Annexe 3. Modèle pour le protocole d’étude

Évaluation des problèmes de santé publique dans les communautés d’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or et des capacités du système de santé local à y répondre

Note concernant le modèle

L’élaboration de plans d’action nationaux (PAN) concernant l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or (EMAPE) constitue une obligation aux termes de l’Article 7 de la Convention de Minamata sur le mercure pour chaque Partie qui constate que les activités d’EMAPE menées sur son territoire sont non négligeables. Ces PAN doivent prévoir une stratégie de santé publique relative à l’exposition des mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et de leurs communautés. Afin d’aider les pays à élaborer de telles stratégies, l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) a préparé un guide pas-à-pas visant à faciliter la conduite d’une évaluation sanitaire rapide et d’une évaluation des capacités institutionnelles. Ces deux types d’évaluations, mises préalablement à l’essai au Ghana, au Mozambique et au Nigéria (2017-2019), offrent une base utile pour définir une stratégie nationale adéquate de santé publique. Le présent modèle de protocole d’étude est une annexe du *Guide pas-à-pas pour l’élaboration d’une stratégie de santé publique concernant l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or dans le cadre de la Convention de Minamata sur le mercure*, qui s’appuie donc sur les protocoles de recherche ayant été élaborés pour les études pilotes.

Ce modèle est destiné à faciliter la planification détaillée des évaluations et l’obtention des approbations auprès des comités d’éthique. Il doit fondamentalement être complété par des informations propres à chaque pays ou contexte (cf. instructions entre crochets) et potentiellement restructuré ou davantage développé de manière à satisfaire aux exigences du comité d’éthique concerné.

Protocole de recherche

Intitulé de l’étude

Évaluation des problèmes de santé publique dans les communautés d’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or et des capacités du système de santé local à y répondre en/au [nom du pays]

|  |  |
| --- | --- |
| Type d’étude | Étude ayant recours à la collecte de données personnelles relatives à la santé et non à celle de matériel biologique humain. |
| Investigateur principal | [Indiquez le nom, la profession, l’établissement ou l’organisation et les coordonnées (adresse e-mail, numéro de téléphone) de tous les investigateurs et coordinateurs] |
| Co-investigateur |  |
| Coordinateur(s) de projet  |  |
| Durée de l’étude |  |
| Version et date du protocole |  |

Page de signatures

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de l’étude | Évaluation des problèmes de santé publique dans les communautés d’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or et des capacités du système de santé local à y répondre en/au [nom du pays] |

Par les présentes, les parties signataires s’engagent à réaliser toutes les activités de recherche conformément au protocole d’étude (version [X], [date]) et à suivre les Lignes directrices internationales d’éthique pour la recherche en matière de santé impliquant des participants humains élaborées par le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales et l’Organisation mondiale de la Santé ainsi que la Déclaration d’Helsinki et les obligations légales locales applicables en/au [nom du pays].

Au nom de [nom de l’établissement de l’investigateur principal] :

|  |  |
| --- | --- |
| [lieu, date] | [nom de l’investigateur principal] |

Au nom de [nom de l’établissement du co-investigateur] :

|  |  |
| --- | --- |
| [lieu, date] | [nom du co-investigateur] |

Au nom de [nom de l’établissement du/des coordinateur(s) de projet] :

|  |  |
| --- | --- |
| [lieu, date] | [nom du/des coordinateur(s)] |
|  |  |

Table des matières

[Abréviations 6](#_Toc70927170)

[Équipe d’étude et structure administrative 7](#_Toc70927171)

[1. Introduction 8](#_Toc70927172)

[1.1 Extraction minière artisanale et à petite échelle d’or et santé 8](#_Toc70927173)

[1.2 Fondements de l’étude 8](#_Toc70927174)

[1.3 Liens politiques et engagement politique 11](#_Toc70927175)

[2. But et objectifs 12](#_Toc70927176)

[3. Méthodologie 14](#_Toc70927177)

[3.1 Plan d’étude 14](#_Toc70927178)

[3.2 Sites de l’étude 14](#_Toc70927179)

[3.3 Population à l’étude et taille de l’échantillon 16](#_Toc70927180)

[3.4 Activités de mobilisation et de sensibilisation des communautés 18](#_Toc70927181)

[3.5 Collecte des données et outils 21](#_Toc70927182)

[3.5.1 Revue de la documentation 21](#_Toc70927183)

[3.5.2 Entretiens avec des informateurs clés 21](#_Toc70927184)

[3.5.3 Groupes de discussion 21](#_Toc70927185)

[3.5.4 Évaluation des établissements de santé 22](#_Toc70927186)

[3.5.5 Observation directe 22](#_Toc70927187)

[3.5.6 Synthèse de la collecte des données 23](#_Toc70927188)

[3.6 Gestion des données 26](#_Toc70927189)

[3.6.1 Enregistrement des données 26](#_Toc70927190)

[3.6.2 Protection des données et confidentialité 26](#_Toc70927191)

[3.6.3 Propriété et communication des données 26](#_Toc70927192)

[3.7 Analyse des données 27](#_Toc70927193)

[3.7.1 Ensembles de données à analyser 27](#_Toc70927194)

[3.7.2 Analyse des données et établissement de rapports 27](#_Toc70927195)

[4. Considérations éthiques 29](#_Toc70927196)

[4.1 Respect des principes éthiques dans l’étude 29](#_Toc70927197)

[4.2 Évaluation des risques/bénéfices et protection des participants 29](#_Toc70927198)

[4.3 Consentement éclairé et information des patients 34](#_Toc70927199)

[4.4 Amendements et modifications 34](#_Toc70927200)

[5. Établissement de rapports et communication 35](#_Toc70927201)

[5.1 Notification des résultats 35](#_Toc70927202)

[5.2 Atelier multipartite national 35](#_Toc70927203)

[5.3 Retour d’informations aux communautés 36](#_Toc70927204)

[5.4 Processus décisionnel et répercussions en termes de politiques 36](#_Toc70927205)

[6. Calendrier de l’étude 38](#_Toc70927206)

[7. Financement et soutien 40](#_Toc70927207)

[Bibliographie 41](#_Toc70927208)

[Appendice A. Article 7 de la Convention de Minamata : extraction minière artisanale et à petite échelle d’or 43](#_Toc70927209)

[Appendice B. Annexe C de la Convention de Minamata : plans d’action nationaux 44](#_Toc70927210)

[Appendice C. Guide des annexes 45](#_Toc70927211)

Tableaux

Tableau 1. Sites potentiels de l’étude en/au [nom du pays] 14

Tableau 2. Groupes de participants et établissements de santé cibles 15

Tableau 3. Tailles estimatives des échantillons 17

Tableau 4. Tableau de synthèse de la collecte des données 23

Tableau 5. Calendrier de l’étude 38

Figures

Figure 1. Triangulation méthodologique 13

# Abréviations

CIOMS Conseil des organisations internationales des sciences médicales

EES évaluation des établissements de santé

EIC entretien avec des informateurs clés

EMAPE extraction minière artisanale et à petite échelle d’or

FGD groupe de discussion (*focus group discussion*)

OMS Organisation mondiale de la Santé

ONG Organisation non gouvernementale

ONUDI Organisation des Nations Unies pour le développement industriel

PAN plan d’action national

PNUE Programme des Nations Unies pour l’environnement

# Équipe d’étude et structure administrative

|  |  |
| --- | --- |
| Investigateur principal, responsable de l’évaluation sanitaire, expert technique | [nom][Organisation ou établissement (adresse) et coordonnées (e-mail et numéro de téléphone) de chaque membre de l’équipe] |
| Co-investigateur, expert technique |  |
| Investigateur local |  |
| Conseiller technique |  |
| Assistant, organismes des Nations Unies |  |
| Agent de mobilisation sociale I |  |
| Agent de mobilisation sociale II |  |
| Logisticien local |  |
| Agent local de liaison auprès des universités |  |
| Agent local de coordination intergouvernementale |  |
| Expert technique, évaluation sanitaire |  |
| Coordinateur de projet |  |

# 1. Introduction

## 1.1 Extraction minière artisanale et à petite échelle d’or et santé

L’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or (EMAPE) désigne, de manière générale, l’exploitation de petits gisements d’or par des individus, des petits groupes ou des petites coopératives *(1)*. L’EMAPE est un travail à haute intensité de main-d’œuvre employant des méthodes non ou peu mécaniques et avec des taux de récupération potentiellement bas. Le secteur est généralement caractérisé par de faibles niveaux d’investissements, de productivité et de sécurité au travail et par un accès limité aux terres et aux marchés. Pratiquée dans plus de 70 pays, l’EMAPE impliquerait 10 à 15 millions de personnes, dont 4 à 5 millions de femmes et 1 million d’enfants, et affecterait les moyens de subsistance de 80 à 100 millions d’individus *(2, 3)*. Elle représente une activité essentielle dans de nombreux pays en développement, en tant que source principale et supplémentaire de revenu, notamment dans les régions rurales où les alternatives économiques à l’agriculture sont limitées. On estime que le secteur de l’EMAPE contribue à la production aurifère mondiale à hauteur de 25 % environ *(4)*. [Veuillez développer cette section d’introduction en modifiant le premier paragraphe et en ajoutant un paragraphe proposant des informations générales sur les activités d’EMAPE réalisées dans le pays à l’étude (par exemple, effectifs dans ce secteur, problèmes de santé connus associés à l’EMAPE, facteurs motivant la conduite de nouvelles recherches).]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

Les risques sanitaires associés à l’EMAPE peuvent être classés en plusieurs catégories : risques chimiques (par ex. mercure, cyanure, arsenic, plomb), risques biologiques (par ex. maladies véhiculées par l’eau et les déchets, infections sexuellement transmissibles), risques biomécaniques (par ex. traumatismes, surmenage), risques physiques (par ex. bruit, faibles niveaux d’oxygène) et risques psychosociaux (par ex. consommation abusive de drogues, stress, fatigue) *(5)*.

De nombreux pays prennent des mesures concrètes pour réduire et, si possible, éliminer l’utilisation du mercure dans les processus d’EMAPE. Cependant, un coût faible, une utilisation facile et une grande disponibilité font de l’amalgamation au mercure la pratique privilégiée pour l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or. Ainsi, le mercure est utilisé dans l’EMAPE dans plus de 70 pays, faisant de ce secteur celui où la demande pour cette substance est la plus importante à l’échelle mondiale, avec une utilisation estimée à environ 1 600 tonnes par an. L’EMAPE est également considérée comme la plus grande source d’émissions anthropiques de mercure dans l’environnement *(4, 6)*.

## 1.2 Fondements de l’étude

La Convention de Minamata sur le mercure, adoptée en 2013, est un traité environnemental international visant à protéger la santé humaine et l’environnement contre les émissions et rejets anthropiques de mercure et de ses composés *(7)*. La Convention porte le nom de la ville japonaise de Minamata qui a connu un incident dévastateur d’empoisonnement au mercure. Selon le paragraphe 3(a) de l’Article 7 (cf. Appendice A du présent document), la Convention de Minamata sur le mercure impose à chaque Partie qui constate que les activités d’EMAPE menées sur son territoire sont non négligeables d’élaborer et de mettre en œuvre un plan d’action national (PAN) conformément à l’Annexe C de la Convention (cf. Appendice B du présent document).

Le paragraphe 1(h) de l’Annexe C stipule que le PAN doit définir une stratégie de santé publique relative à l’exposition des mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et de leurs communautés. La stratégie de santé publique devrait prévoir, entre autres, la collecte de données sanitaires, la formation du personnel des services de santé et la sensibilisation par l’intermédiaire des établissements de santé. L’Organisation mondiale de la Santé a préparé le document *Guide pas-à-pas pour l’élaboration d’une stratégie de santé publique concernant l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or dans le cadre de la Convention de Minamata sur le mercure* pour aider les ministères de la Santé à élaborer des stratégies de santé publique relatives à l’EMAPE *(8)*. Le document d’orientation de l’OMS pourra également servir de base à l’élaboration d’autres contenus du PAN visés à l’Annexe C, en particulier aux paragraphes 1(i) et 1(j), lesquels imposent de faire figurer dans le PAN, respectivement, des stratégies visant à prévenir l’exposition des populations vulnérables, notamment les enfants et les femmes en âge de procréer, en particulier les femmes enceintes, au mercure utilisé dans l’EMAPE, et des stratégies pour informer les mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et les communautés touchées.

Cette initiative de l’OMS a été fondée en réponse à la résolution WHA67.11 de l’Assemblée mondiale de la Santé (2014), laquelle reconnaît le rôle des ministères de la Santé dans la mise en œuvre de la Convention et invite l’OMS à fournir un appui technique à cet égard. L’OMS a ainsi défini une approche de recherche comprenant une série d’outils d’aide pour l’élaboration de stratégies de santé publique relatives à l’EMAPE. L’Organisation a réalisé des essais pilotes sur l’utilisation de cette approche et des outils connexes dans trois pays africains, à savoir le Ghana, le Mozambique et le Nigéria, où (a) les activités d’EMAPE étaient particulièrement étendues et qui (b) avaient amorcé l’élaboration d’un PAN au moment de l’étude.

L’évaluation de la situation sanitaire a pour objectif spécifique de générer une base factuelle initiale concernant les problèmes de santé prioritaires rencontrés par les mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et leurs communautés et de fournir une analyse initiale des capacités dont dispose le système de santé pour répondre à ces problèmes. Ces informations devraient ensuite permettre d’identifier les priorités et les interventions à intégrer dans la stratégie de santé publique du PAN. L’évaluation de la situation sanitaire se veut être une étude préliminaire. Elle n’a pas vocation à offrir un aperçu épidémiologique détaillé des impacts de l’EMAPE sur la santé.

Le présent protocole d’étude décrit la méthodologie de l’évaluation de la situation sanitaire, laquelle comprend des consultations communautaires, des entretiens individuels et une évaluation des établissements de santé (EES). Parallèlement, une évaluation des capacités institutionnelles sera conduite, afin de déterminer les capacités globales du système de santé aux niveaux national et sous-national – mais pas local – à identifier, prévenir et prendre en charge les problèmes sanitaires associés à l’EMAPE, notamment l’exposition au mercure. Cette évaluation n’est cependant pas abordée dans le présent protocole.

[Veuillez développer cette section en modifiant les paragraphes et en ajoutant des informations complémentaires concernant les objectifs de votre évaluation de la situation sanitaire et l’utilisation du guide pas-à-pas de l’OMS.]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

La présente étude consiste en un essai pilote des orientations formulées par l’OMS (en particulier du protocole d’étude) pour aider à évaluer les problèmes de santé publique dans un contexte d’EMAPE. L’évaluation de la situation sanitaire a pour objectif spécifique de générer une base factuelle initiale concernant les problèmes de santé prioritaires rencontrés par les mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et leurs communautés et de fournir une analyse initiale des capacités dont dispose le système de santé pour répondre à ces problèmes. Ces informations devraient ensuite permettre d’identifier les priorités et les interventions à intégrer dans la stratégie de santé publique du PAN.

L’évaluation de la situation sanitaire se veut être une étude préliminaire. Elle n’a pas vocation à offrir un aperçu épidémiologique détaillé des impacts de l’EMAPE sur la santé. Les méthodes et outils ont été conçus dans le but d’obtenir une vue d’ensemble préliminaire et, si possible, représentative des problèmes de santé auxquels les mineurs et leurs communautés sont confrontés, ainsi que de la capacité des établissements de santé à répondre à leurs besoins sanitaires spécifiques.

Les connaissances et les enseignements tirés des expériences pilotes menées dans les trois pays serviront de base pour consolider le protocole et formuler une série de recommandations adaptées au contexte national, sur lesquelles les pays pourront s’appuyer pour élaborer leurs stratégies de santé publique dans le cadre du PAN. L’évaluation de la situation sanitaire a pour objectifs d’identifier les comportements des mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle en matière de recherche de soins, de cerner les perceptions des mineurs et de leurs proches concernant les risques associés à l’EMAPE et d’évaluer les capacités et disponibilités relatives des systèmes de santé locaux pour répondre aux problèmes sanitaires liés à l’EMAPE.

Le présent protocole d’étude décrit la méthodologie de l’évaluation de la situation sanitaire, laquelle comprend des consultations communautaires, des entretiens individuels et des EES.

Parallèlement, une évaluation des capacités institutionnelles sera conduite, afin de déterminer les capacités globales du système de santé aux niveaux national et sous-national – mais pas local – à identifier, prévenir et prendre en charge les problèmes sanitaires associés à l’EMAPE, notamment l’exposition au mercure. Cette évaluation n’est cependant pas abordée dans le présent protocole.

## 1.3 Liens politiques et engagement politique

[Veuillez décrire ici l’engagement de votre pays dans la Convention de Minamata et les liens, rôles et responsabilités politiques de l’ensemble des autorités nationales et internationales concernées dans le contexte de la Convention (par ex. ministères, OMS, etc.).]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

Le Nigéria a signé la Convention de Minamata en 2013. Le pays a, de plus, formellement notifié au Secrétariat de la Convention de Minamata que les activités d’EMAPE menées sur son territoire étaient non négligeables. Par conséquent, le Nigéria est tenu d’élaborer un PAN prévoyant une stratégie de santé publique relative à l’exposition au mercure des mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et de leurs communautés.

En vertu de la Convention, ces PAN doivent être formellement approuvés par le gouvernement concerné et soumis au Secrétariat de la Convention au plus tard trois ans après l’entrée en vigueur de la Convention ou dans un délai de trois ans à compter de la date de la notification adressée au Secrétariat, la date la plus tardive étant retenue. La Convention de Minamata sur le mercure est entrée en vigueur le 16 août 2017.

Des activités liées au PAN sont officiellement en cours au Nigéria. Ce processus bénéficie de l’appui de l’Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI) et du soutien financier du Fonds pour l’environnement mondial (FEM). L’OMS a accepté, sur demande de l’ONUDI, de participer à l’exécution (conjointement avec le ministère de la Santé concerné) des composantes sanitaires des activités du PAN mises en œuvre dans chaque pays.

L’ONUDI et le gouvernement nigérian ont nommé le ministère fédéral de l’Environnement en tant que principal organisme national chargé de la coordination et de l’exécution de ce projet. Cette autorité administrative responsable de la protection de l’environnement constitue l’autorité nationale désignée de la Convention de Minamata sur le mercure.

Le ministère du Développement des minéraux solides, l’institution responsable des activités liées à l’EMAPE au Nigéria, aura pour tâche d’établir l’évaluation nationale et de référence du secteur de l’EMAPE.

L’OMS, en collaboration étroite avec le ministère de la Santé, est l’organisme en charge de l’exécution des composantes sanitaires du projet.

L’ONUDI est l’organisme de mise en œuvre du Fonds pour l’environnement mondial dans le cadre du projet. Le chef de projet de l’ONUDI proposera des conseils techniques et assurera la coordination et le suivi des activités du projet. Par ailleurs, il devra passer en revue et approuver tous les plans de travail, les calendriers, les budgets et toutes les responsabilités du projet, afin d’en garantir la bonne exécution.

# 2. But et objectifs

Les sites d’EMAPE et leurs communautés sont diversifiés. Ils sont généralement caractérisés par un isolement relatif ainsi que par un accès limité à une eau potable salubre et à des services d’assainissement et de soins de santé adéquats. En général, les régions pratiquant l’EMAPE sont couvertes par le système de santé périphérique. Cependant, l’accessibilité, l’acceptabilité et l’abordabilité des soins de santé pour les mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle, leurs familles et, plus largement, les communautés sont particulièrement liées au contexte. Acquérir une meilleure compréhension des systèmes de soins de santé dans les régions de l’EMAPE constitue la pierre angulaire de la présente étude. C’est pourquoi aucune description détaillée concernant le type de système de soins en place dans les sites étudiés n’est proposée ici.

L’évaluation de la situation sanitaire à réaliser en/au [nom du pays] a pour finalité générale de servir de base à l’élaboration, par les organismes publics compétents (en matière de santé, etc.), de la stratégie de santé publique du PAN. Dans cette optique, l’évaluation poursuit les objectifs suivants : décrire l’ampleur des problèmes de santé publique associés à l’EMAPE, caractériser les comportements des mineurs en matière de recherche de soins, cerner les perceptions des mineurs et de leurs proches concernant les risques sanitaires associés à l’EMAPE et évaluer les capacités des systèmes de santé locaux à faire face aux problèmes que pose l’EMAPE.

Les pistes de recherche (et les hypothèses correspondantes) sur lesquelles s’appuie spécifiquement l’évaluation de la situation sanitaire sont présentées ci-après :

[Veuillez développer cette section en modifiant les paragraphes ci-dessus et en indiquant vos propres hypothèses et questions de recherche.]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

Pour décrire les problèmes de santé rapportés par les mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle d’or et les professionnels de santé qui vivent et travaillent dans les régions pratiquant l’EMAPE :

* Hypothèse 1 : il existe des différences entre les problèmes de santé prioritaires rapportés par les mineurs et ceux de la population locale (générale) selon les professionnels de santé et les statistiques locales de santé (si disponibles).

Pour décrire les perceptions des mineurs concernant les risques de santé :

* Hypothèse 2 : la compréhension et la perception chez les mineurs des risques associés aux activités d’EMAPE ne les incitent pas à adopter des pratiques plus sûres ou plus respectueuses de l’environnement ni à changer d’activité.

Pour décrire l’accès aux soins de santé, les comportements en matière de recherche de soins et les problèmes associés :

* Hypothèse 3 : les mineurs, leurs familles et, plus largement, les communautés rencontrent des difficultés pour accéder aux soins de santé.

Pour décrire les capacités et disponibilités du système de santé et les qualifications des professionnels de santé pour prendre en charge les problèmes sanitaires dont souffrent spécifiquement les mineurs, leurs familles et, plus largement, les communautés :

* Hypothèse 4 : les capacités du système de soins de santé, notamment au niveau local (autour des communautés de l’EMAPE), sont insuffisantes pour répondre aux problèmes de santé qui touchent spécifiquement les mineurs. Par ailleurs, il existe probablement des différences à l’échelle régionale et locale.

Les résultats ci-dessus permettront de définir les activités de sensibilisation et de protection de la santé qui répondent spécifiquement aux besoins locaux – notamment le type d’actions de plaidoyer à réaliser et leur niveau de mise en œuvre, le format et le contenu des ressources de sensibilisation, la nature des éventuelles activités de proximité à mettre en place et le niveau d’engagement et les responsabilités des différentes parties prenantes.

# 3. Méthodologie

## 3.1 Plan d’étude

Le projet consiste en une étude observationnelle fondée sur une approche transversale et une méthodologie mixte. Afin d’examiner l’interface entre les mineurs travaillant dans l’extraction minière aurifère artisanale et à petite échelle et le système de santé, des données qualitatives tirées d’entretiens et de séances de discussions, des données quantitatives collectées dans le secteur de la santé (statistiques sanitaires et EES) et des données issues d’observations directes seront rassemblées (Figure 1) *(9)*. Une telle triangulation méthodologique, combinant différentes formes de données et de perspectives, constitue un moyen important d’étayer une recommandation et est considérée, à ce titre, comme une méthodologie efficace à appliquer dans l’évaluation de la situation sanitaire *(10)* (cf. Annexe 1 du guide pas-à-pas)[[1]](#footnote-1).

[Veuillez adapter cette section selon votre propre plan d’étude en apportant les modifications correspondantes au paragraphe ci-dessus.]

Figure 1. Triangulation méthodologique



Statistiques
et littérature

Observations directes

Contributions des parties prenantes

Existence et
incidence de déterminants et de conséquences sanitaires en lien
avec l’EMAPE

*Source :* adapté de Winkler et al. *(9)*.

## 3.2 Sites de l’étude

[Veuillez indiquer les sites d’EMAPE choisis pour l’étude en détaillant les critères de sélection et les principales caractéristiques des mineurs, des communautés liées à l’EMAPE et des pratiques minières de chaque site.]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

L’étude sera mise en œuvre au Nigéria, un pays dont (a) les activités d’EMAPE menées sur son territoire sont non négligeables ; qui (b) a amorcé le processus d’élaboration d’un PAN ; et où (c) des organisations non gouvernementales (ONG), des associations communautaires et des organisations de la société civile (OSC) sont présentes.

Le secteur nigérian de l’EMAPE englobe des mineurs informels et sans qualification, ayant recours à des procédés et méthodes d’extraction de minerai rudimentaires. Les régions pratiquant l’EMAPE sont généralement situées dans des zones rurales et isolées, couvertes par le système de santé périphérique. Pour atteindre les objectifs décrits plus haut, notamment en ce qui concerne les capacités du système de santé à prendre en charge les problèmes sanitaires liés à l’EMAPE, les centres publics de soins primaires les plus proches et les hôpitaux de premier niveau correspondants dans les sites sélectionnés (c’est-à-dire, de l’étude) seront pris en compte. Les établissements de soins de santé primaires pourront inclure des postes sanitaires ou des centres de santé.

Les sites finalement choisis sont présentés au Tableau 1.

[Exemple de tableau] :

Tableau 1. Sites potentiels de l’étude en/au [nom du pays]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **État**  | **Zone d’administration locale** | **Poste administratif** | **Mines** | **Observations** |
| [Nom]  | [Nom] | [Nom] | [Nom(s)] | [Site 1] |
| [Nom] | [Nom] | [Nom] | [Nom(s)] | [Site 2] |
| [Vous pouvez ajouter d’autres sites] |  |  |  |  |

Ces deux sites ont été choisis sur la base des études et évaluations nationales de référence sur l’EMAPE conduites dans le pays sous les auspices du ministère fédéral des Mines et du Développement de l’acier en collaboration avec le ministère fédéral de l’Environnement, et ratifiées par le Groupe directeur national chargé de l’exécution du Plan d’action national sur l’utilisation du mercure dans le secteur de l’EMAPE au Nigéria. Le Niger et Osun figurent parmi les principaux États du Nigéria associés à l’EMAPE. Ces sites ont été choisis compte tenu des activités minières en cours sur ces territoires.

Dans ces deux sites, les communautés de l’EMAPE ne sont pas clairement décrites – ce que l’étude actuelle s’efforcera notamment de faire. En général, les communautés sont majoritairement composées d’agriculteurs de subsistance. Elles sont bien organisées autour d’institutions et de hiérarchies traditionnelles, incluant un dirigeant (ou chef) communautaire, des sages et des femmes et jeunes dirigeants. Un grand nombre des communautés vivant dans les régions minières sont dépourvues d’équipements de base tels que les infrastructures d’eau courante, d’enseignement ou de santé ; lorsqu’ils existent, ces équipements sont souvent vétustes. Les mineurs incluent en grande partie de jeunes hommes. Parfois, des enfants participent aux activités minières ; les femmes, rarement.

Le secteur de l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or s’inscrit dans une longue tradition dans les États du nord-ouest et du centre-nord du pays, notamment dans celui de Niger. Situé près du territoire de la capitale fédérale d’Abuja, au nord-ouest du Nigéria, l’État de Niger représente un énorme potentiel en matière de prospection minière, en particulier de l’or. L’extraction aurifère constitue une activité de subsistance, à la fois très éprouvante et dangereuse. Les mineurs et artisans impliqués dans toute la chaîne opérationnelle de l’EMAPE au Niger ne portent pas d’équipements de protection individuelle, ce qui accroît les risques pour leur santé et leur sécurité au travail. En 2016, on estimait la production aurifère à environ 4 391 onces. Les activités d’EMAPE sont principalement menées dans des zones reculées situées à des kilomètres de Minna, la capitale fédérale. Les principales communautés d’extraction minière d’or comprennent Gurmana (zone d’administration locale de Shiroro) et Pandogari (zone d’administration locale de Rafi). D’autres sites incluent Zumba, Gwada, Galadima, Kogo, Tashibo, Garafini, Shikira, Kpmakpma et Kadaura Zazzaga.

Situé au sud-ouest du Nigéria, l’État d’Osun offre également des perspectives en matière d’extraction minière d’or. Ce minerai a été observé pour la première fois en septembre 1940, à Owena River, au nord de la route reliant Ife à Ondo. Entre 1941 et 1952, plus de 50 onces d’or ont été extraites des sédiments fluviatiles *(11)*. Aujourd’hui, l’extraction de l’or se poursuit à une échelle commerciale dans l’État d’Osun et des opérations de prospection sont toujours en cours. Les activités d’EMAPE sont activement menées dans la zone d’administration locale d’Atakunmosa West, aux sites d’Ibodi et d’Osu, et dans celle d’Ilessa. À Osun, certains mineurs résident dans des zones très éloignées de leur lieu de travail.

## 3.3 Population à l’étude et taille de l’échantillon

Dans chaque site d’EMAPE, des entretiens avec des informateurs clés (EIC), des groupes de discussion (FGD) et des EES seront réalisés. Les groupes de participants à ces différents procédés de collecte de données sont présentés dans le Tableau 2.

[Exemple de tableau] :

Tableau 2. Groupes de participants et établissements de santé cibles

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entretiens avec des informateurs clés** | **Groupes de discussion** | **Évaluations des établissements de santé** |
| Fonctionnaires locauxAutorités sanitaires localesAutorités environnementales (sanitaires) localesProfessionnels de santé opérant dans les établissements de santé périphériques des sites d’EMAPEDirigeants de communautés Dirigeants de communautés associées à l’EMAPE OSC s’occupant d’aspects liés à l’EMAPE | Mineurs travaillant dans l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or Proches des mineursMembres de communautés entourant les sites d’EMAPE (sauf dirigeants)Autres groupes communautaires potentiellement pertinents identifiés au niveau local (par ex. agents de santé communautaires) | Centres publics de soins de santé primaires les plus proches qui desservent les communautés de l’EMAPEHôpitaux de recours pour les établissements de soins de santé primaires |

Les informateurs clés des EIC seront choisis parmi les groupes de participants, en privilégiant les représentants de la plus haute autorité de chaque groupe – par exemple, médecin-chef du district, spécialiste de l’hygiène du milieu du district, dirigeant de la communauté, dirigeant de la communauté de l’EMAPE (ou leurs supérieurs) ou bien directeur de l’établissement de soins de santé. D’autres informateurs clés pourront être identifiés selon la méthode d’échantillonnage en chaîne. Les EIC organisés dans chaque site d’EMAPE devraient offrir un échantillonnage exhaustif composé d’individus issus des différents groupes de participants (cf. Annexe 2 du guide pas-à-pas).

La personne menant le groupe de discussion et le partenaire local du site d’EMAPE et de la communauté associée procèderont, en coopération avec les dirigeants de la communauté locale ou de l’EMAPE et l’agent de santé communautaire, au recrutement des participants pour les FGD. Seules les personnes présentes dans la région pendant au moins deux saisons seront éligibles pour participer aux FGD, de sorte que les participants aient été exposés suffisamment longtemps aux conditions locales.

Des dispositions seront prises pour garantir une sélection aléatoire des participants en ce qui concerne le type de travail réalisé (par exemple, extraction de l’or, lavage de l’or ou travail au mercure), les conditions (par exemple, travailleurs saisonniers/annuels, travailleurs d’équipe de jour/de nuit) ou les caractéristiques démographiques (notamment l’âge). Pour ce faire, deux approches pourront être utilisées : les marches aléatoires ou l’échantillonnage par segments. Les FGD comprendront entre huit et dix participants, afin de permettre un échange participatif de 45 à 90 minutes. Des groupes de discussion spécifiques aux femmes et mixtes seront organisés.

En principe, un à deux établissements de soins de santé primaires publics (postes sanitaires ou centres de santé) desservant la communauté de l’EMAPE de chaque site devraient faire l’objet d’une visite et d’une EES. L’établissement de santé de premier niveau correspondant sera également inclus. Ce dernier sera important, dans la mesure où il sera susceptible de prendre en charge les cas les plus compliqués (et représentera donc un maillon essentiel dans le système d’orientation au sein du site d’EMAPE).

L’ensemble des participants aux EIC et aux FGD devront remettre un formulaire de consentement, à l’exception des mineurs d’âge et des personnes non en pleine possession de leurs moyens.

Il convient de noter que les participants aux FGD originaires des sites d’EMAPE pourront avoir des caractéristiques socio-démographiques (nationalité, milieu migrant, éducation) et des activités professionnelles diverses et variées, susceptibles de fausser les résultats. La sélection aléatoire des participants permettra de réduire tout risque de biais dans l’étude.

[Veuillez adapter les paragraphes ci-dessus selon votre plan d’étude. Précisez les tailles des échantillons choisis pour chaque site de l’étude et pour chaque méthode (EIC, FGD, EES) de façon séparée.]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

Le Tableau 3 présente les tailles estimatives des échantillons par pays, méthode de collecte des données, site et groupe de participants. Au total, 6 EIC, 12 FGD et 4 EES devraient être réalisés pour chaque pays, à raison de deux sites d’EMAPE par pays.

[Exemple de tableau] :

Tableau 3. Tailles estimatives des échantillons

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Participants** | **[Nom du pays] :** | **Total** |
| **Site 1** | **Site 2** |
| **EIC** | [Veuillez modifier les chiffres] | [Veuillez modifier les chiffres] |
|  | Fonctionnaires | 1 | 1 |  |
|  | Autorités sanitaires | 1 | 1 |  |
|  | Autorités environnementales | 1 | 1 |  |
|  | Professionnels de santé | 2-3 | 2-3 |  |
|  | Dirigeants de communautés locales et de communautés associées à l’EMAPE | 2-3 | 2-3 |  |
|  | Organisations de la société civile | 1-2 | 1-2 |  |
|  | **Total EIC** | **8**–**11** | **8**–**11** |  |
| **FGD** |  |  |  |
|  | Mineurs | 2-3 | 2-3 |  |
|  | Proches des mineurs | 2-3 | 2-3 |  |
|  | Membres de communautés associées à l’EMAPE | 2-3 | 2-3 |  |
|  | **Total FGD** | **6**–**9** | **6-9** |  |
| **EES** |  |  |  |
|  | Évaluations des établissements de santé | **2**–**3** | **2**–**3** |  |

## 3.4 Activités de mobilisation et de sensibilisation des communautés

Dans les sites d’EMAPE choisis, des activités de sensibilisation doivent être menées auprès des communautés avant d’entreprendre l’étude. Au préalable, des plans de mobilisation sociale seront élaborés à l’échelle nationale à partir du plan global défini pour tous les pays impliqués dans le projet (cf. Annexe 8 du guide pas-à-pas), avec le soutien des ministères de la Santé. Le plan de mobilisation sociale décrit les actions suivantes : (a) présentation du projet pilote à la communauté et invitation des dirigeants de la communauté et autres à participer ; (b) explication auprès de la population à l’étude des motifs et du déroulement de l’étude (durée et période d’évaluation, processus de sélection des participants et outils) ; (c) mise en place d’un espace d’échanges continus propice à l’engagement des différents groupes communautaires ; (d) définition des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes locales (par ex. organisations communautaires et OSC) comme point de départ d’une approche participative visant à favoriser l’engagement de la communauté ; (e) description des processus de collecte et d’utilisation des données, avec la garantie d’un anonymat entièrement préservé ; et (f) présentation des stratégies de communication des résultats du projet pilote.

Pour conduire les activités de sensibilisation et de mobilisation auprès des communautés, l’équipe chargée du projet travaillera aux côtés des OSC de manière à favoriser une approche participative, comme décrit ci-après.

La première étape consistera pour l’équipe du projet à rechercher et à identifier, aux niveaux national, régional et sous-régional, les ONG, les associations ou les OSC susceptibles de véritablement représenter la population à l’étude dans les sites proposés en/au [nom du pays]. Ces organisations comprennent [veuillez indiquer ici les OSC/ONG identifiées].

[Décrivez ici chacune des ONG impliquées dans le plan de mobilisation sociale, notamment leurs cibles, objectifs, expériences et compétences.]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

*Geo-Mob Social Response Centre* est une ONG œuvrant pour la promotion de la santé, l’eau et l’assainissement, des domaines d’intervention qui concernent particulièrement les communautés pratiquant des activités d’extraction. Les responsables de l’organisation piloteront l’équipe conjointe chargée des activités de mobilisation auprès de la communauté. *Geo-Mob* englobe des professionnels de santé expérimentés qui mènent des actions de mobilisation sociale au niveau local. L’organisation a largement travaillé aux côtés de communautés locales pour mener des missions de suivi et de surveillance de la santé publique à travers le Nigéria. L’ONG compte également un agent de mobilisation communautaire qui parle la langue locale de la population vivant dans les sites d’EMAPE de l’État de Niger. *Geo-Mob* travaillera en étroite collaboration avec les communautés et les groupes locaux, le conseil des chefs traditionnels et d’autres coalitions de la société civile de l’État de Niger et du territoire de la capitale fédérale d’Abuja, afin de garantir l’engagement effectif des parties prenantes et une véritable mobilisation sociale en faveur de l’étude.

De même, la participation de l’ONG *Initiative for Advancement of Humanity*, une OSC dédiée aux services parajuridiques et d’intervention en santé publique, viendra renforcer l’engagement et la mobilisation sociale des ONG, des associations professionnelles et des organismes religieux dans l’État d’Osun. Cette organisation a pour vocation de venir en aide aux populations vulnérables en utilisant l’outil législatif comme levier d’action sociale, contribuant à une amélioration de 50 % de l’accessibilité des services de soins de santé, de l’éducation et des droits en faveur des femmes, des jeunes et des populations les plus exposées. *Initiative for Advancement of Humanity* dispose d’agents de planification habitués à gérer les parties prenantes et à mettre en œuvre des programmes d’intervention en santé publique. Ces agents, qui sont des locaux de l’État d’Osun, seront chargés de conduire les actions de mobilisation sociale.

*Cerpmist Environmental Academy* est une académie panafricaine innovante et d’envergure mondiale qui assure la fourniture et la promotion de l’éducation, de la recherche et de la défense des intérêts en matière d’environnement et de développement durable, dans un souci de résolution des problèmes et d’autonomisation des individus, des gouvernements et des communautés. Forte de son expérience dans la constitution de réseaux avec le milieu universitaire et dans la gestion logistique dans le pays, l’organisation coordonnera la participation des communautés universitaires dans l’étude sur les deux sites du projet. Par ailleurs, elle apportera son appui aux activités de contrôle dans le cadre d’une stratégie complète d’engagement des parties prenantes au projet. *Cerpmist Environmental Academy* s’attachera également à encourager la participation du CEMAC (*Centre for Environmental Management and Control*) de l’Université du Nigéria.

**[Fin de l’exemple]**

Au cours d’une deuxième étape, l’équipe du projet consultera les OSC identifiées, afin de recueillir des informations utiles quant à la manière de réaliser l’étude en réduisant tout risque potentiel et quant à celle de se rapprocher des communautés.

Dans une troisième étape, les OSC entameront une démarche participative auprès des communautés, afin d’expliquer les objectifs de l’étude et les risques et bénéfices connexes. Cette démarche sera essentielle pour connaître les éventuelles craintes des membres de la communauté concernant les risques susceptibles de découler de la mise en œuvre de l’étude. Compte tenu de leurs connaissances des communautés et de leur engagement légitime à leur égard, ces OSC auront la responsabilité de communiquer aux communautés des informations adéquates sur les activités de l’étude, en veillant à dissiper leurs éventuels doutes ou craintes concernant ce projet et les risques associés à leur participation. Elles s’efforceront également de mettre en place des canaux de communication efficaces et d’encourager ces communautés à s’impliquer dans le projet.

Lors d’une quatrième étape, les OSC travailleront en étroite collaboration avec les dirigeants des communautés et les responsables des associations de mineurs, ces derniers ayant plus de facilité à nouer le contact avec les communautés et le groupe cible de l’étude. Les dirigeants communautaires se verront expliquer le processus global de l’étude, en particulier la nécessité d’un engagement actif de la part de la communauté et du groupe cible, pour qu’ils puissent à leur tour s’investir en tant qu’agents de mobilisation dans ce projet. En effet, la participation d’un groupe diversifié de parties prenantes communautaires, incluant les dirigeants de communautés locales ([donnez quelques exemples, par ex. religieux/cheik, guérisseurs, pasteurs, serviteurs de l’Église, chefs de district]), des groupes communautaires ([donnez quelques exemples, par ex. organisations de jeunes, associations féminines]) et d’autres membres communautaires influents ([donnez quelques exemples, par ex. marraines/parrains de rites d’initiation, enseignants]) joue un rôle capital dans l’acceptabilité du message et l’adhésion à l’étude. Elle contribuera en outre à réaliser les objectifs de l’étude et à faire avancer le projet (cf. également le plan de mobilisation sociale figurant à l’Annexe 8 du guide pas-à-pas). L’approche de sensibilisation des communautés locales s’appuiera sur [indiquez ici les protocoles et pratiques sur lesquels reposera le plan de mobilisation sociale] et impliquera la participation des parties prenantes concernées à tous les échelons correspondants.

## 3.5 Collecte des données et outils

[Veuillez présenter les méthodes et outils de collecte des données utilisés dans le cadre de votre étude en modifiant chacune des sous-sections ci-dessous.]

### 3.5.1 Revue de la documentation

La première étape de l’évaluation de la situation sanitaire consistera à passer en revue la littérature et les rapports disponibles concernant l’EMAPE en/au [nom du pays]. Cette revue portera également sur des informations susceptibles d’avoir déjà été recueillies par les autorités gouvernementales compétentes en vertu de la Convention de Minamata. La revue de la littérature non seulement constituera la pierre angulaire de la base factuelle de l’évaluation, mais permettra en outre d’affiner les questionnaires semi-structurés pour les EIC et les FGD à réaliser au niveau local, tels que décrits dans les sous-sections ci-après.

### 3.5.2 Entretiens avec des informateurs clés

Les entretiens seront réalisés à partir de modèles de questionnaires semi-structurés et spécifiques aux différents types d’informateurs clés consultés, disponibles dans le guide pas-à-pas de l’OMS à l’Annexe 6 *(8)*. À l’issue de la revue de la documentation, les questionnaires seront adaptés au contexte local, avec le concours du partenaire local.

Le nombre total d’EIC (compris entre [8 et 11] par site d’EMAPE) sera déterminé pendant l’étude, dès lors que l’investigateur estimera avoir obtenu des réponses suffisamment détaillées à l’ensemble des questions figurant dans les outils d’enquête et de la part de tous les groupes de population d’intérêt.

### 3.5.3 Groupes de discussion

Les entretiens des FGD seront réalisés à partir de modèles de questionnaires semi-structurés et spécifiques aux différents types de groupes de participants ciblés, disponibles dans le guide pas-à-pas de l’OMS à l’Annexe 7. À l’issue de la revue de la documentation, les questionnaires seront adaptés au contexte local, avec le concours du partenaire local. Les FGD couvriront les mêmes thèmes que ceux abordés dans les EIC selon une approche par questions ouvertes. Les questionnaires seront traduits et soumis aux participants dans les langues locales. Le chercheur animera le FGD tandis que le partenaire local et l’agent de santé communautaire en assureront les traductions.

Des tableaux à feuilles mobiles seront utilisés pour faciliter l’explication de points spécifiques tels que l’accès aux soins de santé et les voies d’exposition au mercure et à d’autres polluants potentiels. À la fin d’une question, il sera laissé la possibilité d’échanges libres, afin de favoriser une participation active et spontanée. Les questions seront traduites dans les langues locales si nécessaire. Le nombre total de FGD (compris entre [6 et 12] par site d’EMAPE) sera déterminé pendant l’étude, dès lors que l’investigateur estimera avoir obtenu des réponses suffisamment détaillées à l’ensemble des questions figurant dans les outils d’enquête et de la part de tous les groupes de population d’intérêt.

### 3.5.4 Évaluation des établissements de santé

Une EES sera réalisée au niveau des établissements de santé (entre [2 et 3] par site d’EMAPE), afin d’évaluer les capacités et disponibilités du système de santé à fournir des services de santé. Cette évaluation portera notamment sur les effectifs, les protocoles en place, la disponibilité et le fonctionnement des équipements et des outils de diagnostic, la disponibilité des médicaments et les mesures de contrôle des infections en place.

Le modèle d’EES proposé par le guide pas-à-pas de l’OMS sera utilisé pour l’évaluation. Ce modèle est une version adaptée et abrégée de l’outil de l’OMS SARA (*Service Availability and Readiness Assessment*, évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle). Il intègre des questions supplémentaires sur la base du document technique de l’OMS *Risques pour la santé au travail et l’environnement associés à l’extraction minière artisanale et à petite échelle de l’or (5)*, afin de déterminer les capacités de prise en charge des problèmes courants en matière de santé au travail et d’environnement associés à l’EMAPE. Cela inclut le traitement d’empoisonnements (notamment au mercure et au cyanure), la disponibilité de services de base de santé au travail et le traitement de traumatismes et de brûlures. La disponibilité des services de laboratoire de base et les protocoles d’orientation associés à la prise en charge des problèmes de santé liés à l’EMAPE seront également pris en compte. Le modèle d’outil pour l’EES figure à l’Annexe 9 du guide pas-à-pas.

Dans le cadre de l’EIC avec le professionnel de santé et de l’EES, des statistiques, précisément axées sur des problèmes de santé liés à l’EMAPE (par ex. fréquence et types d’accidents et de blessures) seront recueillies à partir du système d’information sanitaire courant. Toutes les données sanitaires seront collectées de façon anonyme. De plus, la couverture des sites d’EMAPE respectifs par le système de santé périphérique fera l’objet d’une cartographie. La triangulation des données issues de l’EES, de l’EIC et des statistiques sanitaires devrait favoriser une meilleure compréhension de la charge de morbidité, des comportements en matière de recherche de soins et des capacités du système de santé.

### 3.5.5 Observation directe

L’observation directe constitue une autre méthode essentielle permettant de recueillir des données lors des activités réalisées sur le terrain. Bien que la présente recherche ne vise pas à évaluer de façon complète les procédés de travail, les voies d’exposition et d’autres aspects en lien avec le site d’EMAPE, une évaluation observationnelle rapide sera conduite, si le contexte le permet. Pour ce faire, un modèle d’outil d’observation sur place, disponible dans le document d’orientation de l’OMS, sera utilisé pour décrire les conditions et les procédés de travail associés à l’EMAPE, l’accès à l’eau potable et à l’assainissement, l’utilisation de mesures de protection individuelle, les moyens de transport, les activités de proximité en matière de santé publique sur les sites d’EMAPE et d’autres caractéristiques importantes du site. Cet outil figure à l’Annexe 10 du guide pas-à-pas.

### 3.5.6 Synthèse de la collecte des données

Le Tableau 4 propose une synthèse des groupes de participants à l’étude et des outils utilisés (y compris des informations des participants), incluant les numéros des éventuelles annexes correspondantes.

[Exemple de tableau] :

Tableau 4. Tableau de synthèse de la collecte des données

| **Activité de collecte des données** | **Outil, source des données** | **Annexea** | **Type de données** | **Participants, groupes** | **Analyse** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Revue de la documentation |
| Littérature scientifique | Littérature scientifique | s/o | Qualitatives et quantitatives | s/o | s/o |
| Littérature grise | Littérature grise | s/o | s/o | s/o |
| Entretiens avec des informateurs clés |
| Fonctionnaires locaux | Questionnaire semi-structuré | Annexe 6 | Qualitatives | [X] par site ([X] au total) | Triées selon le sens du contenu, la similarité des idées et l’interaction des contenus |
| Autorités sanitaires locales | [X] par site ([X] au total) |
| Autorités environnementales (sanitaires) locales | [X] par site ([X] au total) |
| Professionnels de santé locaux | [X] par site ([X] au total) |
| Dirigeants de communautés | [X] par site ([X] au total) |
| Dirigeants de communautés associées à l’EMAPE | [X] par site ([X] au total) |
| Organisations de la société civile | [X] par site ([X] au total) |
| Groupes de discussion |
| Mineurs | Questions ouvertes | Annexe 7 | Qualitatives | [X] par site ([X] au total) | Triées selon le sens du contenu, la similarité des idées et l’interaction des contenus |
| Proches des mineurs | [X] par site ([X] au total) |
| Communautés entourant les sites d’EMAPE | [X] par site ([X] au total) |
| Évaluations des établissements de santé |
| EES | Outil et questionnaire EES | Annexe 9 | Principalement quantitatives | [X] par site ([X] au total) | Descriptive |
| Statistiques sanitaires locales | Registres des établissements de santé locaux | s/o | Quantitatives | s/o | Descriptive |
| Observations directes |
| Observations directes | Outil d’observation sur place | Annexe 10 | Qualitatives | [X] par site | Descriptive |

a. Les annexes indiquées sont jointes au guide pas-à-pas *(8)*.

## 3.6 Gestion des données

### 3.6.1 Enregistrement des données

Les données recueillies dans le cadre des EIC et des FGD seront enregistrées directement dans le questionnaire, sur place, soit (a) en notant les réponses à la main sur un formulaire papier ; soit (b) en saisissant les réponses et les mots-clés directement sur un appareil mobile ou un ordinateur portable. S’agissant des formulaires papier, les réponses seront saisies ultérieurement à l’ordinateur. Les EIC et les FGD ne feront l’objet d’aucun enregistrement sur bande ni d’aucune transcription.

[Veuillez adapter les paragraphes ci-dessus selon votre étude. Précisez également ici les tailles des échantillons choisis pour chaque site de l’étude et pour chaque méthode (EIC, FGD, EES) de façon séparée.]

### 3.6.2 Protection des données et confidentialité

[Veuillez décrire ici l’emplacement de stockage des données, les personnes qui y auront accès et les méthodes de protection utilisées – mots de passe, serveur crypté ou autre méthode similaire.] Aucune donnée personnelle ne sera communiquée à des tiers. Les noms seront simplement recueillis pour compléter les formulaires de consentement éclairé, mais ne seront associés à aucune donnée collectée, ni à aucune photographie. Aucune utilisation ni aucun partage ne seront faits des noms et des signatures. Il ne sera fait mention d’aucun nom dans les documents, les communications des résultats de recherche ou les photographies diffusées.

### 3.6.3 Propriété et communication des données

[Veuillez donner ici des détails concernant la propriété des données et les éventuels accords conclus avec des organisations nationales ou internationales en lien avec la propriété et la communication des données.]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

Les données sont le fondement de toutes les mesures rationnelles de santé publique, et les avantages de la communication de données, y compris pour la science et la santé publique, sont largement reconnus. L’OMS souhaite promouvoir autant que possible la communication de données sanitaires, y compris de données épidémiologiques et de surveillance. À cet égard, et sous réserve du Règlement sanitaire international et d’autres instruments juridiquement contraignants (Règlement de Nomenclature de l’OMS de 1967, par exemple) régissant la communication d’informations, le ministère de la Santé du Nigéria, en fournissant des données à l’OMS, signera un accord en vertu duquel il :

* confirmera que toutes les données à fournir à l’OMS auront été collectées conformément à la législation nationale applicable, y compris aux lois de protection des données visant à préserver l’anonymat des personnes identifiables ;
* conviendra que l’OMS aura le droit, toujours sous réserve des mesures visant à garantir l’utilisation éthique et sécurisée des données et toujours sous réserve d’une mention appropriée du pays comme source des données :
* de publier les données, dépourvues de tout élément d’identification personnelle et de les mettre à la disposition de toute partie intéressée, sur demande (dans la mesure où elles n’auront pas, ou pas encore, été publiées par l’OMS), selon des modalités autorisant leur utilisation non commerciale et sans but lucratif à des fins de santé publique (pour autant que l’OMS garde la maîtrise de la publication des données) ;
* d’utiliser, de compiler, d’agréger d’évaluer et d’analyser les données rendues anonymes et de publier les résultats obtenus grâce à ces données en rapport avec des travaux de l’OMS et conformément aux politiques et pratiques de l’Organisation *(12)*.

En vertu de l’accord contractuel conclu entre l’OMS et l’ONUDI : « Tous les droits de propriétés intellectuelles découlant des activités appartiendront à l’organisme destinataire. L’organisme contributeur et, le cas échéant, l’Autorité publique responsable du programme, jouiront d’une licence perpétuelle, libre de redevances, non exclusive et non cessible ». Par conséquent, l’ONUDI n’est pas l’organisme en charge de l’exécution de la recherche ni propriétaire des données.

L’Institut Tropical et de Santé Publique Suisse transmettra à l’OMS l’ensemble des données à la fin de l’étude.

## 3.7 Analyse des données

### 3.7.1 Ensembles de données à analyser

Les ensembles de données indiqués ci-après seront analysés :

* Questionnaire semi-structuré des EIC
* Questionnaire semi-structuré des FGD
* Outil EES
* Statistiques sanitaires
* Données observationnelles

### 3.7.2 Analyse des données et établissement de rapports

L’analyse des données qualitatives et quantitatives consistera en une description systématique des points suivants : (a) le système de santé local (notamment infrastructure matérielle des services de santé, couverture du système de santé et programmes de santé publique) ; (b) les déterminants sociaux de la santé (notamment caractéristiques générales des communautés de l’EMAPE, pratiques d’EMAPE, comportement en matière de recherche de soins, questions de genre, groupes vulnérables, problèmes de sécurité) ; et (c) les déterminants professionnels et environnementaux de la santé, en particulier les risques associés (chimiques, biologiques et mécaniques).

Les questionnaires semi-structurés permettent de recueillir principalement des données qualitatives. Ces dernières seront triées selon le sens du contenu, la similarité des idées et l’interaction des contenus. Les données statistiques quantitatives seront analysées à l’aide de [nom du logiciel statistique utilisé], lequel procèdera à une analyse descriptive de base des statistiques sanitaires collectées auprès des établissements de santé locaux. Les données obtenues dans le cadre des EES seront, quant à elles, synthétisées sous forme de tableaux. De cette manière, les résultats qualitatifs concernant les problèmes de santé et les comportements des communautés de l’EMAPE en matière de recherche de soins seront interprétés en association avec les données issues du système d’information sanitaire courant, de la revue de la littérature et des observations directes.

L’analyse combinée des données recueillies concernant les déterminants de la santé et les problèmes sanitaires touchant les mineurs travaillant dans l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or servira ensuite de base à la formulation de recommandations pour (a) combler les insuffisances dans les capacités du système de santé à prendre en charge les problèmes liés à l’EMAPE ; et (b) sensibiliser à un changement de comportement en matière d’EMAPE, afin d’en rendre les pratiques plus sûres et plus saines. Ces recommandations couvriront l’ensemble des aspects sanitaires susceptibles d’affecter les communautés de l’EMAPE, en particulier le mercure en tant que risque important pour la santé.

[Veuillez adapter les paragraphes ci-dessus selon vos objectifs et plan d’étude.]

# 4. Considérations éthiques

## 4.1 Respect des principes éthiques dans l’étude

[Décrivez ici le processus d’approbation éthique, y compris les comités ou institutions auprès desquels vous devez déposer une demande d’approbation. Pour plus d’informations, veuillez consulter le document d’orientation de l’OMS concernant l’approbation éthique *(13)*.]

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

L’étude sera réalisée conformément au présent protocole et aux principes énoncés dans les Lignes directrices d’éthique pour la recherche en matière de santé impliquant des participants humains élaborées par le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) et la Déclaration d’Helsinki, ainsi qu’à l’ensemble des prescriptions réglementaires et légales nationales *(14)*.

Dans un premier temps, le protocole d’étude initial a été soumis à l’approbation du Comité d’éthique de la recherche de l’OMS. Les procédures d’étude et les principes éthiques présentés dans le protocole initial seront suivis dans les trois pays étudiés. Les activités du projet ne pourront démarrer sur le terrain que lorsque le protocole d’étude, les formulaires de consentement et d’information des participants et d’autres documents du projet auront reçu l’approbation du Comité d’éthique de la recherche de l’OMS et celle des comités d’éthique nationaux dans chaque pays étudié.

Dans un second temps, des protocoles doivent être élaborés pour chaque site et soumis à l’approbation des ministères de la Santé ou des comités institutionnels d’éthique locaux du Nigéria.

Les procédures à suivre sur le terrain sont définies en détail en collaboration étroite avec les partenaires institutionnels locaux.

À cet égard, le processus d’approbation éthique suivant sera appliqué :

* Le protocole de chaque site nigérian sera soumis au Comité d’éthique national ainsi qu’au partenaire institutionnel local, à savoir le CEMAC de l’Université du Nigéria.
* L’ensemble des ajouts et des descriptions réalisés dans les protocoles des sites seront présentés au Comité d’éthique de la recherche de l’OMS sous forme d’amendements au protocole initial pour évaluation et approbation.

## 4.2 Évaluation des risques/bénéfices et protection des participants

La présente étude de recherche ne pose aucun risque physique direct, dans la mesure où elle comprend simplement des entretiens avec des questionnaires, mais aucune activité de biosurveillance ni d’essai clinique impliquant des humains. Les risques potentiels pour les participants à l’étude ont été identifiés comme décrit ci-après.

1. L’équipe chargée de l’étude signalera, sur la base d’observations, toute personne exerçant une activité illégale ou à haut risque en lien avec l’extraction minière. La divulgation de l’identité de cette personne pourrait occasionner la perte des moyens de subsistance de cette dernière, voire des poursuites pénales à son encontre. Par ailleurs, les activités d’EMAPE impliquent souvent des enfants. Ces activités dangereuses présentent des caractéristiques qui entrent dans la définition des pires formes de travail des enfants au sens de la Convention de l’OIT sur les pires formes de travail des enfants de 1999 (n° 182) *(15, 16)*. De plus, les personnes participant à la collecte des données pourraient se retrouver en situation de conflit d’intérêts, du fait de leur accès aux données potentiellement sensibles des mineurs et des membres de la communauté EMAPE. Dans ces conditions, la vulnérabilité de la population cible pourrait être davantage mise à mal et s’aggraver. C’est pourquoi les équipes responsables de l’étude devront faire preuve d’une attention particulière à cet égard, compte tenu des influences familiales et des seuils de pauvreté associés à cette population.
2. Dans le cadre de la conduite de l’étude proposée, les autorités locales et nationales seront davantage sensibilisées aux activités illégales et très risquées pratiquées sur les sites d’EMAPE. Elles pourraient alors décider de fermer le site d’extraction minière objet de l’étude, ce qui aurait des effets préjudiciables pour les revenus ou les possibilités d’emploi de la population concernée.
3. Les participants aux FGD ou aux EIC pourraient subir une stigmatisation de la part des membres de leur communauté ou de leur famille, ces derniers pointant du doigt leurs interactions avec l’équipe de l’étude et la divulgation d’informations confidentielles.

[Veuillez modifier et développer les paragraphes ci-dessus en décrivant les risques identifiés pour les participants à votre étude.]

Afin de prendre en compte les risques décrits ci-dessus, une demande d’approbation éthique sera déposée auprès du/de [nom de l’organisation, du comité ou de l’institution]. Conformément à l’approche d’engagement de sensibilisation communautaire évoquée à la section [3.4], les populations cibles ne seront approchées que si l’étude est pleinement approuvée par l’ensemble des autorités, des parties prenantes et des prestataires concernés au niveau provincial, régional, du district et local. Si l’étude ne fait pas consensus à tous les niveaux, aucune activité de recherche ne sera menée.

Les dirigeants et les membres communautaires ont le droit de refuser de participer à l’étude et d’interdire l’accès aux sites d’EMAPE. La participation étant entièrement volontaire, tout refus ou arrêt du projet n’aura aucune répercussion. Ainsi, l’approbation du projet aux échelons hiérarchiques supérieurs évitera d’exposer les mineurs et leurs proches à toute perte de leurs moyens de subsistance ou d’autres préjudices ou difficultés du fait de leur participation à cette étude.

Plus spécifiquement, les mesures de précautions présentées ci-après ont été définies relativement aux risques décrits ci-dessus.

1. L’ensemble des données collectées dans le cadre des observations directes, des EIC et des FGD sont entièrement anonymes. Les noms seront simplement recueillis pour compléter les formulaires de consentement éclairé, mais ne seront associés à aucune donnée collectée ni communiqués sans l’accord des participants. Ainsi, les professionnels menant les entretiens, les associations communautaires et les OSC seront sensibilisés à la protection de la vie privée et des données personnelles. Ils ne feront partie d’aucune communauté interrogée, afin de garantir leur indépendance et d’éviter tout conflit d’intérêts potentiel. De plus, il ne sera fait mention d’aucun nom dans la documentation concernant les résultats de la recherche – y compris les photographies – permettant d’identifier quiconque exerçant une activité illégale ou à haut risque (cf. également point 4 ci-dessous). Par ailleurs, aucune donnée géoréférencée permettant de localiser des sites spécifiques pratiquant des activités d’EMAPE ne sera collectée. Enfin, toutes les données demeureront strictement confidentielles et seront conservées sur un serveur sécurisé de [nom de l’institution], auquel seuls les investigateurs auront accès.
2. Les sites d’EMAPE objets de l’étude sont de notoriété publique. Les autorités locales et nationales ont généralement connaissance des activités illégales et à haut risque qui y sont largement pratiquées. Par conséquent, toute menace à cet égard sera considérablement réduite, dans la mesure où l’étude n’apportera aucun élément de preuve susceptible d’être utilisé comme document de procédure ni ne constituant un fait nouveau, mais en fera plutôt une description systématique. De plus, si les autorités souhaitaient interdire l’extraction minière d’or informelle, elles auraient pu le faire à tout moment sans étude, sur la base des externalités bien connues liées à la santé humaine et à l’environnement.
3. L’équipe chargée de l’étude sera préalablement sensibilisée aux éventuels signes d’opposition ou de conflit chez les participants à l’étude ou les communautés visitées – par exemple comportement agressif, demandes de quitter le site ou refus de participer aux EIC ou aux FGD. Dans ces circonstances, il est recommandé à l’équipe de ne pas commencer, ou d’interrompre, la collecte des données et de se rendre sur un autre site. Si des activités d’extraction minière aurifère artisanales ou, potentiellement, des activités illégales ou à haut risque sont réalisées sur les sites à explorer, l’équipe de l’étude, accompagnée d’un agent de mobilisation local, demandera tout d’abord la permission aux personnes présentes de visiter le site. Si cette permission est accordée, les personnes du site auront ainsi tout le temps nécessaire pour se préparer à la visite ou, si elles préfèrent ne pas être présentes, pour s’absenter le jour ou pendant les heures de la visite.
4. Aucune photographie ne sera prise sans l’accord exprès des personnes présentes. Préalablement à chaque visite, une autorisation sera demandée à l’association de mineurs locale pour prendre des photos sur le site. Chaque personne photographiée devra signer au préalable un formulaire de consentement éclairé (cf. Annexe 13 du guide pas-à-pas), autorisant la prise de photographies et permettant aux investigateurs de les utiliser à des fins de diffusion. Pour les mineurs d’âge, le parent ou le représentant légal pourra signer le formulaire de consentement éclairé. Aucun nom n’apparaîtra sur les photographies diffusées.

En outre, afin de garantir que les travailleurs locaux soient parfaitement informés de la nature de la recherche et des risques potentiels liés à leur participation, une approche participative axée sur l’engagement communautaire sera suivie tout au long de l’étude (cf. section [3.4] concernant les activités de mobilisation et de sensibilisation des communautés et Annexe 8 du guide pas-à-pas concernant le plan de mobilisation sociale).

[Veuillez modifier et développer les paragraphes ci-dessus en décrivant les mesures de précaution qui seront prises en réponse aux risques identifiés dans votre étude.]

Si un participant à l’étude présente manifestement des problèmes de santé, ce dernier sera orienté vers le système de santé local. Au niveau des soins de santé primaires, les professionnels de santé – par exemple, le personnel infirmier, les agents de santé communautaires et les médecins de famille – peuvent constituer les premiers points de contact des travailleurs exposés à des risques sanitaires en lien avec l’extraction minière artisanale et à petite échelle. Le renforcement de ces services s’inscrira dans le cadre plus large du PAN, avec la mise en place des soutiens et des politiques nécessaires pour répondre de façon adéquate à la situation et aux besoins sanitaires de la communauté minière.

En ce qui concerne les bénéfices potentiels et les éventuelles attentes des participants – meilleure disponibilité des services pour répondre à leurs besoins sanitaires spécifiques ou autres contraintes – il sera très important d’expliquer ce que la participation à l’étude apportera, et ce qu’elle n’aura pas vocation de faire. En d’autres termes, les messages communiqués souligneront l’absence d’avantage direct pouvant être attendu de l’étude (soins médicaux ou équipements de protection, par exemple).

Ce projet devrait néanmoins générer différents bénéfices et impacts.

1. Les communautés seront mieux informées et sensibilisées aux risques sanitaires associés à l’EMAPE et recevront l’aide de leurs gouvernements pour mettre en place des pratiques plus sûres et réduire les activités à haut risque (élimination de l’amalgamation de minerai brut, du brûlage à l’air libre d’amalgames ou d’amalgames transformés, du brûlage d’amalgames dans des zones résidentielles et de la lixiviation au mercure de sédiments).
2. Le projet contribuera à renforcer les capacités et à sensibiliser non seulement les mineurs, mais aussi le personnel et les établissements de santé dans le cadre d’une approche plus large de promotion de la santé et de mobilisation communautaire. Les services de santé auront ainsi une meilleure compréhension des problèmes sanitaires liés à l’exposition des mineurs des sites d’EMAPE et seront plus à même d’identifier les impacts sur la santé et les risques associés.
3. À moyen terme, dans le cadre de l’élaboration de la stratégie de santé publique (processus PAN), ces établissements pourraient bénéficier d’une amélioration des services et traitements proposés. L’exposition au mercure et les mesures de prévention correspondantes seront au cœur de l’évaluation de la situation sanitaire. Toutefois, l’ensemble des problèmes sanitaires susceptibles d’affecter les communautés de l’EMAPE seront pris en compte.
4. À long terme, les impacts et bénéfices potentiels de ce projet pourraient être bien plus larges. Dans le cadre de l’élaboration du PAN, l’étude pourrait soutenir le processus politique visant à promouvoir des solutions de remplacement du mercure dans l’EMAPE, en créant des liens avec d’autres partenaires et parties prenantes (notamment différents ministères), afin d’encourager l’adoption de nouvelles législations et réglementations dans le secteur minier (à savoir, formalisation des activités d’EMAPE) et de promouvoir des stratégies de mobilisation communautaire et d’engagement multipartite. Ce processus découlerait sur la définition d’objectifs nationaux de réduction du mercure et d’une feuille de route visant à atteindre ces objectifs lors de l’élaboration du PAN (conformément à l’Annexe C de la Convention de Minamata).

Par conséquent, les bénéfices à long terme pour les communautés s’inscrivent dans un processus politique plus large s’appuyant sur les résultats de l’étude, qui devrait permettre d’apporter une solution aux causes profondes et aux facteurs socio-économiques qui placent ces communautés dans une situation à risque.

Sur la base de l’évaluation des problèmes de santé publique touchant les communautés de l’EMAPE et des capacités du système de santé local à y répondre, des stratégies de santé publique seront formulées dans le cadre du PAN de chaque pays, de manière à cibler directement les déficits de ces communautés – manque de connaissances adéquates ou pratiques à haut risque, accès inadéquat à des services de santé de qualité ou capacités faibles ou insuffisantes du système de santé pour traiter les problèmes sanitaires identifiés chez ces communautés. En conséquence, les bénéfices attendus par les mineurs et leurs communautés passeront par le renforcement des capacités du secteur de la santé pour répondre aux enjeux associés à la collecte des données et pour obtenir des informations sur l’exposition au mercure et les maladies ou blessures liées à l’EMAPE, former le personnel de santé aux autres problèmes sanitaires touchant les populations des sites d’EMAPE et améliorer la communication sur les risques et les mesures de protection des populations vulnérables.

[Veuillez modifier et développer les paragraphes ci-dessus en précisant les bénéfices à court, à moyen et à long terme attendus dans le cadre de votre étude.]

L’équipe de l’étude prendra le temps d’expliquer aux communautés de l’EMAPE les bénéfices offerts par les activités de l’étude en réitérant les messages définis dans la stratégie de communication (cf. également section [3.4] concernant les activités de mobilisation et de sensibilisation des communautés). À la fin de l’étude, les OSC présenteront les principaux résultats aux communautés en précisant comment les données seront utilisées pour élaborer les stratégies de santé publique (cf. également section [5.3] concernant le retour d’informations aux communautés).

Les associations minières et les propriétaires miniers pourront également bénéficier de ce projet, notamment à travers l’élaboration d’un PAN, lequel définira les facteurs clés qui contribueront à réduire l’utilisation du mercure. Le fait de renforcer les rôles, responsabilités et mesures incitatives pour ces acteurs tout en réduisant leurs impacts sanitaires, environnementaux et sociaux devrait accroître les bénéfices pour les communautés de l’EMAPE.

[Veuillez développer les deux derniers paragraphes en les modifiant selon votre stratégie de mobilisation sociale.]

## 4.3 Consentement éclairé et information des patients

Tous les participants à l’étude recevront des informations détaillées sur la recherche envisagée, notamment sur les risques et bénéfices associés à leur participation, ainsi qu’un formulaire de consentement éclairé à remplir (cf. Annexes 4 et 5 du guide pas-à-pas). Les informations communiquées décriront les principes de base garantissant les droits des participants à la recherche humaine, à savoir : participation volontaire, protection de l’identité et de la vie privée, bénéfices et risques, montants, modalités et délais d’indemnisation et mécanisme de communication des résultats. L’équipe responsable des activités sur le terrain organisera le processus de consentement avant de proposer les questionnaires. Les participants auront la possibilité de poser des questions, auxquelles l’équipe de terrain prendra le temps de répondre. Ils pourront se retirer à tout moment de l’étude, sans aucune conséquence, auquel cas les informations déjà recueillies seront effacées.

[Veuillez modifier le paragraphe ci-dessus en décrivant les modalités d’information des participants concernant la procédure d’étude, notamment les risques et bénéfices associés, ainsi que les modalités d’obtention de leur consentement.]

## 4.4 Amendements et modifications

Si des modifications significatives doivent être apportées au plan de projet, l’intégralité du protocole d’étude devra être de nouveau soumis à/au [nom du comité d’éthique] et à/au [ministères ou institutions locales et nationales, selon vos exigences en matière d’approbation éthique].

# 5. Établissement de rapports et communication

## 5.1 Notification des résultats

Les résultats de l’étude devront être communiqués sous différents formats adaptés aux différents décideurs et parties prenantes, comme détaillé ci-après.

1. Les membres des OSC feront des comptes rendus à l’équipe du projet pendant la phase de mobilisation des activités de sensibilisation. Ces séances d’échanges seront régulièrement organisées pendant la période d’étude, selon une planification hebdomadaire, afin de garantir le bon déroulement des activités prévues. Le même réseau d’agents de mobilisation sera ensuite sollicité pour communiquer les principaux résultats de l’étude et présentera une vue d’ensemble des réponses obtenues.
2. L’équipe de l’étude établira un rapport national qui présentera les résultats et formulera une série de recommandations adaptées au contexte du/de [nom du pays]. Ce rapport servira ensuite de base à l’élaboration des stratégies de santé publique concernant l’EMAPE, conformément aux exigences de la Convention de Minamata.

Dans le cadre du rapport national, les résultats des évaluations sanitaires rapides et de l’évaluation des capacités institutionnelles – second axe du projet global – seront combinés.

[Veuillez modifier, supprimer ou ajouter des étapes pour décrire les modalités de communication de vos résultats. Indiquez, le cas échéant, les ministères ou les organisations auprès desquels vous devez demander l’autorisation de publier le rapport national.]

## 5.2 Atelier multipartite national

Les résultats et les recommandations figurant dans les rapports mentionnés ci-dessus seront présentés lors d’un atelier multipartite national d’un jour organisé par [indiquez le ministère ou l’organisation responsable de la tenue de l’atelier multipartite]. Les parties prenantes participantes incluront des représentants de [indiquez l’ensemble des ministères, organisations, OSC et associations d’EMAPE qui y seront représentés].

Dans chaque pays, une réunion d’une journée sera organisée après la finalisation des recommandations et des rapports nationaux. Les participants seront invités aux réunions d’information nationales, auxquelles assisteront les décideurs nationaux, régionaux et locaux des secteurs de la santé, de l’environnement et des mines (cf. Annexes 11 et 12 du guide pas-à-pas).

Exemple du Nigéria [à supprimer dans la version finale de votre protocole d’étude] :

Les résultats et les recommandations figurant dans les rapports mentionnés ci-dessus seront présentés lors d’un atelier multipartite national d’un jour organisé par le ministère fédéral de la Santé, le ministère fédéral des Mines et du Développement de l’acier, le ministère fédéral de l’Environnement, le Groupe directeur national responsable de l’EMAPE, des représentants des ministères fédéraux de la Santé et de l’Environnement des localités ou sites de l’étude, le personnel régional de l’OMS, du Programme des Nations Unies pour l’environnement (PNUE) et de l’ONUDI, des dirigeants d’associations liées à l’EMAPE, l’*Environmental Health Officers Association of Nigeria*, des OSC actives dans les régions pratiquant l’EMAPE et d’autres acteurs concernés identifiés au cours de la mise en œuvre de l’étude.

## 5.3 Retour d’informations aux communautés

Les investigateurs veilleront à ce que les résultats soient communiqués en retour dans les sites de l’étude, à travers des réunions ou des évènements locaux organisés, en faisant appel au réseau d’agents de mobilisation à [nom des États ou des régions où l’étude a eu lieu] (cf. également section [3.4] concernant les activités de mobilisation et de sensibilisation des communautés). Ces retours devraient s’inscrire dans le processus d’élaboration de la stratégie de santé publique (cf. Article 7 et Annexe C de la Convention de Minamata, figurant aux Appendices A et B du présent document). À cet égard, des supports de communication et pédagogiques appropriés seront élaborés et mis à disposition, avec le concours du ministère de la Santé. Un temps suffisant sera également prévu lors de ces évènements pour favoriser les discussions ouvertes concernant les résultats.

L’équipe conjointe chargée des activités de mobilisation communautaire, composée de représentants ou de collaborateurs de [nom de toutes les OSC impliquées], travaillera étroitement avec les dirigeants communautaires et la communauté entourant les sites d’EMAPE afin de faciliter des échanges inclusifs.

Par ailleurs, l’équipe de l’étude invitera vivement [principale autorité nationale en matière d’EMAPE] à engager des consultations ouvertes et continues avec les OSC, les mineurs et les propriétaires miniers, pour formuler des plans d’action applicables, définir des stratégies d’intervention prioritaires à partir des résultats de l’étude et suivre les progrès réalisés.

Le secteur de l’EMAPE est étroitement lié à des questions complexes touchant le développement économique et la pauvreté. De ce fait, les PAN sont pensés comme des solutions flexibles et adaptées au contexte national. L’ensemble du processus PAN repose sur un plan de participation et d’engagement multipartite, de sorte que les solutions envisagées répondent parfaitement aux besoins des mineurs *(17)*. Grâce à cette approche inclusive, les OSC et les communautés pourront adapter localement des solutions afin d’améliorer les conditions de travail des mineurs et d’atténuer les risques (cf. Section [4.2] concernant l’évaluation des risques-bénéfices et la protection des participants).

[Veuillez adapter le texte de la section 5.3 pour expliquer votre stratégie de retour d’informations auprès de la communauté.]

## 5.4 Processus décisionnel et répercussions en termes de politiques

Les résultats de l’étude alimenteront le processus global d’élaboration du PAN, plus particulièrement celui d’une stratégie de santé publique concernant l’EMAPE, conformément à la Convention de Minamata. Ils guideront les ministères de la Santé dans la définition de ces stratégies requises. Les processus décisionnel et politique devront viser à ce que les gouvernements adoptent des mesures pour formaliser les activités d’EMAPE tout en garantissant la préservation de la santé et du bien-être des personnes financièrement dépendantes de ces activités.

Les deux axes présentés ci-après devront être envisagés afin de favoriser un processus décisionnel participatif dans le cadre de l’élaboration du PAN.

1. Des dispositions devront être prises pour garantir la participation de la communauté à l’élaboration du PAN et à la création de cadres d’action politique à travers des processus itératifs de consultation auprès des OSC, des mineurs et d’autres parties prenantes concernées ([indiquez les ministères concernés]), afin de réduire l’exposition et l’incidence des maladies et blessures liées à l’EMAPE et, plus important encore, de promouvoir des techniques de production plus propres.
2. Lors de ces processus de planification fondés sur les résultats de la recherche, la participation de la communauté et de la société civile ainsi que l’engagement multipartite joueront un rôle fondamental pour soutenir et formaliser, autant que possible, le secteur de l’EMAPE et favoriser son développement dans un contexte durable et respectueux de l’environnement.

Le PAN permet de jeter des bases claires et transparentes pour soutenir, définir et mettre en œuvre des activités visant à réduire et (si possible) éliminer l’utilisation, les émissions et les rejets de mercure dans le secteur de l’EMAPE au niveau national. En l’absence d’institution en place pour assumer ce rôle, un groupe de travail intersectoriel pilotera chaque étape du processus d’élaboration du PAN, en veillant à la bonne planification et gestion du projet de bout en bout. Composé de membres de différents ministères ou départements (environnement, mines, finances, commerce et santé publique), y compris de représentants d’autorités publiques locales, ce groupe de travail interagira, le cas échéant, avec d’autres organismes concernés. Cette approche intersectorielle contribue à un partage des responsabilités dans la promotion de solutions de remplacement du mercure et la formalisation du secteur de l’EMAPE. Les parties prenantes comprendront des membres de la société civile ayant une expérience et une parfaite connaissance de ce secteur, ainsi que des représentants de groupes de mineurs et d’organisations communautaires. Ceci garantit la prise en compte de tous les aspects liés à l’EMAPE lors de l’élaboration du PAN et l’alignement du PAN avec les activités ou programmes mis en place par d’autres ministères ou départements. Les rôles et responsabilités correspondants des membres du groupe de travail sont clairement définis dès le début du processus.

[Veuillez modifier cette section en décrivant rapidement la manière dont les résultats seront utilisés pour élaborer les stratégies de santé publique concernant l’EMAPE dans votre pays et les dispositions qui seront adoptées pour favoriser une approche participative dans le processus PAN.]

# 6. Calendrier de l’étude

[Veuillez présenter un calendrier détaillé (mois, année) de votre étude en précisant les jalons importants pour les évaluations des capacités institutionnelles et sanitaire rapide.]

Le calendrier et les étapes des activités sont présentés au Tableau 5, sous réserve de modifications mineures.

[Suggestion] :

Tableau 5. Calendrier de l’étude

[à insérer]

# 7. Financement et soutien

[Veuillez décrire ici de façon succincte les différents promoteurs de votre étude et le budget total disponible.]

# Bibliographie

1. Hentschel T., Hruschka F., Priester M. *Artisanal and small-scale mining: challenges and opportunities*. Londres : World Business Council for Sustainable Development ; 2003.

2. Breaking new ground : mines, minéraux et développement durable. Londres : International Institute for Environment and Development ; 2004.

3. Veiga MM., Baker RF. *Protocols for environmental and health assessment of mercury released by artisanal and small-scale gold miners*. Vienne : Organisation des Nations Unies pour le développement industriel ; 2004.

4. Persaud A., Telmer K. *Developing baseline estimates of mercury use in artisanal and small-scale gold mining communities: a practical guide* (version 1.0). Victoria, Colombie-Britannique : Artisanal Gold Council ; 2015.

5. Risques pour la santé au travail et l’environnement associés à l’extraction minière artisanale et à petite échelle de l’or. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/247195?locale-attribute=fr&, consulté le 10 février 2021).

6. Veiga MM., Maxson PA., Hylander LD. *Origin and consumption of mercury in small-scale gold mining*. Journal of Cleaner Production. 2006 ;14:436–47.

7. Convention de Minamata sur le mercure : texte et annexes. Nairobi : Programme des Nations Unies pour l'environnement (http://www.mercuryconvention.org/, consulté le 10 février 2021).

8. Guide pas-à-pas pour l’élaboration d’une stratégie de santé publique concernant l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or dans le cadre de la Convention de Minamata. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240022768, consulté le 23 avril 2021).

9. Winkler MS., Divall MJ., Krieger GR., Balge MZ., Singer BH., Utzinger J. *Assessing health impacts in complex eco-epidemiological settings in the humid tropics: the centrality of scoping*. Environmental Impact Assessment Review. 2011 ;31(3):310–9.

10. Razum O., Gerhardus A. *Methodological triangulation in public health research: advancement or mirage?* Tropical Medicine and International Health. 1999 ;4(4):243–4.

11. De Swardt AMI. *The geological inventory around Ilesha*. Geological Survey of Nigeria Bulletin. 1953:23.

12. Texte à faire figurer dans les formulaires de collecte de données de tous les instruments de recueil de données (sur support papier, électronique ou autre) utilisés par l'OMS pour recueillir des données auprès des États Membres. Genève : Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/fr/about/who-we-are/publishing-policies/data-policy/text-for-inclusion-in-data-collection-forms, consulté le 13 février 2021).

13. Biosurveillance humaine dans le cadre de l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or : principes éthiques et scientifiques. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021.(https://apps.who.int/iris/handle/10665/339848, consulté le 18 mars 2021).

14. Lignes directrices d’éthique pour la recherche en matière de santé impliquant des participants humains, quatrième édition. Genève : Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales et Organisation mondiale de la Santé ; 2016.

15. Convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999. Genève : Organisation internationale du Travail ; 1999 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/, consulté le 3 février 2021).

16. Convention (n°170) sur les produits chimiques, 1990, et Recommandation (n°177) sur les produits chimiques, 1990. Genève ; Organisation internationale du Travail ; 1990 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/, consulté le 11 février 2021).

17. Élaboration d’un plan d’action national pour réduire et, si possible, éliminer l’utilisation du mercure pour l’extraction artisanale et à petite échelle de l’or. Nairobi : Programme des Nations Unies pour l’Environnement ; 2017 (https://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/25473, consulté le 3 février 2021).

# Appendice A. Article 7 de la Convention de Minamata : extraction minière artisanale et à petite échelle d’or

1. Les mesures énoncées dans le présent Article et dans l’Annexe C s’appliquent à l’extraction minière et à la transformation artisanales et à petite échelle d’or utilisant l’amalgamation au mercure pour extraire l’or du minerai.
2. Chaque Partie sur le territoire de laquelle sont menées des activités d’extraction minière et de transformation artisanales et à petite échelle d’or visées au présent Article prend des mesures pour réduire et, si possible, éliminer l’utilisation de mercure et de composés du mercure dans le cadre de ces activités ainsi que les émissions et rejets consécutifs de mercure dans l’environnement.
3. Toute Partie qui, à n’importe quel moment, constate que les activités d’extraction minière et de transformation artisanales et à petite échelle d’or menées sur son territoire sont non négligeables notifie ce fait au Secrétariat. Dans ce cas, la Partie :
	1. Élabore et met en œuvre un plan d’action national conformément à l’Annexe C;
	2. Soumet son plan d’action national au Secrétariat au plus tard trois ans après l’entrée en vigueur de la Convention à son égard ou dans un délai de trois ans à compter de la date de la notification adressée au Secrétariat, la date la plus tardive étant retenue ; et
	3. Par la suite, fournit tous les trois ans un compte rendu des progrès qu’elle a accomplis dans le respect de ses obligations au titre du présent Article et fait figurer ces comptes rendus dans ses rapports soumis en application de l’Article 21.
4. Les Parties peuvent coopérer entre elles ainsi qu’avec des organisations intergouvernementales compétentes et d’autres entités, selon qu’il convient, pour atteindre les objectifs du présent Article. Cette coopération peut porter, entre autres, sur :
	1. L’élaboration de stratégies visant à prévenir le détournement de mercure ou de composés du mercure en vue d’une utilisation dans l’extraction minière et la transformation artisanales et à petite échelle d’or ;
	2. Des initiatives en matière d’éducation, de sensibilisation et de renforcement des capacités ;
	3. La promotion de la recherche de solutions de remplacement durables sans mercure ;
	4. La fourniture d’une assistance technique et financière ;
	5. Des partenariats pour les aider à mettre en œuvre leurs engagements au titre du présent Article ; et
	6. L’utilisation des mécanismes d’échange d’informations existants pour promouvoir les connaissances, les meilleures pratiques environnementales et les technologies de remplacement viables aux plans environnemental, technique, social et économique.

# Appendice B. Annexe C de la Convention de Minamata : plans d’action nationaux

1. Chaque Partie soumise aux dispositions du paragraphe 3 de l’Article 7 fait figurer dans son plan d’action national :
	1. Des objectifs nationaux et des objectifs de réduction ;
	2. Des mesures visant à éliminer :
	3. L’amalgamation de minerai brut ;
	4. Le brûlage à l’air libre d’amalgames ou d’amalgames transformés ;
	5. Le brûlage d’amalgames dans des zones résidentielles ; et
	6. La lixiviation au cyanure de sédiments, minerais et résidus auxquels du mercure a été ajouté, sans en avoir au préalable retiré ce dernier ;
	7. Des mesures pour faciliter la formalisation ou la réglementation du secteur de l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or ;
	8. Des estimations initiales des quantités de mercure et des pratiques utilisées sur son territoire dans le secteur de l’extraction minière et de la transformation artisanales et à petite échelle d’or ;
	9. Des stratégies pour promouvoir la réduction des émissions et rejets de mercure et de l’exposition à cette substance dans le secteur de l’extraction minière et de la transformation artisanales et à petite échelle d’or et, en particulier, des méthodes ne faisant pas appel au mercure ;
	10. Des stratégies visant à gérer les échanges commerciaux et à empêcher le détournement de mercure et composés du mercure provenant de sources étrangères et nationales destinés à être utilisés pour l’extraction minière et la transformation artisanales et à petite échelle d’or ;
	11. Des stratégies visant à impliquer les parties prenantes dans la mise en œuvre et l’amélioration continue du plan d’action national ;
	12. Une stratégie de santé publique relative à l’exposition au mercure des mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et de leurs communautés. Une telle stratégie devrait prévoir, entre autres, la collecte de données sanitaires, la formation du personnel des services de santé et la sensibilisation par l’intermédiaire des établissements de santé ;
	13. Des stratégies visant à prévenir l’exposition des populations vulnérables, notamment les enfants et les femmes en âge de procréer, en particulier les femmes enceintes, au mercure utilisé dans l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or ;
	14. Des stratégies pour informer les mineurs travaillant dans l’extraction aurifère artisanale et à petite échelle et les communautés touchées ; et
	15. Un calendrier pour la mise en œuvre du plan d’action national.
2. Chaque Partie peut faire figurer dans son plan d’action national des stratégies supplémentaires pour atteindre ses objectifs comme, par exemple, l’utilisation ou l’introduction de normes relatives à l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or par des procédés ne faisant pas appel au mercure et de mécanismes reposant sur le marché ou d’outils de marketing.

# Appendice C. Guide des annexes

Cet appendice récapitule les annexes du *Guide pas-à-pas pour l’élaboration d’une stratégie de santé publique concernant l’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or dans le cadre de la Convention de Minamata sur le mercure*. Ces annexes proposent des modèles des différents documents qui seront utilisés dans la présente étude de recherche pour évaluer les problèmes de santé publique dans les communautés d’extraction minière artisanale et à petite échelle d’or et les capacités du système de santé local à y répondre dans votre pays.

Veuillez noter que seules les versions finales de ces documents devront figurer dans votre projet de recherche. Les annexes devront être choisies, numérotées et modifiées selon les besoins de votre étude.

Annexe 1. Évaluation des capacités institutionnelles : cadre méthodologique.

Annexe 2. Évaluation des capacités institutionnelles : questionnaires pour les entretiens avec des informateurs clés

Annexe 3. Évaluation sanitaire rapide : protocole d’étude

Annexe 4. Évaluation sanitaire rapide : consentement éclairé des informateurs clés

Annexe 5. Évaluation sanitaire rapide : consentement éclairé des participants aux groupes de discussion

Annexe 6. Évaluation sanitaire rapide : questionnaires pour les entretiens avec des informateurs clés

Annexe 7. Évaluation sanitaire rapide : questionnaires pour les groupes de discussion

Annexe 8. Évaluation sanitaire rapide : plan de mobilisation sociale

Annexe 9. Évaluation des établissements de santé : questionnaire et outil

Annexe 10. Évaluation sanitaire rapide : outil d’observation sur les sites d’EMAPE

Annexe 11. Exemple de programme pour l’atelier multipartite national de deux jours

Annexe 12. Exemple de modèle pour les priorités stratégiques de santé publique

Annexe 13. Formulaire de consentement éclairé : photographies

1. Une liste des annexes du guide pas-à-pas *(8)* figure à l’Appendice C du présent document. [↑](#footnote-ref-1)