implantation du projet

Le profil environnemental et social permet de décrire les aspects pertinents de la situation socio environnementale actuelle ainsi que son évolution probable. Il résume les données de base et présente, notamment, les enjeux environnementaux et sociaux principalement dans les zones cibles du programme.

2.1. Environnement Biophysique

Située sur un territoire de plus d'un million (1 031 580) de km², la Mauritanie est bordée au nord par le Sahara occidental et l'Algérie, à l'est et au sud-est par le Mali, au sud par le Sénégal et s'ouvre à l'ouest sur l'océan Atlantique.

C'est un pays saharien dans sa grande majorité et sahélien dans le sud. C'est le désert, de sable et de pierres, qui prédomine (80 % du territoire). Les terres arables ne dépassent pas 2,5 % de la superficie totale.

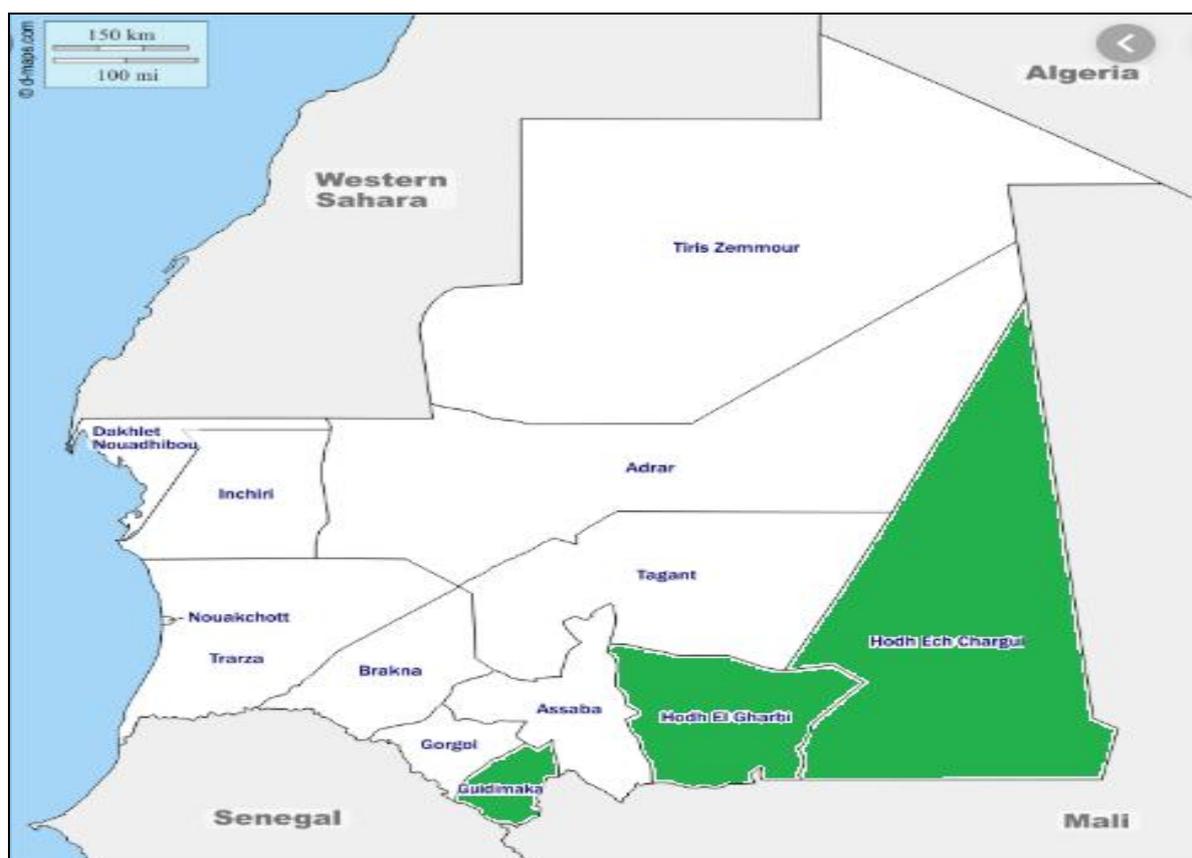
La Mauritanie se subdivise en 4 grandes zones écologiques suivant les caractéristiques du niveau de la pluviométrie, des types des paysages naturels (pédologie et géomorphologie) et de végétation. Il s'agit essentiellement de:

1. zone aride
2. zone sahélienne
3. zone de la vallée
4. zone du littoral

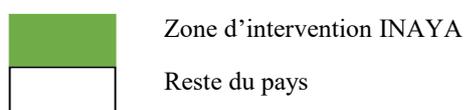
Les terres-sols cultivables représentent moins de 1 %. La superficie des terres arables est de 502.000 ha mais l'utilisation annuelle du sol arable s'élève entre 50.000 et 220.000 ha. La dégradation des sols est de 220.000 ha (MEDD, 2010) et il existe des cas de salinisation au niveau du fleuve Sénégal et un problème de désertification. La ressource en eau est inégalement répartie sur le territoire. Les eaux renouvelables souterraines sont estimées à 0,3 km³/an et les eaux de surface renouvelables totalement à 11,1 km³/an dont 0,1 km³/an est généré à l'intérieur du pays (MHA, 2012). Ces dernières proviennent du fleuve Sénégal et ses affluents, des lacs et mares pérennes et des barrages. Le régime d'écoulement des eaux est permanent pour le fleuve Sénégal. La qualité des eaux s'est dégradée. La qualité de l'air est affectée par la poussière et par les émissions d'oxydes de carbone (villes) liées à la vétusté du parc automobile. Les villes ne disposent pas d'observatoire de l'air et le pays ne présente pas de législation sur la qualité de l'air.

La zone pilote du projet INAYA regroupera désormais trois régions (Guidimagha et Hodh El gharbi et El Hodh Chargui) avec une population estimée en 2019 à 1 135 216 habitants soit 28 % de la population du pays.

Figure 1: Carte de la Mauritanie avec la zone pilote du projet et la nouvelle zone d'intervention



Légende :



Source : d-MAPS

Sur le plan administratif, la zone pilote du projet est divisé en 3 Wilayas subdivisées elles-mêmes en 14 Moughataa et 76 Communes, respectivement dirigées par des Walis, des Hakems et des maires.

La région de Guidimagha se trouve dans la zone de la vallée ou la bande soudano-sahélienne de l'extrémité sud du pays et reçoit entre 400 et 600 mm de pluie par an. C'est une région agricole (riz, fruits, etc.). C'est aussi dans cette partie du territoire où l'on trouve les rares formations forestières du pays.

La région du Hodh El Gharbi fait partie de la zone saharo-sahélienne, couvrant 12,5 % du territoire, avec une pluviométrie comprise entre 100 et 200 mm ; c'est la zone d'élevage par excellence ;

La région du Hodh Ech Chargui représente le reste de la zone Saharo-sahélienne en Mauritanie. Elle est située dans le sud-est du pays, à la frontière du Mali. Très vaste, elle occupe près de 18 % de l'ensemble du territoire national, avec un taux moyen de précipitation annuel de 247,8 mm. Le potentiel économique de cette région est surtout basé sur l'élevage de bétail et l'agriculture. Cette région est caractérisée par la présence du camp de réfugiés maliens à Mbera (17 km de Bassikounou).

2.2. Le camp de réfugiés Mbera et ses défis environnementaux

Créé en 2012, le camp accueille aujourd'hui 56 130 personnes, selon le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR).

Le camp de MBerra est devenu en peu d'années une ville presque de la taille du chef-lieu de département, Bassiknou, avec une forte pression sur les ressources naturelles, qu'il partage avec les villages voisins. Ce qui met la question de l'environnement au cœur de la problématique du développement territorial, premier aspect abordé par l'étude qui consacre plusieurs questions sur les éléments de contexte, l'enclavement de la zone, l'exode et la crise humanitaire, dans un cadre traditionnellement agropastoral exposé aux crises climatiques et sur un territoire en mutation rapide.

Les défis environnementaux des zones habitées où les besoins en énergie sont croissants, ce qui se traduit par la déforestation et la dégradation des sols, mais aussi où la répartition de l'eau, abondante pour le moment dans le camp et insuffisante dans les villages environnants peuvent créer des tensions. Se posent également la gestion des eaux usées et des déchets, l'absence de planification urbaine qui expose certaines zones habitées aux inondations, l'utilisation de plus en plus forte de matériaux de construction peu adaptée à la zone, avec l'abandon progressif de l'habitat traditionnel peu coûteux. La cartographie de la zone montre également des milieux naturels dégradés avec un net recul des espaces arborés, le surpâturage, la menace sur l'économie de la cueillette et sur la régénération végétale.

Tableau 1: Caractéristiques des écosystèmes dans la zone pilote INAYA

Principaux écosystèmes	Urbain	Rural	Observations
Forêts	-	x	Pas de forêts en milieu urbain
Savanes humides	-	x	Pas de savanes humides milieu urbain
Zones humides	x	x	L'écosystème se retrouve dans les deux milieux

Source : PANE II

Les régions du projet, à l'instar des autres zones du pays fait partie des zones les plus touchés par la sécheresse des suites de déficits pluviométriques récurrents et structurels. Les conséquences dramatiques de cette situation affectent les systèmes de production agricole et sylvo-pastorale, (modifications structurales des sols, leurs dégradations physiques et les pertes de leurs potentialités agricoles, rareté et dispersion des ressources pastorales).

2.3. Données structurelles et conjoncturelles de l'économie du pays

La Mauritanie a longtemps vécu de ses ressources en minerai de fer et en produits de la pêche. La production pétrolière s'est essouffée depuis 2010.

La Mauritanie a connu plusieurs années de forte croissance grâce aux cours élevés des matières premières. La croissance a diminué (4,1%) en 2015 à cause de la baisse des cours du minerai de fer, sa principale ressource.

Afin de soutenir l'effort national en matière de développement économique et social, l'aide internationale reste primordiale comme pour le cas pour plusieurs pays de niveau de développement équivalent. En Mauritanie, plus du 1/3 de la population vit sous le seuil de pauvreté, plus particulièrement dans les zones urbaines. Le chômage reste très élevé et touche essentiellement les jeunes.

2.4. Etat de santé de la population

La mortalité brute dans la population générale reste élevée (10,9‰) à côté d'une forte natalité (32,3‰) toutes deux responsables d'un accroissement annuel de la population d'environ 2,77%. Hormis les cibles relatives au VIH-SIDA, la Mauritanie est restée loin de l'atteinte des OMD relatifs à la santé à l'horizon 2015. En effet, le ratio de la mortalité maternelle demeure élevé enregistrant une lente diminution passant de 687 décès pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2001 à 582 décès maternels pour 100.000 naissances plus de dix ans plus tard (2013). Toutefois, certains progrès ont été réalisés en matière de réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile (MIJ) qui demeurent plus élevés que les niveaux ciblés en 2015 pour les OMD et qui sont passés, respectivement de 107‰ et 127‰ en 2001 à 77‰ et 122‰ en 2007, puis à 75‰ et 118‰ en 2011. Par ailleurs, les mortalités spécifiques en lien avec le paludisme, la tuberculose, la malnutrition et le VIH auraient connu des évolutions timides durant cette même période.

En matière de morbidité, les données comparées des deux Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV) 2008 et 2014 montrent un certain renversement de la tendance de l'incidence de la morbidité qui devient plus élevée en milieu urbain, en particulier périurbain, qu'en milieu rural. En effet, le périurbain serait essentiellement habité par des populations rurales venant dans les grandes villes après avoir perdu leurs sources de revenu (ex : bétail) ou à la recherche de travail pour améliorer leurs revenus, ce qui les met en situation de forte précarité.

La morbidité chez le couple mère enfant reste largement dominée par les causes de mortalité maternelle en particulier l'éclampsie et les hémorragies de la délivrance sur un terrain d'anémie fréquente (72,6%), mais aussi par les causes de mortalité infanto-juvénile : infections respiratoires aiguës, diarrhées, rougeole et paludisme sur un terrain de malnutrition plus ou moins sévère (plus de 15% de malnutrition aiguë). En plus, la morbidité maternelle est marquée par la prévalence de la fistule obstétricale estimée à 3000 cas par an avec sa forte caractéristique de rejet social.

Par ailleurs, le paludisme reste la principale cause de morbidité tant en milieu rural qu'en milieu urbain et la tuberculose reste également un problème de santé publique avec un faible taux de détection (45%) et une forte jonction avec le VIH malgré la faible prévalence de ce dernier (0,4%). Le pays compterait environ 10.000 personnes vivant avec le VIH dont moins de 5000 sont

connues et suivies. La prévalence de l'hépatite B atteint des niveaux inquiétants avec environ un Mauritanien adulte sur quatre, alors que l'hépatite C serait encore à des niveaux négligeables. Les maladies tropicales négligées représentent un autre problème de santé publique méritant des actions préventives plus ciblées.

Le pays connaît de temps à autre des épidémies : fièvre Crimée Congo, fièvre de la vallée du Rift, rougeole. La maladie à virus Ebola (MVE) est également une menace certaine contre laquelle le pays a entrepris une préparation d'envergure pour y faire face en cas de besoin.

En plus de ces maladies infectieuses et parasitaires, le profil épidémiologique du pays est marqué par une montée assez rapide de l'ampleur des maladies non transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques, le diabète et les cancers qui sont devenues un problème de santé publique majeure, facilitée par l'importance croissante des facteurs de risque, en particulier le tabagisme (18% de consommateurs de tabac chez les 15-69 ans).

L'activité économique croissante dans le Pays augmente le risque de décès ou d'handicap par suite d'accidents de travail ou de maladies liées aux activités professionnelles qui serait 20 fois plus élevé dans les pays en voie de développement. Ainsi, l'exploitation des mines au nord et le développement des secteurs d'industries, de construction, de pêche et d'agriculture augmenterait ce risque. Dans le même sillage, l'épidémie « silencieuse » liée aux accidents de la voie publique mérite une attention particulière dans le cadre d'une sécurité routière plus adaptées aux spécificités socio-comportementales et géographiques du Pays.

Enfin, il faut noter l'importance non négligeable des affections nosocomiales, l'infection au VIH consécutive à un prélèvement ou à un traitement injectable est une des illustrations.

Par rapport à la situation dans le camp des réfugiés, les pathologies dominantes sont : les IRA, 41%, le paludisme 5%, et les diarrhées 8%.

Deux (02) cas de fièvre Congo Crimée, occasionnant un décès, ont été enregistrés en 2018 dans la Moughataa.

Le camp compte en 2019 environ 20 patients séropositifs suivis et sous traitement ARV. Il y a également 22 patients, sous traitement de la tuberculose.

Les maladies non transmissibles les plus fréquentes enregistrées en 2018 dans le camp, sont les hypertension artérielles, le diabète et l'asthme. Ils bénéficient de traitements gratuits et d'un suivi régulier.

Une cohorte d'environ 100 malades mentaux, sont suivis en 2019 et reçoivent leurs traitements au centre de santé du camp.

Dans le camp de Mberra, les femmes réfugiées, sont confrontées à différentes formes de violence, qui se manifestent dans le cadre conjugal et extraconjugal. Leur vulnérabilité, est exacerbée, par les conditions particulières de réfugiées. Parmi les violences, Les plus fréquentes dans le camp, on peut citer : les violences sexuelles et sexistes, incluant cas de viol, cas d'agression sexuelle et physique, cas de mariage précoce et mariage forcé et cas de violence psychologique/émotionnelle.

Selon les données du HCR et ses différents partenaires, plus de 54% des populations sont des femmes.

Le tableau ci-dessous présente des statistiques sur les VBG en 2018.

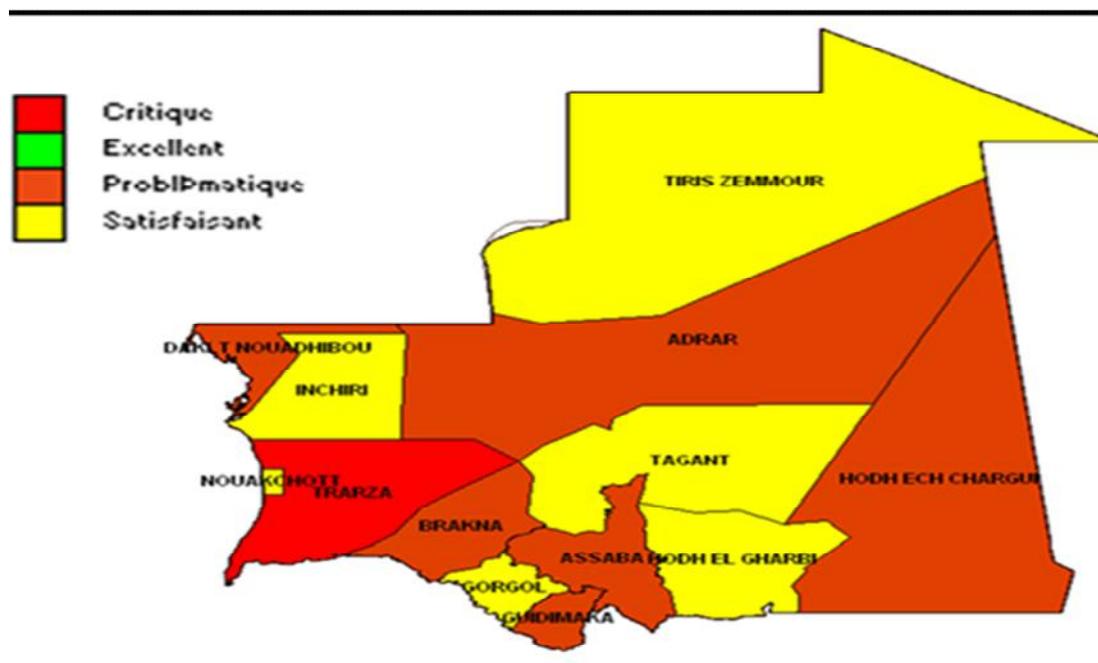
Tableau 2: Distribution par types des cas SGVB dans le camp de MBERRA en 2018

Type de VBG	Number de cas	Taux
Mariages precoces	33	62 %
Agression sexuelle	10	19 %
Agression physique	03	5.66%
Grossesses non désirées/Hors mariage	03	5.66%
Viols	02	3.77 %
Violence/agression psychologique	01	1.88 %
Déni de ressources	01	1.88%
Total	53	100%

2.5.Problématique de la GDBM dans la zone pilote du projet

Selon une évaluation de la situation de gestion de DBM effectuée au niveau national en 2008 par l’Institut Nationale de la Recherche en Santé Publique, Guidimagha et Hodh Chargui sont classées dans la zone où la GDBM est problématique. La région du Hodh El Gharbi est classée dans la situation satisfaisante (voir la carte ci-dessous).

Figure 2: Situation de la gestion des DBM en Mauritanie



Source : INRSP-2008

Les plus importantes sources de production des déchets des établissements de soins dans la ZP sont représentées par les hôpitaux publics, les cliniques privées suivis par les centres de santé, les laboratoires cliniques sans oublier les postes de santé et les cabinets médicaux. Au niveau des structures sanitaires, on distinguera les déchets liquides et les déchets solides.

Ces déchets sont constitués de :

1. Déchets anatomiques (tissus d'organes du corps humain, fœtus, placentas, prélèvements biologiques, éléments d'amputation, autres liquides physiologiques....)
2. Déchets toxiques (substances chimiques, films radiographiques, etc.)
3. Déchets pointus, tranchants ou autres objets souillés (lames de scie, aiguilles, seringues, bistouris, sondes diverses, tubes, tubulures de perfusion, verres ayant contenu du sang ou tout autre objet pouvant causer une coupure) ;
4. Résidus de pansements (cotons et compresses souillés, garnitures diverses poches de sang, etc.) et les plâtres ;
5. Déchets pharmaceutiques (produits pharmaceutiques, médicaments périmés et/ou non utilisés).

Selon le plan national de gestion des déchets biomédicaux 2017-2020, la production des DBM dans la zone pilote (les trois régions) est estimée à 511 037 kg par an².

3. Impacts environnementaux et sociaux potentiel du projet inaya

3.1. Impacts environnementaux et sociaux positifs potentiels

Les impacts environnementaux et sociaux positifs attendus du projet sont :

- ⇒ L'amélioration des conditions de santé et d'hygiène des populations,
- ⇒ Le renforcement du système de santé et l'emploi pour les populations locales.
- ⇒ Renforcement des mesures d'équité dans l'accès aux soins à travers un traitement spécifique des patients indigents (exemption du paiement pour cette catégorie de population)
- ⇒ Renforcement de la voix de la population à travers la mise en place d'un dispositif permettant de mesurer régulièrement la satisfaction de la population par rapport aux services fournis par les formations sanitaires

3.2. Impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels

Les impacts environnementaux et sociaux négatifs potentiels du projet pourraient surtout provenir de la construction et la réhabilitation des infrastructures de santé. Durant les travaux, on pourra craindre les impacts négatifs suivants : débroussaillage du fait de la préparation des sites ; défiguration du paysage ; risques de pollution dues aux déchets issus des travaux ; risques d'accidents pour les ouvriers et les populations riveraines ; conflits sociaux en cas de non utilisation de la main d'œuvre locale et finalement l'éventuel risque de propagation des IST / VIH-SIDA par le biais des ouvriers.

² Plan national de la gestion des déchets biomédicaux 2017-2021 page 24

En phase de fonctionnement des infrastructures de santé, les effets négatifs potentiels comprennent notamment les risques sanitaires et environnementaux liés à une mauvaise gestion des déchets biomédicaux issus des établissements de santé dans la zone d'intervention du projet. L'augmentation potentielle de la production des déchets biomédicaux dans la zone d'intervention du projet pourraient provoquer de sérieux problèmes de gestion des déchets biomédicaux si une stratégie et des dispositifs appropriés ne sont pas mis en place.

L'augmentation potentielle de la production des Déchets Biomédicaux (DBM) dans la ZP pourraient provoquer de sérieux problèmes de gestion des déchets biomédicaux si une stratégie et des dispositifs appropriés ne sont pas mis en place.

Dans la plupart des formations sanitaires, le tri à la source n'est pas systématique et les déchets biomédicaux sont en général mélangés avec les ordures ménagères. En plus, on note une insuffisance de poubelles de pré-collecte (notamment pour les objets piquants et tranchants), et surtout de stockage des déchets biomédicaux ainsi qu'un manque d'équipements de protection adéquats pour le personnel d'hygiène. Le traitement des déchets biomédicaux est caractérisé par une disparité des méthodes d'élimination. L'enfouissement et le brûlage à l'air libre constituent les pratiques les plus usuelles dans les formations sanitaires. Le rejet direct des déchets biomédicaux dans la nature, à même le sol ou dans des bacs à ordures, très souvent mélangés aux ordures ménagères, constitue aussi une pratique très répandue. L'incinération n'est pratiquée que par très peu de formations sanitaires.

Les déchets liés aux soins de santé constituent un réservoir de micro-organismes potentiellement dangereux susceptibles d'infecter les malades hospitalisés, les agents de santé et le grand public.

Les autres risques infectieux potentiels sont notamment la propagation à l'extérieur de microorganismes parfois résistants présents dans les établissements de soins - phénomène encore mal étudié à ce jour. La collecte, le maniement, le stockage et la gestion des déchets biomédicaux, la manipulation inappropriée des matériels (surtout ceux infectés par le VIH/SIDA/hépatites,) fait peser de graves menaces sur la santé de plusieurs catégories d'acteurs : le personnel de santé ; les agents d'entretien et la population en général. La manipulation de ces déchets constitue un facteur d'aggravation du risque environnemental et sanitaire.

Les risques liés à une mauvaise gestion des déchets issus des soins de santé portent globalement sur des blessures accidentelles, des intoxications aiguës, des infections nosocomiales et des nuisances pour le personnel de santé et de collecte (odeurs, exposition, manque d'équipements de protection, absence de suivi médical, etc.) et la contamination de la chaîne alimentaire avec les animaux domestiques.

En réponse à cette situation, le Ministère de la santé a élaboré un Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux pour la période 2017-2021 s'intégrant dans la deuxième phase du PNDS. D'autres impacts sociaux négatifs peuvent se produire et/ou s'aggraver particulièrement dans la zone où se trouve le camp des réfugiés. Il s'agit de :

⇒ Tensions et conflits entre la communauté hôte et les réfugiés autour de l'utilisation des services de santé qui pourrait accompagner la transition d'une situation d'urgence vers une situation normalisée ;

- ⇒ Conflits au sein de la communauté des réfugiés liés aux mécanismes de ciblage pour l'identification des personnes vulnérables.
- ⇒ Les conflits entre la communauté et les formations sanitaires souvent provoquée par l'augmentation de la charge du travail.

4. Cadre juridique et institutionnel des évaluations environnementales et sociales

4.1. Cadre juridique

En vue d'asseoir les fondements de la protection de l'environnement et garantir la mise en œuvre d'un développement durable, la Mauritanie a adopté un ensemble de textes législatifs en faveur de la protection et de la gestion durable de l'environnement et des ressources naturelles. Le code de l'environnement, promulgué au niveau de La loi n° 2000-045, constitue dans ce sens, le cadre réglementaire général de référence en la matière. Il a pour objectif essentiel de concilier les impératifs écologiques avec les exigences du développement économique et social du pays à travers particulièrement l'imposition de prescriptions environnementales nécessaires à la protection des différentes composantes du milieu naturel. Selon la réglementation mauritanienne, tout projet de développement ayant un impact sur l'environnement naturel et humain est soumis à une Evaluation Environnementale. Les instruments juridiques pour cet exercice sont consignés par les décrets d'Etude d'Impact Environnemental, les décrets 2004-094 et 2007-105.

4.2. Législation environnementale et sociale nationale

En rapport avec le contexte et les activités du projet, le cadre juridique national est marqué par plusieurs textes qui disposent sur les aspects environnementaux et sociaux Il s'agit précisément de

- ⇒ La loi N°2000 Les textes législatifs et réglementaires qui interpellent le sujet sont les suivants :
- ⇒ La loi N°045-2000 Code de l'environnement du 27/07/2000
- ⇒ La loi N° 042-2010 Code de l'hygiène Publique du 21 Juillet 2010
- ⇒ La loi N° 030-2005 Code de l'eau du 02 Février 2005
- ⇒ La Loi 006 -1997 portant code de la chasse et de la protection de la nature peut être considérée parmi les premiers textes relatifs à la protection des ressources naturelles.
- ⇒ Le décret N°94-2004 relatif à l'Etude d'Impact Environnemental en septembre 2004
- ⇒ Les textes fonciers et domaniaux
- ⇒ Le décret 2007-105 modifiant et complétant certaines dispositions du décret N°94-2004 relatif à l'Etude d'Impact Environnemental (EIE) :
- ⇒ L'ordonnance N° I 83-127 portant réorganisation foncière et domaniale et le décret
- ⇒ NI 2000-089 portant réorganisations foncières et domaniales
- ⇒ Code du travail, Loi No 63.023, République Islamique de Mauritanie, 23 janvier 1963 ;
- ⇒ Convention collective du travail, République Islamique de Mauritanie, 13 avril 1974 ;
- ⇒ Stratégie Nationale de la Promotion de l'hygiène pour la période 2015-2020 ;

- ⇒ Protocole national de la prise en charge médicale de la VBG validé par le ministère de la santé mai 2019

4.3. Les conventions Internationales relatives à l'environnement

Les conventions environnementales internationales, ratifiées par la Mauritanie et qui interpellent le projet sont les suivantes :

- ⇒ Convention des Nations Unies sur les polluants organiques persistants.
- ⇒ Convention des Nations Unies sur la conservation de la biodiversité.
- ⇒ Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification.
- ⇒ Convention des Nations Unies sur les changements climatiques.
- ⇒ Déclaration de Rio de Janeiro sur l'environnement et le développement en 1992.
- ⇒ Convention africaine sur la conservation des ressources naturelles adoptée à Maputo, le 11 juillet 2003.
- ⇒ Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontaliers des déchets dangereux et de leur élimination (PNUE 1992).
- ⇒ Convention de Bamako (1991)
- ⇒ Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en AFRIQUE, en Aout 2008.
- ⇒ Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (PNUE 2004)
- ⇒ Principe du « pollueur/payeur »
- ⇒ Convention de Vienne pour la protection de la couche d'ozone
- ⇒ Approche stratégique de gestion internationale des produits chimiques (SAICM) portant loi-cadre sur l'environnement du 27/07/00

4.4. Cadre institutionnel

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet INAYA, plusieurs structures, institutions et acteurs seront impliqués dans la gestion environnementale et sociale. Il s'agit entre autres :

I. Le Ministère en charge de l'Environnement et du Développement Durable

Au niveau national, la gestion environnementale relève du Ministère en charge de l'Environnement et du Développement Durable qui a pour mission l'élaboration et l'application de la politique environnementale.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, les services du MEDD principalement interpellés sont :

- ⇒ Direction des Pollutions et des Urgences Environnementales (DPUE)
- ⇒ Direction du Contrôle Environnemental (DCE)

Elles seront chargées précisément de :

- ⇒ Accompagner la mise en œuvre du projet pour s'assurer à sa conformité avec les stratégies nationales en termes de protection de l'environnement,
- ⇒ Encadrer et appuyer la DHP dans le cadre de la gestion durable des déchets issus d'activités des soins.
- ⇒ Assurer l'application effective des mesures inscrites dans l'actuel CGES.

⇒ Evaluer & suivre l'exécution des tâches tout en respectant les normes environnementales. Les acteurs nationaux impliqués dans la coordination du projet INAYA

II. Le Ministère de la Santé qui assure la mise en œuvre du projet INAYA. Il sera responsable de la coordination et de l'exécution du projet, par l'intermédiaire de son secrétaire général, qui sera appuyé par l'unité FBR (UNITÉ FBR). Le soutien technique à l'unité FBR sera fourni par les directions centrales du ministère, comme l'indique le tableau ci-dessous. Le pilotage général du projet sera assuré par le Comité de pilotage. Le Manuel de mise en œuvre du projet détaillera les rôles et les responsabilités des différentes parties et explicite les ajustements apportés aux procédures nationales requises par l'IDA.

Tableau 3: Rôle et entités de mise en œuvre du projet INAYA

Tâche / Activité	Entité responsable	Entité de soutien
Pilotage du projet	Comité de pilotage	
Coordination du projet	Coordonnateur national: Secrétaire général	Coordonnateur adjoint : Chef de l'Unité FBR
Coordination Générale FBR	UNITÉ FBR	Equipes régionales de vérifications (ERV - au niveau régional)
Achat, vérification, validation et contre-vérification	CR/UT-FBR/ERV/DRAS	Assistance technique internationale et locale
Ministère de la santé fourni un Soutien technique à l'unité FBR :		
⇒ Prestation des services et soins, suivi et évaluation et la promotion de la demande	Direction Générale de santé	Ministère chargé des Affaires sociales
⇒ Suivi des normes et leurs mises à jour y compris celles de la GDBM/sauvegardes	Direction Générale de la régulation, de l'organisation et la qualité des services et des soins	Ministère chargé de l'Environnement et du Développement Durable
⇒ Fiduciaire	Direction Générale des ressources	
⇒ Cash transferts	Programme Tekavoul /Agence Tadamoun	Les ONGs locales

L'unité FBR sera dotée de fonctionnaires recrutés de manière concurrentielle et de consultants dont les compétences ne sont pas disponibles au niveau de la fonction publique. Un spécialiste du financement basé sur les résultats sera affecté à l'unité FBR à Nouakchott pour soutenir la coordination. Un autre sera basé dans l'une des deux régions pour appuyer la mise en œuvre dans la zone pilote, y compris les processus de vérification et de validation.

La Direction de l'hygiène publique au Ministère de la santé est le responsable direct de la mise en œuvre du CGES du projet INAYA. A cet effet, elle recevra une assistance technique pour maîtriser et améliorer la gestion des déchets biomédicaux particulièrement dans la zone pilote.

4.5. Les acteurs locaux de la zone pilote du projet INAYA

Les principaux acteurs locaux sont :

- a.** Les autorités administratives sanitaires et communales à travers les conseils régionaux, régionaux, et communaux, pour la coordination.
- b.** Les Directions régionales de l'action sanitaire, les Circonscriptions sanitaires de Moughata'a et les responsables des formations sanitaires pour la mise en œuvre.
- c.** Les comités de santé des formations sanitaires.

5. Politiques de sauvegarde environnementale et sociale de la banque mondiale

Présentation des politiques de sauvegarde

Les politiques de sauvegarde sont conçues pour protéger l'environnement et la société contre les effets négatifs potentiels des projets, plans, programmes et politiques. Les politiques de sauvegarde environnementale et sociale sont : OP 4.01 Évaluation Environnementale, y compris la Participation du Public ; OP 4.04 Habitats Naturels ; OP 4.09 Gestion des Pesticides ; OP 4.11 Ressources Culturelles Physiques ; OP 4.12 Réinstallation Involontaire des populations ; OP 4.10 Populations Autochtones ; OP 4.36 Forêts ; OP 4.37 Sécurité des Barrages ; OP 7.50 Projets relatifs aux voies d'Eaux Internationales ; OP 7.60 Projets dans des Zones en litige.

Vu la nature du projet et les activités prévues, seule la sous-composante 1-B, relative aux travaux de réhabilitation et l'installation de systèmes d'élimination des déchets biomédicaux risque d'avoir des impacts environnementaux négatifs dans les zones d'intervention du projet. Ces impacts potentiels que le projet est susceptible de générer sont cependant jugés modérés, réversibles et de nature très locale, et des mesures d'atténuation peuvent être facilement conçues. Par conséquent le projet est classé catégorie B et seule la Politique Opérationnelle 4.01 (OP 4.01) relative aux évaluations environnementales et sociales de la Banque mondiale est déclenchée.

Le projet ne prévoit pas l'acquisition de produits chimiques de synthèse pour la lutte anti vectorielle, même si le contrôle des vecteurs de maladies est prévu. Le déclenchement de la Politique Opérationnelle 4.09 « Gestion des pestes des pesticides » et la préparation d'un plan intégré de gestion des vecteurs n'ont donc pas été jugés nécessaires.

Ce Cadre de gestion environnementale et sociale est préparé pour guider la prise en compte des aspects environnementaux durant la mise en œuvre du projet INAYA. Il a fait l'objet de consultations publiques, et il sera diffusé dans le pays sur le site officiel du Ministère de la santé et celui de l'environnement. Durant la mise en œuvre, les activités suivront le processus de classification environnementale décrite dans ce CGES.

6. Plan de gestion environnemental et social (PGES)

6.1. Procédures de prise en compte des aspects environnementaux

Les procédures de préparation visent à: (i) déterminer les activités du projet INAYA qui sont susceptibles d'avoir des impacts négatifs au niveau environnemental et social, (ii) déterminer les mesures d'atténuation appropriées pour les activités ayant des impacts préjudiciables; (iii) identifier les activités s'il existe, nécessitant des EIES séparées, (iv) décrire les responsabilités institutionnelles pour l'analyse et l'approbation des résultats de la sélection, la mise en œuvre des mesures d'atténuation proposées, et la préparation des rapports EIES séparés, (v) assurer le suivi environnemental et social au cours de la mise en œuvre des activités et de leur gestion.(voir canevas PGES simplifié en annexe).

6.1.1. Le processus de classification, de la mise en œuvre et suivi des prescriptions environnementales et sociales du projet

Le processus de classification environnementale et sociale ou « screening » complète la procédure nationale en matière d'évaluation environnementale, notamment en ce qui concerne le tri et la classification des activités. Une matrice basée sur des critères d'évaluation visant à porter un jugement sur les effets environnementaux/sociaux anticipés est l'outil retenu pour déterminer les activités comportant des aspects environnementaux/sociaux significatifs.

Pour être en conformité avec les exigences environnementales et sociales de la législation Mauritanienne et de la Banque mondiale, la gestion environnementale et sociale des activités du projet doit comprendre les phases suivantes :

- ⇒ **Première phase** : Identification de la localisation/site et principales caractéristiques techniques des actions du projet (Filtre E&S). Sur la Base du plan de travail budgétisé du projet, la DHP en collaboration avec les entités décentralisées du MS et celles du Ministère en charge de l'environnement réalise cette chaque année de la mise en œuvre du projet.
- ⇒ **Deuxième Phase** : Sélection environnementale (Screening-remplissage des formulaires), et détermination du type d'instrument spécifique de sauvegarde. Sous la responsabilité de la direction de l'hygiène public (DHP) et avec l'appui des mêmes organismes impliqués dans la première phase. Le consultant de sauvegarde environnementale et sociale du projet sera chargé de piloter la réalisation de cette seconde phase.
- ⇒ **Troisième phase** : Approbation de la catégorisation par le comité technique du plan national de gestion des déchets biomédicaux (CT PNGDBM) et la Banque Mondiale.
- ⇒ **Quatrième phase** : Préparation de l'instrument spécifique de sauvegarde E&S du projet par catégorie : (i) Préparation des TDR par le consultant chargé des Sauvegardes E&S (ii) réalisation de l'étude si nécessaire y compris la consultation du publique par la DHP avec l'appui de l'autorité locale sanitaire et administrative, (iii) prise en compte par le spécialiste en passation de marché dans le dossier d'exécution des activités

6.1.2. Prise en compte des prescriptions environnementales et sociales dans l'exécution du projet

⇒ **Intégration des mesures environnementales et sociales dans les dossiers d'appel d'offre et d'exécution**

En cas de travail environnemental, le consultant de Sauvegarde environnemental et sociale de INAYA au sein de la DHP veillera à intégrer les recommandations et autres mesures de gestion environnementale et sociale dans les dossiers d'appel d'offre et d'exécution du projet.

⇒ **Mise en œuvre des mesures environnementales et sociales**

Pour chaque projet, les entreprises contractantes sont chargées de la mise en œuvre des mesures environnementales et sociales. Toutefois, au préalable, elles devront préparer et mettre en œuvre un PGES tenant compte entre autres des clauses environnementales et sociales.

⇒ **Suivi environnemental et social**

- a) La supervision des activités sera assurée par le Spécialiste en Sauvegardes Environnementale et Sociale du INAYA.
- b) La surveillance de proximité de l'exécution des mesures environnementales et sociales sera assurée par les bureaux de contrôle (mission de contrôle) qui seront commis à cet effet.
- c) Le suivi (contrôle régalién) sera effectué par le comité régional de suivi environnemental et social (CRSE), sous la coordination de la Direction du contrôle environnementale (DCE.)
- d) L'évaluation sera effectuée par des Consultants indépendants, à mi-parcours et à la fin du projet INAYA.

⇒ **Mesures de renforcement institutionnel** : qui inclut

- Renforcement de l'expertise environnementale et sociale de l'INAYA : Il est suggéré que la DHP recrute, à temps plein, un Expert Environnement et Social (EES/INAYA) pour l'appuyer à élaborer les outils de préparation et de suivi garantissant la prise en compte effective des aspects environnementaux et sociaux dans le projet. La mission de l'EES devrait s'articuler autour des axes suivants : (i) veiller à l'application de la procédure environnementale et sociale dans les projets ; (ii) coordonner les activités de formation et de sensibilisation des acteurs nationaux et locaux sur la nécessité de la prise en compte des questions environnementales et sociales dans les projets ; (iii) effectuer la supervision périodique de la mise en œuvre du CGES du Projet INAYA.
- Organisation d'atelier national de partage et de dissémination du CGES
Cet atelier va permettre une appropriation réelle des dispositions et outils du CGES par les acteurs chargés de la mise en œuvre du projet particulièrement les responsables des FOSA.
- Formation des acteurs impliqués dans la gestion du projet INAYA

Il est suggéré de renforcer les capacités des Points focaux des structures chargées de la mise en œuvre du INAYA particulièrement les FOSA pour leur permettre de mieux intégrer, dans leurs domaines respectifs, les exigences et mesures environnementales et sociales requises. La

formation vise à renforcer leur compétence en matière de GDBM, de contrôle environnemental des travaux et de suivi environnemental afin qu'ils puissent jouer leur rôle respectif de manière plus efficace dans la mise en œuvre du projet.

Ces acteurs ont la responsabilité d'assurer l'intégration de la dimension environnementale et sociale dans les projets. Ils assurent chacun en ce qui le concerne les études, le suivi ou le contrôle environnemental des sous projets.

⇒ **Mesures de sensibilisation des populations dans les sites de projets**

Des actions de sensibilisation des populations et de mobilisation sociale seront nécessaires dans les sites du projet. La DHP devra coordonner la mise en œuvre des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des collectivités locales riveraines des zones d'interventions. Les thèmes porteront notamment sur les déchets biomédicaux et les enjeux environnementaux et sociaux lors de la mise en œuvre des activités de l'INAYA. Dans ce processus, les collectivités locales, les associations ONG locales devront être impliquées au premier plan.

6.1.3. Mesures de sauvegardes environnementales et sociales spécifiques à la composante 4 du projet.

Un Cadre de gestion environnementale et sociale pour le financement éventuel d'interventions d'urgence est nécessaire pour s'aligner avec le Manuel des opérations d'urgence et pour compléter les instruments existants de sauvegarde environnementale et sociale du projet, le cas échéant. Ce « CERC-ESFM » décrira un processus de sélection élaboré autour de la liste positive des principaux problèmes et risques environnementaux et sociaux. Cela sera lié à l'identification des dispositions institutionnelles pour la surveillance de toute diligence et surveillance environnementales et sociales (E&S) supplémentaires. En outre, le CERC-ESMF comprendra des conseils génériques du « secteur » des petits travaux de génie civil d'urgence qui identifient les principaux problèmes E&S avec des listes de contrôle de type Plan de gestion environnementale et sociale (PGES).

Les activités financées dans le cadre de la composante liée aux imprévus seront limitées à la fourniture de biens et services essentiels ainsi qu'à la réparation ou à la reconstruction des infrastructures endommagées décrites dans une liste positive dans ce Manuel des opérations d'urgence. L'acquisition de terres entraînant une réinstallation involontaire ou à des restrictions d'accès aux ressources et aux moyens de subsistance n'est pas prévue. Il est également peu probable que les modifications apportées aux instruments de sauvegarde existants du projet ne soient nécessaires. Toutefois, le cas échéant, les instruments de sauvegarde seront mis à jour si les activités d'urgence ne relèvent pas du champ d'application des instruments existants. Il est peu probable que les travaux d'urgence déclenchent de nouvelles politiques de mesures de sauvegarde, mais si cela s'avère nécessaire, de nouveaux instruments seront préparés, consultés et divulgués ; conformément aux spécifications de Politique des Projets de Investissement de la Banque mondiale, une restructuration de niveau 1 devra être préparée.

6.2. Procédures de prise en compte des aspects sociaux

Le Ministère de la santé, en collaboration avec ses partenaires, poursuit, dans le cadre du nouveau projet la mise en œuvre des activités visant à atténuer les impacts négatifs potentiels du projet. Dans ce cadre, des nouveaux comités de santé seront mis en place et formés garantissant un dialogue continu entre les formations sanitaires et les communautés.

Dans le cadre de son action, visant la réduction du risque de VBG, et le renforcement de la réponse à ces violences, dans le camp de Mbera, le Ministère de la santé et ses partenaires, mènent entre autres activités :

- La prise en charge, suivi, des cas de violences basées sur le genre conformément au protocole national ;
- L'organisation des sensibilisations communautaires, et session de causeries sur la prévention des violences basées sur genre (VBG) ;
- La Conduite de Focus Groupes de Discussions en relation avec les VBG ;
- Des Sessions d'écoutes et appui psychosociale des survivants des VBG et leurs familles.

6.2.1. Mécanismes de gestion des plaintes

6.2.1.1. Cadre général

La mise en œuvre des activités du projet INAYA pourrait créer des conflits, contestations, griefs, etc. provenant des parties prenantes et membres des communautés. Le Projet INAYA étant financé par la Banque Mondiale, l'emprunteur a le devoir de se conformer aux exigences en matière de sauvegardes environnementales et sociales de la Banque Mondiale. En vue de prévenir la survenance des conflits et leurs conséquences, INAYA élabore ce mécanisme pour offrir un point d'accès aux individus, communautés et entreprises pour recevoir et traiter leurs plaintes. Il mettra également en place les ressources et le cadre organisationnel nécessaires pour enregistrer et traiter toutes les doléances relatives aux activités du projet, ses résultats ou ses impacts.

Le présent document vise à guider la mise en œuvre du Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) dans le cadre du Projet INAYA. Il présente les orientations et les procédures qui permettent aux différentes parties prenantes de faire une gestion bonne et ordonnée des plaintes enregistrées durant la mise en œuvre des activités du Projet.

Le Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) du Projet INAYA vise à fournir un système d'enregistrement et de gestion des plaintes rapide, efficace, participatif et accessible à toutes les parties prenantes, et qui permet de prévenir ou résoudre les conflits par la négociation et le dialogue.

L'un de ses principaux objectifs est d'éviter de recourir au système judiciaire et de rechercher une solution amiable dans autant de situations que possible, préservant ainsi l'intérêt des plaignants et du promoteur du projet et limitant les risques inévitablement associés à une action en justice.

Ce mécanisme de gestion sera élargi à l'ensemble des conflits et litiges potentiels et de toute nature (sociale, environnementale, institutionnelle, etc.) qui apparaîtront durant la mise en œuvre

du projet, il favorisera la concertation, les solutions locales (implication des Chefs de village, des chefs de section communale, des autorités locales, etc.

6.2.1.2 Objectifs

Le MGP INAYA se traduira par un service de règlement des plaintes qui se donne pour objectif de rendre les Directions du projet plus facilement accessibles aux communautés affectées et de contribuer au règlement plus rapide et plus satisfaisant des plaintes liées au projet.

Spécifiquement, le MGP INAYA vise à :

- ⇒ Établir un forum et une structure pour exprimer des plaintes ;
- ⇒ Donner accès à un système clair et transparent dans la résolution des plaintes ;
- ⇒ Permettre de négocier et d'influencer les décisions qui pourraient affecter les habitants défavorablement ;
- ⇒ Faciliter l'accès à l'information ;
- ⇒ Offrir aux communautés un outil fiable pour contester une activité du projet ;
- ⇒ Améliorer les services et optimiser la satisfaction des communautés ;
- ⇒ Gérer les malentendus qui peuvent déboucher sur des rumeurs néfastes pour l'image du projet
- ⇒ Etablir et maintenir un cadre de dialogue et de médiation avec les communautés et autres parties prenantes ;
- ⇒ Documenter les plaintes ou les abus de diverses natures (aspects de gouvernance, exploitation, abus et harcèlement sexuel, risque d'exclusion des bénéficiaires aux opportunités offertes par le projet et l'inefficacité de la qualité de services offerte aux bénéficiaires) constatés afin de permettre aux partenaires de mise en œuvre d'y répondre :
- ⇒ Assurer la recevabilité vis-à-vis des parties prenantes du projet et le respect des politiques de sauvegarde de la Banque mondiale.

6.2.1.3 Principes du MGP

Les principes fondamentaux ci-dessous seront observés afin d'inspirer la confiance des usagers du MGP.

Principes	Mesures d'application
Sécurité et confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> • Protéger l'anonymat des plaignants si nécessaire • Assurer la confidentialité nécessaire en cas de plaintes de nature sensibles • Limiter le nombre de personnes ayant accès aux informations sensibles • S'assurer de l'absence de représailles suite aux dénonciations
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser largement le mécanisme aux groupes cibles, en surmontant les barrières linguistiques, géographiques, intellectuelles et celles liées au statut socio-économique, avec une attention particulière aux personnes marginalisées ou vulnérables • Expliquer clairement la procédure de dépôt de plainte • Diversifier les possibilités de dépôt de plaintes • Offrir une assistance adéquate aux personnes qui rencontreraient des obstacles particuliers pour accéder au mécanisme.
Prévisibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Réagir promptement à toutes les plaintes • Présenter un processus de traitement clair, avec des délais indicatifs pour chaque étape
Impartialité	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à la neutralité des personnes qui participent aux enquêtes • Assurer qu'aucune personne ayant un intérêt direct dans l'issue de l'enquête ne participe au traitement de la plainte concernée • Garantir que les parties lésées bénéficient d'un accès raisonnable aux sources

	d'information, aux conseils et à l'expertise nécessaire pour leur participation au processus d'examen des plaintes
Transparence	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer au plus grand nombre sur l'objet et la fonction du MGP • Renseigner les parties prenantes concernées sur la démarche à suivre pour accéder au MGP, l'évolution et les résultats du traitement des plaintes.

6.2.1.4 Procédure de gestion des plaintes

Un mécanisme de gestion des plaintes comporte huit (8) étapes :

1. L'accès à l'information concernant le fonctionnement du système de dépôt et de gestion des plaintes,
2. La réception, l'enregistrement et l'accusé de réception des plaintes (en gardant l'anonymat),
3. La catégorisation et l'examen de l'admissibilité des plaintes,
4. L'évaluation et l'enquête,
5. Le règlement conjoint,
6. Le feedback au plaignant, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions des mesures d'atténuation
7. La clôture de la plainte,
8. Le suivi et le reportage.

❖ Accès à l'information

Le Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) fera l'objet d'une large diffusion auprès de toutes les parties prenantes du projet INAYA. Les informations seront diffusées dans les gouvernances, autorités administratives et mairies aux fins de permettre aux éventuels plaignants de bien connaître le MGP en vue de l'utiliser en cas de besoin.

INAYA assurera un accès facile et culturellement approprié aux informations concernant le projet et l'utilisation du mécanisme aux usagers éventuels. Ces informations seront diffusées dans des réunions publiques, les affichages dans les sites du projet et d'autres moyens de communication culturellement appropriés seront utilisés. Les documents et les rapports seront en français et au besoin traduits en arabe et langues locales.

Cette diffusion s'étendra aux sites d'activités du projet et aux bénéficiaires finaux (populations, organisations communautaires, société civile, autorités administratives et locales, collectivités locales, etc.). Les séances de diffusion veilleront à expliquer la procédure de mise en œuvre du mécanisme. Les canaux de communication disponibles et adaptés seront utilisés pour passer le message.

❖ Réception, enregistrement et accusé de réception des plaintes

La réception et l'enregistrement des plaintes se feront par le biais de deux canaux de réception à savoir un registre ou une boîte de recueil des plaintes au niveau de chaque FOSA (Formation sanitaire).

La mise en place de ces points d'accès fera l'objet d'une campagne d'information et de sensibilisation du public.

L'enregistrement se fera de façon immédiate, le jour de réception de la plainte. L'enregistrement des plaintes se fera selon le formulaire en annexe3.

Une personne du Comité de santé (COSA) sera désignée pour recueillir, enregistrer la plainte en prenant les filiations, coordonnées (nom, âge, sexe, lieu de résidence, coordonnées) de la personne plaignante et le motif de la plainte. Toutes ces informations devront être transmises au COSA, au SSES et à l'UT-FBR dans les 72 heures qui suivent l'enregistrement de la plainte.

Un dossier sera ouvert pour chaque plainte et comprendra les éléments suivants :

- Un **formulaire de plainte** avec un numéro de référence, la date, les coordonnées du plaignant, le signataire qui a enregistré la plainte, la personne au sein du COSA à qui la plainte est imputée pour examen et résolution et une description de la plainte avec sa catégorisation.
- Un numéro de dossier qui sera consignée dans une base de données tenue par le spécialiste en sauvegarde environnementale et sociale du projet INAYA.
- Une fiche de suivi de la plainte pour l'enregistrement des mesures prises (enquête, mesures correctives, dates) et comportant une rubrique de clôture du dossier.

Finalement, un accusé de réception sera systématisé pour chaque plainte écrite. Le COSA convoquera le plaignant dans un délai maximal de 5 jours après l'enregistrement de la plainte pour récupérer son récépissé.

Le COSA profitera de cet entretien pour informer le plaignant sur l'éligibilité de la plainte et sur les étapes à suivre. Il pourra lui demander le cas échéant des éclaircissements ou des informations complémentaires pour une meilleure compréhension de la plainte.

❖ **La catégorisation et l'examen de l'admissibilité des plaintes**

Dans un premier temps, les plaintes seront catégorisées en deux groupes : **les plaintes sensibles et les plaintes non sensibles** :

- Les plaintes non sensibles concernent le processus de mise en œuvre des activités du projet et la qualité des services fournis.
- Les plaintes sensibles portent habituellement sur des fautes personnelles et les VBG (notamment mais non exhaustivement, injustice, abus de pouvoir, abus discrimination, non-respect des clauses environnementales et sociale, violences basées sur le genre, abus sexuel, harcèlement sexuel, etc.).

A priori, toutes les plaintes spécifiques aux VBG sont admissibles. Tandis que la détermination et l'analyse de l'admissibilité des autres plaintes liées au projet est alors entamée dès la phase de catégorisation par le comité de santé qui gère les plaintes du projet.

Les plaintes liées au VBG seront référées aux unités d'écoute et de prise en charge qui sera mise en place au niveau des structures hospitalières régionales de la zone pilote.

Ensuite, il sera procédé à l'analyse de l'admissibilité des plaintes liées au projet.

Si la plainte est jugée recevable et que l'information est suffisante, le COSA mettra en œuvre une solution immédiate qui sera adoptée sous réserve que le plaignant donne son accord. Si la plainte est, après analyse préliminaire, non admissible ou non valable, elle sera rejetée et le plaignant sera informé par écrit des raisons de cette décision.

Le COSA remonte au niveau régional les plaintes qui ne peuvent être traitées à son niveau. Le conseil régional assurera le traitement en respectant les procédures définies.

En tout état de cause, le comité de santé donnera une suite à toutes les plaintes.

En cas de solution interne, une réponse écrite détaillée expliquant le processus qui a été déclenché pour résoudre le problème ou enquêter à son sujet sera fournie au plaignant.

Le président du COSA validera et signera toutes réponses formelles aux plaignants avant envoi.

Si une enquête a été demandée, la résolution complète de la plainte pourra demander plus de temps.

Par conséquent, le plaignant devrait être informé par écrit, SMS, téléphone ou par email dans les **10 jours ouvrables** sur le statut de sa plainte.

❖ **Investigation**

Durant cette étape, le travail d'évaluation du COSA débutera pour comprendre la complexité de la plainte et le type de résolution possible.

La plainte étant préalablement classée en fonction de sa complexité, les investigations peuvent s'étendre au cas par cas.

Cette investigation devra apporter des éléments pour résoudre la plainte à la satisfaction des plaignants. L'enquête abordera les éléments suivants : identification des parties impliquées, clarification sur la plainte et les impacts qui en découlent, obtenir les informations sur les faits pour déterminer la responsabilité (prendre photos si pertinentes, discuter avec témoins s'il y a lieu, etc.), discuter avec ceux ayant causé la situation menant à une plainte, détermination de l'éventail des solutions possibles. Idéalement, le processus d'investigation devrait se dérouler dans un délai de dix jours ouvrables.

❖ **Analyse et résolution à l'amiable**

Ce mécanisme comporte plusieurs niveaux pour l'analyse et le traitement des plaintes

Traitement des plaintes en première instance

Le Comité de Santé (COSA) est l'instance préliminaire de règlement des plaintes (composition des COSA).

L'analyse de la plainte consiste à vérifier la recevabilité et la gravité de la plainte.

Un formulaire d'enregistrement des plaintes et des étapes de traitement sera mis à la disposition du COSA.

Durant cette étape, en concertation avec le plaignant, le COSA propose une solution qu'il présente au plaignant. Soit la solution est acceptée ou rejetée.

Si la solution est rejetée à l'issue de l'entretien entre le plaignant et le COSA, le dossier est alors transmis au niveau régional pour médiation aux fins d'arriver à une solution à l'amiable satisfaisante.

Pour ce faire, le COSA dispose d'un délai de **15 jour ouvrables** pour saisir le niveau régional par le biais des équipes régionales de vérification.

Traitement des plaintes en seconde instance

Si le plaignant n'est pas satisfait du traitement en première instance, le second examen sera fait au niveau régional par le conseil régional (CR). Le COSA devra transmettre et suivre toute plainte, non résolue au niveau de la FOSA, au CR qui tentera de la résoudre à son niveau dans un délai de 10 jours.

Traitement des plaintes en dernière instance : Le recours judiciaire

Il s'agit de la procédure judiciaire devant les tribunaux : le plaignant a le droit de présenter son dossier de plainte en justice devant le tribunal.

Lors de la communication de la procédure de traitement des plaintes, le Projet communiquera clairement aux personnes les différentes voies qui leur sont ouvertes pour le traitement de leurs plaintes.

Une fois les investigations terminées, les résultats seront communiqués au plaignant et la plainte sera close dans la base de données si le plaignant accepte le règlement proposé.

Toutefois, le recours à une procédure judiciaire doit donc être évité autant que possible au profit du dialogue, de la concertation et des solutions à l'amiable. Il est important de favoriser la mise en place d'un mécanisme extrajudiciaire de traitement des litiges, grâce à la mise en place d'une campagne d'information et de sensibilisation appropriée et l'implication de différentes personnes ressources et des leaders d'opinion.

Pour tous les niveaux de traitement des plaintes à l'amiable, le Projet mettra en place un programme de renforcement des capacités à l'intention des membres des différents comités de santé. Ce programme vise à s'assurer que les membres des comités sont aptes à documenter tout le processus, à traiter toutes les plaintes dans le respect des principes d'équité, de transparence et d'efficacité.

Feedback au plaignant, mise en œuvre, suivi et évaluation des actions des mesures d'atténuation

Durant toutes les démarches visant la résolution de la plainte, le processus sera documenté dans la fiche de suivi de la plainte.

Un feedback sera transmis, à l'ensemble des plaignants durant tout le temps nécessaire pour le traitement de leurs plaintes.

En cas de solution, une notification formelle sera faite au plaignant. Les termes et la forme de la notification devront être adaptés au destinataire sur le plan intellectuel et culturel. Cette réponse pourra inclure : les explications sur la (les) solutions proposées (s) ; si applicable, la procédure de mise en œuvre de la (les) solutions proposée(s), y compris les délais.

Le Spécialiste en sauvegarde sociale sera chargé de veiller à la bonne mise en œuvre et au suivi de la (des) solutions proposées (s) et rend compte de l'évolution à l'UT-FBR et aux COSA. Il s'assurera que les mesures convenues sont mises en œuvre dans un délai n'excédant pas soixante (60) jours.

Le SSES sera chargé de suivre les indicateurs clés relatifs aux plaintes et communiquera les résultats de ces efforts de suivi en interne et en externe (aux communautés) sur une base trimestrielle.

Clôture de la plainte et archivage

Une fois la solution acceptée et mise en œuvre avec succès, la plainte est clôturée et les détails sont consignés dans la fiche de clôture.

La base de données sur les plaintes sera également renseignée.

Il pourra être nécessaire de demander au plaignant de fournir un retour d'information sur son degré de satisfaction à l'égard du processus de traitement de la plainte et du résultat.

S'il arrive qu'une solution ne soit pas trouvée malgré l'intervention des deux instances de traitement des plaintes et que le plaignant entame des recours juridiques externes, la plainte sera aussi close. Toutes les discussions et les solutions proposées seront documentées.

Au-delà de la base de données sur les plaintes, Un système d'archivage physique et électronique pour le classement des plaintes sera mis en place. L'administrateur des plaintes sera responsable de l'archivage des dossiers des plaintes (formulaire de plainte, accusé de réception, rapports d'enquête, accord de règlement de plainte, plaintes non résolues, etc.). Le Responsable chargé de l'administration des plaintes sera le Spécialiste sauvegarde sociale.

Suivi des plaintes et rapportage

Afin d'améliorer continuellement le MGP, l'administrateur des plaintes élaborera un rapport de suivi mensuel et un rapport de synthèse semestriel qui comprendra les statistiques et les commentaires nécessaires, ainsi que des propositions pour l'amélioration. Ce rapport servira de base à la revue du processus de gestion des plaintes par l'UT-FBR qui se tiendra une fois an. La

synthèse de la gestion des plaintes sera présentée dans le rapport semestriel d'avancement du projet diffusé à la Banque mondiale pour information.

Afin de mieux apprécier la performance du MGP, quelques indicateurs de suivi seront collectés et évalués. Il s'agit des indicateurs ci-après :

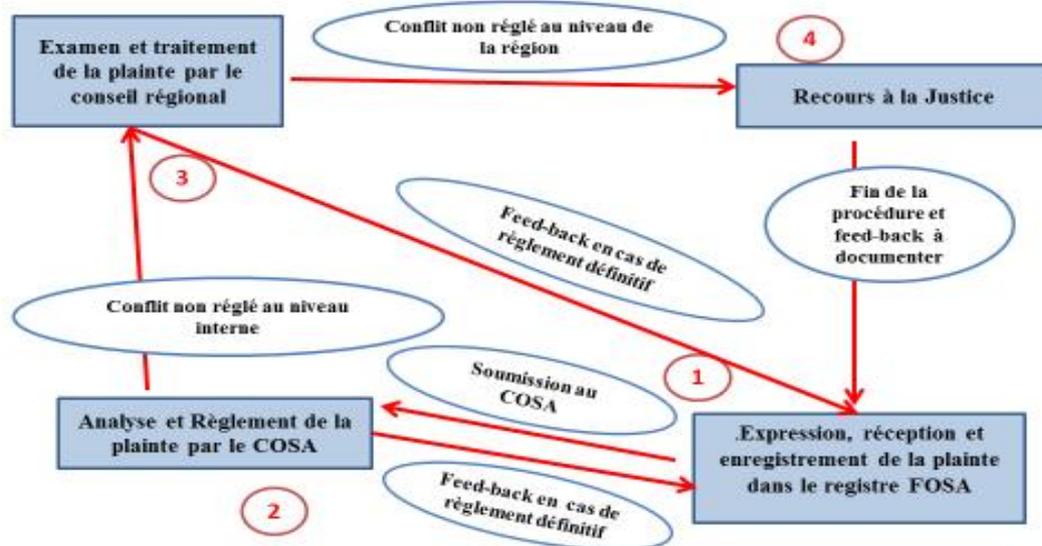
- Le nombre de plaintes reçues par type de canal de réception ;
- Le nombre de plaintes éligibles ;
- Le nombre et le %age de plaintes qui ont abouti à un accord ;
- Le nombre et le %age de plaintes résolues ;
- Le nombre et le %age de plaintes résolues dans le délai prévu par le MGP ;
- Le nombre et le %age de plaintes ayant fait l'objet des recours ;
- Le nombre de représailles suite aux dénonciations.

Le compte rendu inclura une synthèse du nombre de plaintes enregistrées par catégorie et gravité, la durée moyenne de règlement, le nombre de plaintes non résolues et toutes problématiques à risque élevé.

Chaque trimestre, une revue interne du mécanisme de traitement des plaintes sera effectuée pour comprendre :

- Les types de plaintes collectées et les tendances d'évolutions (avec les raisons de celles-ci);
- L'efficacité du système pour recueillir les plaintes dans différentes parties du projet ;
- Les leçons apprises en termes de traitement y compris la coordination des réponses.

Figure 3: Schéma institutionnel de gestion de plaintes entre la communauté et la FOSA



6.3 Cout estimatif de la mise en œuvre du CGES

Le cout total de la mise en œuvre du CGES de l'INAYA avec extension est estimé à 2,05 millions de dolards dont 1 265 852 représente les couts supplémentaires liés précisément à l'extension du projet. Cette grande augmentation est justifiée par :

- Ajout des nouvelles activités telles que la formation sur les mécanismes de gestion des plaintes et la construction des incinérateurs monforts.
- La révision au hausse des couts de certaines activités pour prendre en considération la nouvelle région. Ces activités concernent : (i) Suivi environnemental ; (ii) Renforcement des capacités des acteurs sur la GDBM, (iii) Information et sensibilisation des populations sur les enjeux environnementaux. Le tableau ci-dessous présente les détails du budget.

Tableau 4: Budget estimatif du CGES

Mesures	Actions envisagées	Budget Inaya initial (\$)	Budget Inaya avec extension (\$)	Résponsable
Protection des ouvriers sur les sites d'intervention du projet	Inclure les mesures de protection dans les clauses techniques des contractants			DAF
Gestion des déchets et des nuisances sur les sites d'intervention du projet	Inclure les mesures de protection dans les clauses techniques des contractants			DAF
Gestion environnementale	Activités spécifiques des PGES du projet (Recrutement du consultant, suivi interne, externe et audit)	17 647	139 470	DHP
Adoption et acquisition de la technologie de la GDBM dans les deux régions	Acquisition de 4 incinérateurs	211 765		DHP
	Construction des incinérateurs type* MONFORT dans les FOSA (sous forme de BAQ)		1 206 416	FOSA
	Construction d'infrastructures d'entreposage pour les 2 hôpitaux régionaux et 4 CS	46 353	225 272	DAF
	Doter les formations sanitaires d'un kit d'équipements et matériels de gestion des DBM (forfait 23900 par FOSA) pour 140 FOSA	9 138	97 629	DAF
Renforcement des capacités des acteurs impliqués sur la GDBM dans les deux régions	Former les équipes des FOSA sur la GDBM (en moyenne 3 personnes par FOSA pendant 3 jours),	21 176	80 893	DHP
Renforcement des capacités des acteurs impliqués sur les MGP	Former les équipes des FOSA des COSA et communes sur les MGP y compris la VBG* et son protocole de prise en charge		252 279	DHP
Information et sensibilisation des Populations sur les enjeux environnementaux	Elaborer un plan de communication ciblant tous les acteurs potentiellement impliqué (santé, WASH, environnement, société civile, entreprise privée.....) et le grand public	5 882	55 788	DHP
TOTAL		311 962	2 057 746	

- : Nouvelles activités

Ce CGES est complété par un Plan National de Gestion des Déchets Biomédicaux, qui couvre la période 2017-2021.

6.4 Programme de suivi-évaluation

6.4.1 Bilan de mise en œuvre du CGES actuel

Dans le cadre de la mise en œuvre du CGES, Plusieurs activités ont été réalisées en 2019. Il s'agit particulièrement :

- I. Recrutement d'un consultant spécialiste dans les sauvegardes environnementales et sociales pour appuyer la DHP (voir ces TDR en annexes)
- II. Organisation d'une mission pour l'établissement de l'état des lieux de la situation de la gestion des DBM dans la zone pilote y compris la région de l'extension (Hosh Echargui). Ces missions ont permis
 - ⇒ D'identifier les besoins GDBM à travers un questionnaire d'évaluation GDBM adapté à chaque structure de santé (CH, CS et PS).
 - ⇒ D'évaluer les besoins de construction des sites d'entreposages DBM du projet INAYA,
 - ⇒ D'évaluer les besoins de travaux au préalable pour répondre aux spécifications techniques des incinérateurs,
- III. Mise en place d'un système d'évaluation régulière (trimestrielle) de la situation des déchets biomédicaux dans les Formations sanitaires. Ce système a permis d'effectuer 4 évaluations dont celle représentant la situation de référence établie fin 2018. Des résultats très encourageants ont été observés et montrés par ces évaluations. Le score moyen des FOSA par rapport à la qualité de la gestion des DBM a évolué de **10% fin 2018 à 59% fin septembre 2019**.
- IV. Distribution des Kits DBM aux formations sanitaires (plus de 170 FOSA) pour combler les insuffisances liées à la pratique de l'hygiène et la gestion de déchets biomédicaux, cette action a consisté à :
 - ⇒ Equiper les formations sanitaires de matériels de pré collecte appropriés des DBM
 - ⇒ Doter les formations sanitaires de poubelles appropriées de stockage des DBM
 - ⇒ Doter les FOSA d'équipements roulants (brouette) pour l'évacuation des DBM
- V. Installation (en phase finale) des incinérateurs dans 4 Sites (CS Kobeni, CS Tintane, CS Tamchikitt et CH Seilibaby). En l'absence d'incinérateurs, le brûlage et le rejet dans les décharges publiques constituent les pratiques les plus courantes dans les formations sanitaires. L'installation des incinérateurs type MP100 favorisera le processus de GDBM, par la décontamination complète et la réduction du volume de DBM.

Objectif

Il existe toujours un certain degré d'incertitude dans la précision des impacts et des mesures proposées. Pour cette raison, il s'avère nécessaire d'élaborer un programme de surveillance et de suivi environnemental.

La surveillance environnementale a pour but de s'assurer du respect :

- Des mesures proposées ;
- Des engagements des maîtres d'ouvrages et maîtres d'oeuvre ;
- Des exigences relatives aux lois et règlements applicables.

Indicateurs de suivi des mesures du CGES

Les indicateurs ci-dessous permettent de vérifier si le processus de gestion environnementale et sociale tel que défini dans le présent cadre de gestion a été appliqué.

Tableau 4 : Principaux indicateurs du suivi CGES

Éléments à évaluer	indicateurs	Fréquence de mesure/responsabilité
GDBM	Nombre d'infrastructures des stockages intermédiaire répondant aux normes selon le PNGDB	1 fois par an par DHP
	Quantité des déchets incinérés en Kg	1 fois par an par DHP
contrôle	Volume des carburants utilisés en Litre (pour les incinérateurs)	1 fois par an par DHP
	Temps d'exploitation des incinérateurs en Heur	1 fois par an par DHP
	Nombre d'entretien effectués en Unité	1 fois par an par DHP
Suivi	Nombre de rapport de missions produits	1 fois par an par DHP
MGP	% des plaintes documentée er résolues	Trimestreille /DHP

7 Consultations publiques

7.2 Objectifs ciblés et méthodologie

L'objectif général des consultations publiques est d'assurer la participation des populations au processus de planification des actions du projet. Il s'agissait notamment : (i) d'informer les populations sur le projet et ses activités ; (ii) de permettre aux populations de s'exprimer, d'émettre leur avis sur le projet ; (iii) d'identifier et de recueillir les préoccupations (besoins, attentes, craintes, etc.) des populations vis-à-vis du projet ainsi que leurs recommandations et suggestions. Des consultations ont été menées : (i) à Nouakchott avec les principales parties prenantes au niveau central concernées par le projet INAYA (Direction de santé de base, Direction de la médecine hospitalière, Direction de l'hygiène publique, Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire, l'OMS, certaines ONG représentantes de la SC) ; (ii) Trois rencontres ont été organisées dans les deux régions pilotes respectivement GUI, le 23/1/2017, HEG le 24/1/2017 et HEC le 5/12/2019 avec la participation des représentants des comités de gestion des formations sanitaires.

L'approche méthodologique adoptée est la *démarche participative* : rencontre d'information, d'échange et de discussion autour du projet.

7.3 Les points discutés

Les points ci-après ont été soulevés et discutés après présentation du projet par le l'équipe technique:

- ⇒ La perception du projet ;
- ⇒ Les impacts positifs et négatifs du projet sur l'environnement et le social ;
- ⇒ Les principales contraintes dans la gestion des déchets biomédicaux
- ⇒ Les préoccupations et craintes vis-à-vis du projet ;
- ⇒ Les suggestions et recommandations à l'endroit du projet,
- ⇒ Les besoins en formation et en renforcement de capacité ;

7.4 Analyse des résultats des consultations

i. Synthèse de l'avis général sur le projet

- A. Tous les acteurs ont salué la mise en place du projet INAYA qui peut largement contribuer au renforcement du système de santé
- B. Le projet INAYA est une bonne opportunité pour combler le gap dans le domaine de la GDB
- C. C'est un projet qui nous tient à cœur car il soulève des questions qui nous interpellent directement.

ii. Synthèse des préoccupations et des craintes :

- Besoin en renforcement des capacités environnementales et sociales à satisfaire

- Nécessité de renforcement des équipements et matériels dans la GDB (petits matériel, incinérateurs, collecte, tri, poubelles, évacuation, etc.)
- Problèmes de gestion des déchets ; les collectivités locales ont des capacités très limitées
- (Expertises, équipements, matériels de collecte, transport et traitement des déchets, etc.)
- Faible prise en compte du volet communication
- Déficit d'information et de sensibilisation des populations sur la GDB

iii. Synthèse des suggestions et recommandations :

- ⇒ Assurer la célérité dans la gestion du projet sans déroger aux principes de bonne gouvernance
- ⇒ Renforcer les capacités du niveau opérationnel (hôpitaux, districts sanitaires, etc.)
- ⇒ Renforcer le volet communication pour une bonne implication des populations dans la mise en œuvre du projet INAYA
- ⇒ Renforcer les capacités en GES des partenaires de mise en œuvre du projet INAYA
- ⇒ Mener des activités de plaidoyer en faveur la GDB (élus, société civile, leaders d'opinion, etc.)
- ⇒ Renforcer l'IEC (population, collectivités locales et prestataires) autour des enjeux de la GDB

Nota : Le détail des consultations lors du présent CGES est fourni en Annexe.

iv. Intégration des recommandations dans le CGES

Sur la base des recommandations formulées, les actions ainsi que les activités programmées dans le cadre du CGES ont été bien révisées.

Photos de consultation

Photos de consultation à NKC



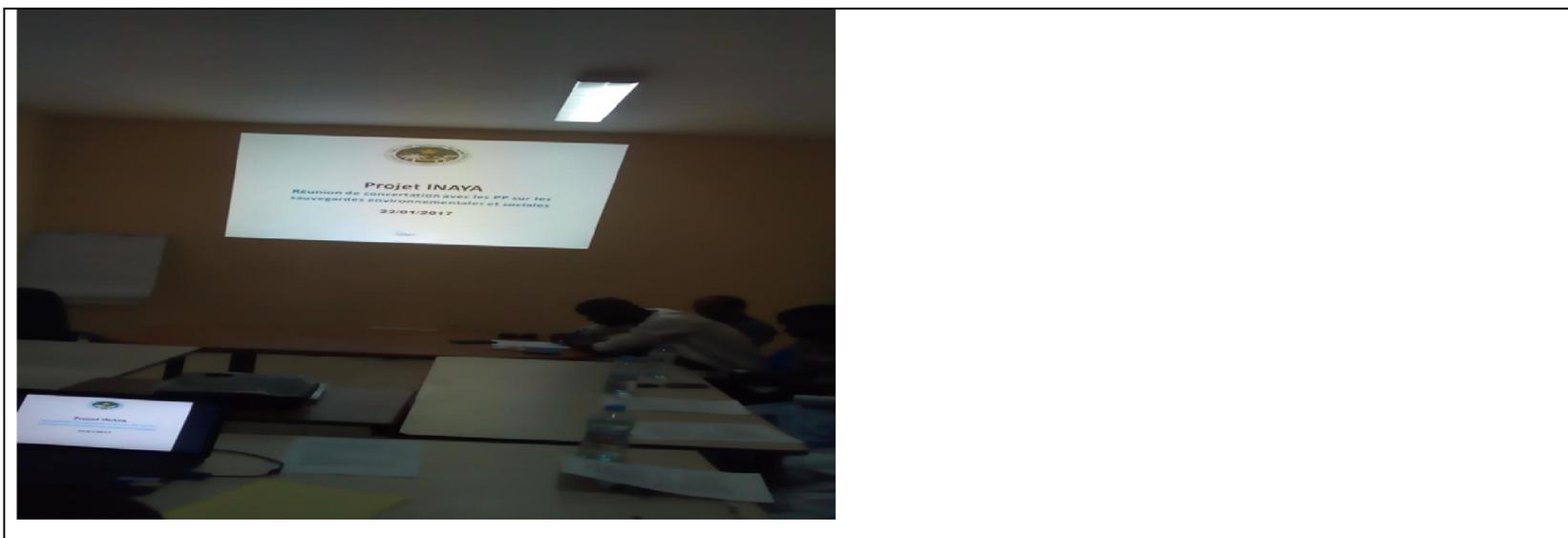
Direction de l'Hygiène Publique le 22 Janvier 2017
Liste de présence

Nom et prénom	Etablissement/Organisation	Fonction	Tel/E-mail	Signature	Tel
1. Aily Aït Abdou	Association des Femmes pour le Développement (AFD)	Présidente	adabou@afdm.dz		22431916- 46131146 36333331
2. Nadjia	SEF/DPC/ITS	chef service	med.vahjeyim@sef.dz		98243844
3. Leuwood Quilka	DHP	directeur	leuwoodquilka@police.dz		2298755
4. Mohamed Hady	ONE ANAM/HG	Président	eng.ammim@yahoofr.com		26303936 4845000
5. Dr. Houcheim Stouf	DRHS/HG	DRHS/HG	oullmoucheim@yahoofr.com		2225889
6. Dr. Tania	DRHS	DRHS/Service	22117004		22117004
7. Yacoub Saïd	ONG AFD/ONS	Coord. service	omachou@afdm.dz		46412902
8. Braouha Mohamed	chef service DHP		braouha@yahoofr.com		22117036
9. Lemih	PHÉ/FOS/ONS	PHÉ/FOS	med.lemih@yahoofr.com		22012247

						Tel
0	Dr Valle Janibry Conlaye	DPM/ASJ 415	DPM/obj	Smulders yuloo.fr		36616682
10	N'Dongo el Ahcen Mohamed	DHP/MS	chef de service	ndjougou@com @Comali.com		
12	Aderannour Averdi	DHP/MS	Consultant	Security person New York, Good, Inc		469 4688
3	HMEDLOUly Annouar	DHP/IDA	DA	annouar.als.louly@lini.fr		469 4688
4	Dr Aly ouguelchery	DSSN/MS	DSSNA	Chaboupe@guadeloupe.fr		22672788

Photos de consultation à HEG





N° 002



Procès-verbal de réunion

L'an deux mille dix-sept et le Mardi 24 à 10h s'est tenue aux locaux de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire (DRAS) la réunion de concertation avec les parties prenantes régionale (Chef de Poste de Santé, Major des centres de Santé, Médecin Chef CSM, les chefs des services de l'Hôpital Régional, des représentants de la Société Civile et le DRAS du HEG) sous la présidence du conseiller du Wali Chargé des Affaires économique et développement local Monsieur Khalifa ould Moukhtary.

Etaient présents Messieurs et Mesdames : Liste jointe

Ordre du jour:

Réunion de concertation avec les parties prenantes régionales sur les préparations de la mise en place du projet INAYA et particulièrement son cadre de Gestion environnementale et sociale.

Deux rapporteurs ont été désignés pour rédiger le PV de la présente réunion :

- Mr Issa Simballa Diakité chef de projet de FONG APEP
- Mr Abdellahi Mansour, Major Centre de Santé de Doueirare

La réunion était ouverte par le conseiller du Wali qui a souligné l'importance de la réunion de concertation du projet INAYA tout en demandant aux participants de contribuer pour la bonne réussite de ce projet.

Ensuite la parole fut au DRAS qui a présenté les différentes composantes suivantes:

1. **Un aperçu sur l'histoire** et la genèse du projet INAYA du Financement basé sur le résultat en République Islamique de Mauritanie : Réalisation de deux études sur la faisabilité du FBR offre et demande, Elaboration, validation et adoption au CM d'une stratégie Nationale du FBR, Conception d'un projet pilote 2017-2021, Evaluation de l'impact social et environnemental négatif et positif
2. **L'objectif du projet INAYA** : Il s'agit d'un projet d'appui au système de santé dont l'objectif est d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, Financé conjointement par la Banque Mondiale et Budget ETAT, Zone d'intervention (Guidimakha et Hodh El Gharby) et le démarrage du projet (Phase préparatoire 2017 et achat des performance janvier 2018)
3. **Les composantes :**
 - **Composante 1** : Améliorer l'utilisation des services de santé de qualité par le biais du FBR (représente la moitié des fonds du projet INAYA (50%),
 - **Composante 2** : Augmentation de la demande de services de santé (2,5 millions de dollars),
 - **Composante 3** : Renforcement des capacités et gestion de projets (4 millions de dollars EU/IDA et 1 million USD de contrepartie)



Atoune, le 24 /01 /2017

Réunion de concertation avec les PP sur les sauvegardes environnementales et sociales

Liste de présence

N°	Nom et Prénom	Etablissement / organisation	Fonction	N° Telephone / E-mail	Signature
1	Elhoussien / Néel Elhoussien	Centre de santé	Majors	47470464 / Smajors703@gmail	[Signature]
2	Ahmedin Oubouab	PS de Aggort	C.P.	46465775	[Signature]
3	Abdoulaye Nasser	E.S. Diour	TSR Nour	22035988	[Signature]
4	Elhoussien / Haba	E.S. Aggort	TDE Aggort	46819661	[Signature]
5	Elhoussien / Ould Mith	OTC - Tinal	Mecsoq	27161655	[Signature]
6	Elhoussien / Mohamedou Bouly	ACORD	chef bureau	46888232 - 36362729	[Signature]
7	Daloussa Ould Bank Meyanine	Charge formation	formation	44157404	[Signature]
8	Sidi Red Ouhmed Taleb	CNC ONASAM	chargé de projet	22252571 - zones arides @ yahoo	[Signature]
9	Elhoussien / Karo	CNC - APEP	Superviseur	46076352	[Signature]
10	Issa Simbilla DIAKHITIE	APEP	C.P.	4652956 - madiakite10@gmail.com	[Signature]
11	Nouma / Nankhatar	S. G. C. H. Aggort	Superviseur	46819235 - moulamoul@seis.nouma-ly.com	[Signature]
12	Egany / Ould Cheikh	DRAS	chargé de projet	46462155	[Signature]
13	Elhoussien / Ould Waf	DRAS	DRAS	22258809 / ouldwaf@seis.nouma-ly.com	[Signature]
14	Nouma / Ould	DRAS	SAF	36641625	[Signature]
15	Elhoussien / O. Nankhatar	Wilaye	Conseiller Affaires Economiques et Sociales Locales	36264696	[Signature]



Institutions / acteurs	Points discutés	Avis / Perception	Préoccupations et craintes	Suggestions et
<p>Directions centrales (DHP, DMH et DSBN)</p> <p>Comité technique PNGDB</p> <p>Représentants de la zone pilote (DRAS et ONG)</p>	<p>CGES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La perception du projet ; ✓ Les impacts positifs et négatifs du projet sur l'environnement et le social ; ✓ Les principales contraintes dans la gestion des déchets biomédicaux ✓ Les préoccupations et craintes vis-à-vis du projet ; ✓ Les suggestions et recommandations à l'endroit du projet ✓ les besoins en renforcement 	<ul style="list-style-type: none"> • On se félicite des mesures de sauvegardes ES mentionnées dans le CGES • Tous les acteurs ont salué la mise en place du projet INAYA qui peut largement contribuer à l'amélioration de la performance du SS dans la zone pilote 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Implication effective des communautés dans la gestion du projet ○ Adaptation des technologies utilisées pour le traitement des DBM ○ Pérennité des actions programmées précisément celles prévues dans la composante 2 du projet ○ Gestion des conflits d'intérêts 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une implication effective des représentants de la population durant la conception, la MEO et l'évaluation finale du projet • Financer des activités génératrices de revenu au profit des ménages au lieu de distribuer l'argent cash • S'assurer du choix des technologies adaptées au contexte du pays pour la gestion des DBM • Former les utilisateurs sur la GDBM • Renforcer le volet communication

Photos de consultation à HEC (nouvelle région)



PROCES VERBAL DE REUNION DU 05/12/2019

L'an deux mille dix-neuf et le mercredi 05 décembre à 09 heures et 45 mn s'est tenue une réunion de concertation au niveau du Bureau du Directeur Régional A l'Action Sanitaire (DRAS) du Hodh Charghi à laquelle ont participé les parties prenantes régionales. Cette rencontre rentre dans le cadre de la préparation de l'extension du projet INAYA vers la région du HEC. Le Ministère de la santé a mis à jour son cadre de gestion environnementale et sociale (CGES) (pour prendre en considération les spécificités de cette région). L'étape actuelle consiste à partager ce document avec les parties prenantes (société civile, élus locaux et associations à base communautaires) en vue de collecter leurs préoccupations/perceptions et les prendre en considération dans la version finale du CGES.

Etaient présents Messieurs et Mesdames : Liste jointe

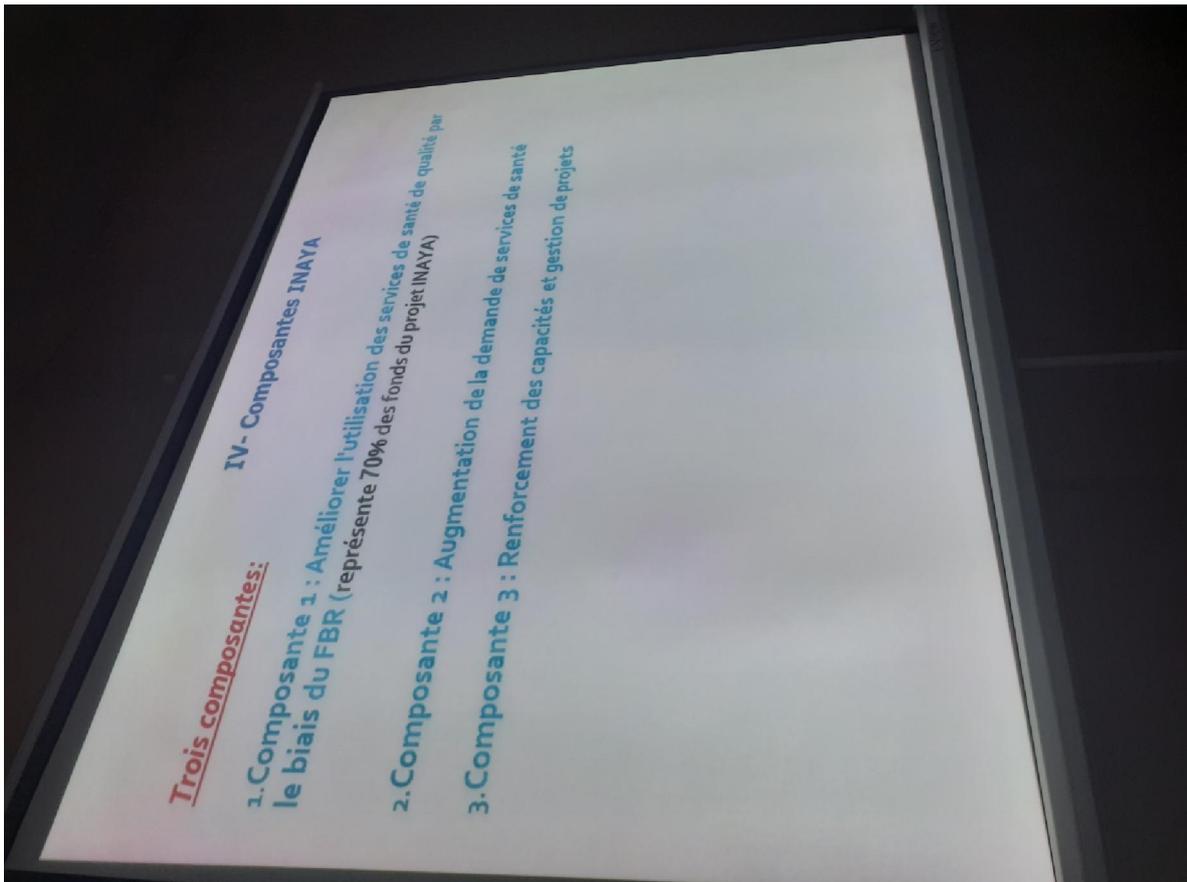
Ordre du jour : Réunion de concertation avec les parties prenantes régionales sur les préparations de la mise en place du Projet INAYA et plus particulièrement son cadre de gestion environnementale et sociale.

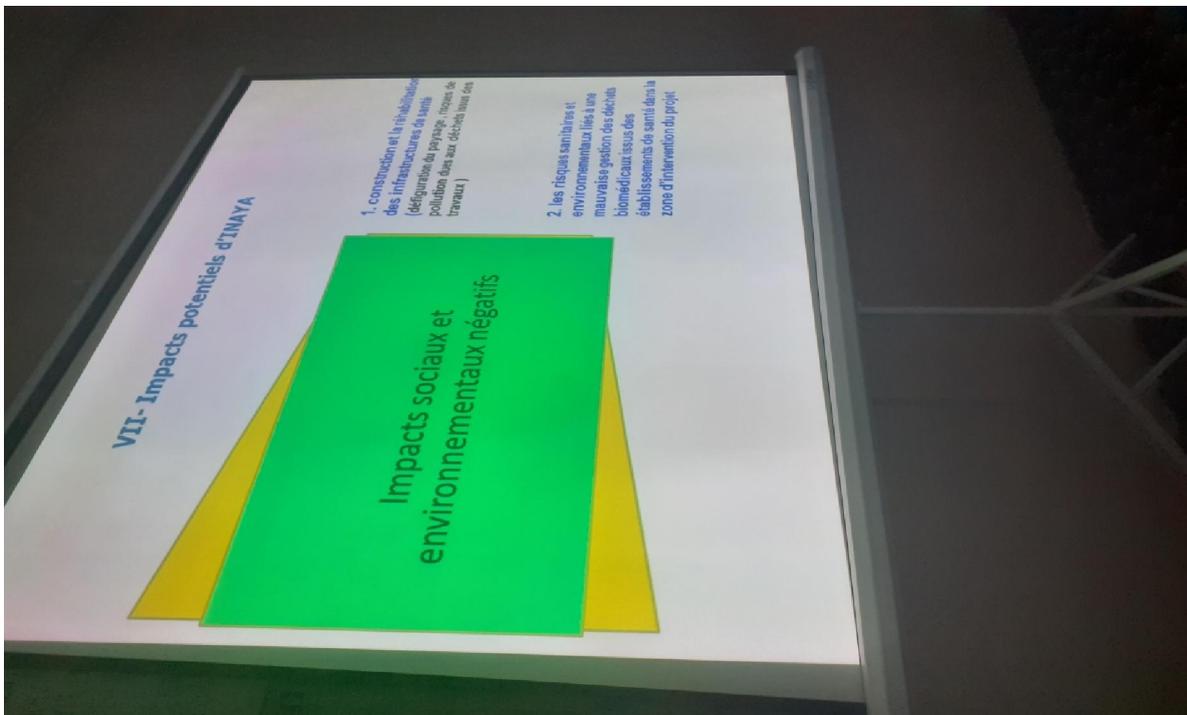
Rapporteurs pour la rédaction du PV :

- Mr Amadou Ahmed Diallo Chef de service du SNIS et de la surveillance épidémiologique au niveau de la DRAS
- Mr El Mamy O/ El Khair Président de l'ONG COAN

L'ouverture officielle a été présidée par Monsieur le DRAS du Hodh Charghi. Dans son allocution, il a souligné l'importance de cette rencontre et a demandé aux participants d'apporter leurs contributions pour la réussite de ce projet. Ensuite la parole a été donnée au Médecin Chef de la CSM de Néma qui a présenté les composantes suivantes :

- 1. Un aperçu sur l'historique** : il s'agit entre autres de la genèse du projet INAYA ; du financement basé sur les résultats en République Islamique de Mauritanie ; de la réalisation de deux études sur la faisabilité du FBR ; de la conception d'un projet pilote 2017-2021 ; de l'évaluation de l'impact social et environnemental négatif et positif ;
- 2. L'objectif du projet INAYA** : il s'agit d'un projet d'appui au système de santé dont l'objectif est d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, fi Mr El Mamy O/ El Khair financé conjointement par la Banque Mondiale et le Budget ETAT





Dans l'ensemble, les acteurs rencontrés ont bien apprécié la conception du projet INAYA et ont reconnu la pertinence des objectifs proposés pour le projet. Au terme des discussions/débats, des suggestions et des recommandations suivantes ont été retenues :

- Assurer une implication effective des représentants de la population durant la conception, la mise en œuvre et l'évaluation finale du projet
- Financer des activités génératrices de revenu au profit des ménages au lieu de distribuer l'argent cash
- S'assurer du choix des technologies adaptées au contexte du pays pour la gestion des déchets biomédicaux
- Former les utilisateurs sur la Gestion des Déchets Biomédicaux
- Renforcer le volet communication pour une bonne implication des populations

Pour les rapporteurs

Mr Amadou Ahmed Diallo

Mr El Mamy O/ El Khair

Pour la présidence de la séance

Dr Mohamed Ould Ahmed

8 Annexes

8.2 Canevas PGES simplifié

PARTIE A : INSTITUTIONNEL & ADMINISTRATIF					
Pays					
Titre du projet					
Champ d'application du projet et activité					
Dispositions institutionnelles (Nom et contacts)			Contrepartie locale et/ou Bénéficiaire Voir Gestion		
Dispositions de mise en œuvre (Nom et contacts)		Supervision des garanties Personnel de l'équipe de sauvegarde de la Banque mondiale	Supervision de la contrepartie locale	Supervision de l'inspection locale	Contractant
DESCRIPTION DU SITE					
Nom du site					
Décrire la localisation du site		Annexe 1: Plan du site []O []N			
A qui appartient le terrain ?					
Description géographique					
LÉGISLATION					
Identifier la législation et les permis nationaux & locaux qui s'appliquent à l'activité du projet					
CONSULTATION PUBLIQUE					
Identifier quand / où le processus de consultation publique a eu lieu					
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES					
Y-aura-t-il un renforcement des capacités ?		[] N ou [] O si			

PARTIE B : ANALYSE ENVIRONNEMENTALE /SOCIALE			
L'activité du site inclura-t-elle ou impliquera-t-elle l'un ou l'autre des problèmes et/ou impacts potentiels suivants :	Activité et problèmes et/ou impacts potentiels	Situation	Références additionnelles
	1. Réhabilitation de bâtiment <ul style="list-style-type: none"> Trafic de véhicules propre au site Augmentation du volume de poussière et de bruit en raison des activités de démolition et/ou construction Déchets de construction 	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Voir section B ci-dessous
	2. Système individuel de traitement des eaux usées <ul style="list-style-type: none"> Effluent et/ou déversements dans les eaux réceptrices 	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Voir section C ci-dessous
	3. Substances dangereuses ou toxiques ³ <ul style="list-style-type: none"> Retrait et élimination de déchets de démolition et/ou construction toxiques et/ou dangereux Entreposage d'huiles et lubrifiants pour machines 	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Voir section D ci-dessous
4. Manipulation /gestion de déchets médicaux <ul style="list-style-type: none"> Déchets cliniques, objets tranchants, produits pharmaceutiques (déchets chimiques cytotoxiques et dangereux), déchets radioactifs, déchets domestiques organiques, déchets domestiques non organiques Élimination sur site et hors site de déchets médicaux 	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Voir section E ci-dessous	
ACTIVITÉ	PARAMÈTRE	LISTE DE CONTRÔLE DES MESURES D'ATTÉNUATION MODÈLES	
A. Conditions générales	Notification et Sécurité des travailleurs	(a) Les communautés locales et les services d'inspection des constructions et de l'environnement ont été informés des prochaines activités (b) Le public a été informé des travaux moyennant notification appropriée dans les médias et/ou sur les sites d'accès public (notamment le site des travaux) (c) Tous les permis exigés par la loi (notamment, mais à titre non exhaustif, les permis portant sur l'utilisation des terrains, des ressources, les permis de déversement, les permis d'inspection sanitaire) ont été obtenus pour les activités de construction et/ou réhabilitation (d) Tous les travaux seront effectués d'une manière sûre et ordonnée afin de minimiser les impacts sur les résidents et l'environnement avoisinants. (e) Les équipements de protection individuelle des travailleurs seront conformes aux bonnes pratiques internationales (port de casques dans tous les cas, masques, lunettes de protection, harnais et chaussures de sécurité si nécessaire) (f) Une signalisation appropriée sur les sites informera les travailleurs des principales règles et réglementations à suivre .	
B. Activités générales de réhabilitation et/ou de construction	Qualité de l'air	(a) Pendant les activités de démolition d'intérieur, des dispositifs de collecte de débris doivent être utilisés à partir du premier étage (b) Les débris de démolition doivent être maintenus dans une zone contrôlée et de l'eau doit être pulvérisée afin de réduire la poussière des débris (c) Éliminer la poussière pendant les activités de forage pneumatique et de destruction des murs moyennant vaporisation continue d'eau et/ou installation d'écrans anti-poussière sur le site (d) Maintenir le milieu environnant (trottoirs, routes) libre de débris, afin de minimiser la quantité de poussière	

³ Les substances toxiques/dangereuses comprennent, à titre non exhaustif, l'amiante, les peintures toxiques, les produits d'élimination de peinture à base de plomb, etc.

		(e) Aucun feu à l'air libre de matériaux de construction/déchets ne sera effectué sur le site (f) Les véhicules de construction ne s'attarderont pas excessivement sur les sites
	Bruit	(a) Le bruit des activités de construction sera restreint à l'horaire convenu dans le permis (b) Pendant leur fonctionnement, les couvercles des moteurs des générateurs, des compresseurs d'air et d'autres équipements mécaniques devront être fermés, et les équipements seront placés aussi loin que possible des zones résidentielles
	Qualité de l'eau	(a) Le site mettra en place des mesures appropriées de contrôle de l'érosion et des sédiments, comme des balles de foin et/ou des barrières de limons afin de prévenir le déplacement des sédiments du site et la génération d'une turbidité excessive dans les cours d'eau et rivières avoisinantes.
	Gestion des déchets	(a) Les voies d'acheminement et les sites pour la collecte et l'élimination des déchets seront identifiées pour les principaux types de déchets habituellement générés par les activités de démolition et de construction. (b) Les déchets minéraux de construction et de démolition seront séparés des déchets généraux, des déchets organiques, liquides et chimiques moyennant un tri effectué sur le site et seront placés dans des conteneurs appropriés. (c) Les déchets de construction seront recueillis et éliminés de manière appropriée par des ramasseurs agréés (d) Des registres d'élimination des déchets seront maintenus comme justificatifs pour la gestion appropriée prévue. (e) Les cas échéant, le contractant réutilisera et recyclera les matériaux appropriés et viables (à l'exception de l'amiante)
D. Système individuel de traitement des eaux usées	Qualité de l'eau	(a) L'approche au traitement des déchets sanitaires et des eaux usées provenant des sites de construction (installation ou reconstruction) doit être approuvée par les autorités locales (b) Avant d'être déversés dans les eaux réceptrices, les effluents provenant de systèmes individuels d'eaux usées doivent être traités afin de satisfaire aux critères minimaux de qualité établis par les directives nationales relatives à la qualité des effluents et au traitement des eaux usées (c) Un contrôle des nouveaux systèmes d'eaux usées (avant/après) sera effectué
E. Substances toxiques	Gestion de l'amiante	(a) Si de l'amiante est détectée sur le site du projet, elle doit être signalée clairement comme substance dangereuse (b) Si possible, l'amiante sera confinée de manière appropriée et scellée afin de minimiser l'exposition (c) Avant son retrait (si un tel retrait est nécessaire), l'amiante sera traitée avec un agent humidifiant afin de minimiser la quantité de poussière d'amiante (d) L'amiante sera traitée et éliminée par des professionnels qualifiés et expérimentés (e) Si des matériaux contenant de l'amiante doivent être entreposés de manière temporaire, les déchets doivent être placés en toute sécurité dans des conteneurs fermés et signalés de manière appropriée (f) L'amiante retirée ne sera pas réutilisée
	Gestion des déchets toxiques/dangereux	(a) L'entreposage temporaire sur le site de toutes substances dangereuses ou toxiques sera effectué dans des conteneurs sûrs indiquant les données de composition, les propriétés et les informations de manipulation desdites substances (b) Les conteneurs de substances dangereuses doivent être placés dans un conteneur étanche aux fuites afin de prévenir tout écoulement et toute fuite (c) Les déchets sont transportés par des transporteurs spécialement agréés et sont éliminés sur un site habilité à cet effet. (d) Les peintures contenant des ingrédients ou des solvants toxiques ou les peintures à base de plomb ne seront pas utilisées
H. Élimination des déchets médicaux	Infrastructure pour la gestion des déchets médicaux	(a) Conformément aux réglementations nationales, le contractant veillera à ce que les installations médicales réhabilitées et/ou de nouvelle construction comprennent une infrastructure suffisante pour la manipulation et l'élimination des déchets médicaux. Ceci inclut, à titre non exhaustif : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Installations spéciales pour la ségrégation des déchets médicaux (notamment les instruments et "objets tranchants" utilisés, et les tissus et fluides humains) des autres déchets à éliminer :

		<ul style="list-style-type: none">a. Déchets cliniques : sachets et conteneurs jaunesb. Objets tranchants – Conteneurs/cartons spécifiquement résistants aux perforationsc. Déchets ménagers (non organiques) : sachets et conteneurs noirs <ul style="list-style-type: none">▪ Installations d'entreposage appropriées pour les déchets médicaux ; et▪ Si l'activité comprend le traitement sur le site, des options appropriées pour l'élimination doivent être en place et opérationnelles
--	--	--

PARTIE C : PLAN DE CONTRÔLE							
Phase	Quoi (Quel paramètre doit être contrôlé ?)	Où (le paramètre doit-il être contrôlé ?)	Comment (le paramètre doit-il être contrôlé ?)	Quand (Définir la fréquence la /ou le caractère continu ?)	Pourquoi (Le paramètre doit-il être contrôlé ?)	Coût (si non compris dans le budget du projet)	Qui (est responsable du contrôle ?)
Pendant la préparation de l'activité							
Pendant la mise en œuvre de l'activité							
Pendant la supervision de l'activité							

8.3 TDR du consultant recruté pour l'appui à la mise en des activités du CGES

Contexte et justification

Le Gouvernement de la République Islamique de Mauritanie réalise, avec l'appui de la Banque Mondiale, le Projet d'appui au système de santé «INAYA», dont l'objectif est d'améliorer l'utilisation des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) en utilisant l'approche Financement Basé sur les Résultats (FBR).

L'amélioration des services de santé de qualité et l'augmentation de la demande de ces services risquent d'avoir des impacts plus ou moins importants sur l'environnement par l'augmentation potentielle des déchets biomédicaux inhérent aux services de soins. Afin de minimiser ces effets négatifs potentiels, le projet appliquera les mesures prévues dans le plan national de gestion des déchets biomédicaux 2017-2021, élaboré par le Ministère de la Santé.

La Direction de l'hygiène publique au Ministère de la santé est la responsable de la mise en œuvre du Cadre de Gestion Environnementale et Sociale du projet INAYA (CGES). Elle recevra une assistance technique pour maîtriser et améliorer la gestion des déchets biomédicaux et des autres aspects environnementaux particulièrement dans la zone pilote.

A cet effet, le CGES a prévu le recrutement d'une assistance technique spécialisée dans la gestion ES au profit de la DHP.

Objectifs

Fournir une assistance technique permanente en gestion environnementale y compris la GDBM au profit à la DHP en veillant au transfert des compétences et à la capacitation de l'équipe de ladite direction.

Responsabilités et Tâches

Sous la supervision du directeur de la DHP, le consultant est chargé des tâches suivantes :

- Veiller à la conformité de mise en œuvre des sous projets aux politiques sauvegardes environnementales applicables au projet ;
- Superviser et suivre le processus de mise en œuvre des instruments de sauvegarde environnementale du projet sur le terrain ;
- Assurer le suivi technique des activités de planification sur les aspects environnementaux / gestion durable des ressources ;
- Veiller à la prise en compte des aspects environnementaux dans toutes les activités du projet y compris dans la conception des travaux de génie civile
- Travailler en étroite collaboration avec l'équipe chargée des sauvegardes sociales afin d'assurer la conformité du projet avec les instruments de sauvegarde environnementale et sociale et le suivi de leur mise en œuvre sur le terrain ;
- Former et encadrer les prestataires, le niveau central et décentralisé sur les SES
- Exécuter toutes tâches qui lui sont confiées par le Directeur de la DPH et qui sont en relation avec les tâches définies dans ses TDR.

Le mandat du Spécialiste en Environnement est de :

- Analyser les activités pour apprécier l'adéquation avec les exigences et les orientations du cadre de gestion environnementale du projet ;
- Valider la classification environnementale des sous-projets et confirmation des mesures de mitigation y afférentes

- Valider, en collaboration avec les équipes concernées du MS, des TDR et des Plans de Gestion Environnementale et Sociale et faciliter le recrutement de consultants et bureaux d'études qualifiés pour mener lesdites études ; Veiller à la prise en compte effective des enjeux environnementaux à toutes les étapes
- Assurer le suivi des indicateurs environnementaux d'évaluation et de suivi inclus dans les instruments de sauvegarde environnementale du projet (indicateurs de procédures, d'impacts et de résultats);
- Assurer le suivi, l'évaluation, la supervision et l'évaluation rétrospective des différentes activités et sous-projets du projet en vue d'apprécier l'effectivité de la prise en compte des mesures environnementales et sociales ;
- Définir les procédures d'élaboration, de diffusion, d'application et de mise à jour des directives environnementales du projet et veiller à leur application ;
- Coordonner et superviser, le renforcement des capacités des agences d'exécution et autres maîtres d'ouvrage délégués du projet sur les questions environnementales et sociales dans les projets ;
- Faire connaître et respecter les procédures de « Screening » et de préparation des évaluations environnementales et sociales et des plans de gestion y afférents ;
- Animer des ateliers de renforcement de capacités en matière de gestion de l'environnement
- Veiller à l'actualisation, en cas de besoin, des documents de sauvegardes environnementales (Cadre de gestion environnementale et sociale) et à la préparation des outils additionnels nécessaires au titre des activités du projet ;

Qualifications requises :

Le consultant doit avoir le profil suivant :

- Diplôme supérieur en gestion environnementale (BAC+4)
- Expertise attestée en Gestion des déchets biomédicaux,
- Trois années d'expérience professionnelle dans le domaine de la gestion environnementale ; une expérience dans des projets financés par l'IDA sera considérée comme un atout,
- Une bonne maîtrise de l'outil informatique (notamment les logiciels Word, Excel, Access, etc.).
- Aptitude à assister et à former le personnel dans le domaine de la gestion E&S
- Aptitude à travailler dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire et une capacité à travailler sous pression et dans les délais ;
- Le candidat devra maîtriser parfaitement le Français. La connaissance de l'Arabe sera considérée comme un atout

Durée du contrat

Le contrat avec le consultant sera d'un (1) an renouvelable par reconduction sous réserve de l'évaluation annuelle satisfaisante de ses performances.