



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Unité – Dignité – Travail

Ministère de la Santé et de la Population

.....

**Programme de Sécurité Sanitaire en Afrique de l'Ouest et
centrale – Phase II (HESP-2, P508837)**

**PLAN EN FAVEUR DES POPULATIONS
AUTOCHTONES (PPA)**

VERSION PROVISOIRE

Décembre 2025

Table des matières

<i>Avant-Propos</i>	8
<i>RESUME EXECUTIF</i>	9
<i>I. INTRODUCTION</i>	13
<i>I.1 Contexte et justification de HeSP</i>	13
<i>I.2 L'objectif du Plan en faveur des Populations Autochtones (PA)</i>	14
<i>I.3. Objectifs spécifiques et Méthodologie de l'étude</i>	15
<i>I.3.1. Objectifs spécifiques</i>	15
<i>I.3.2. Méthodologie pour l'élaboration du PPA</i>	15
<i>I.4. Etat de mise en œuvre du PPA avant l'entrée en vigueur du Projet HeSP</i>	16
<i>II. DESCRIPTION DU PROJET</i>	16
<i>a. Bénéficiaires et zones d'intervention du projet</i>	21
<i>b. Zone d'intervention du Projet</i>	21
<i>II.1 Arrangement institutionnel de mise en œuvre du Projet</i>	22
<i>III. SITUATION SOCIOECONOMIQUE DES PA DE LES ZONES DU PROJET</i>	22
<i>III.1. Informations de base sur les PA en RCA</i>	22
<i>III.1.1. Les populations autochtones (les Ba-Aka)</i>	22
<i>III.2 Situation des PA et leurs relations avec leurs voisins</i>	25
<i>III.3. Mode de vie des PA dans la zone du projet HeSP</i>	25
<i>III.4 Habitat</i>	26
<i>III.5. Santé, Eau potable et assainissement chez les PA de la zone du projet</i>	26
<i>III.6. Education familiale et communautaire et santé</i>	28
<i>III.7. Structure sociale, politique et sources de revenus des PA enquêtées</i>	28
<i>III.3. Dynamique sociale entre les PA et les autres groupes ethniques</i>	35
<i>IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET LEGAL D'EVALUATION DES DROITS ET DU STATUT PERTINENTS VIS-A-VIS DES POPULATIONS AUTOCHTONES</i>	37
<i>IV.1. Cadre législatif national</i>	37
<i>IV.1.1. La Constitution de la République Centrafricaine du 30 Aout 2023</i>	37
<i>IV.1.2. Loi N° 06.002 portant Charte culturelle de la RCA</i>	37
<i>IV.1.3. Le code forestier</i>	37
<i>IV.1.4. Le code de l'Environnement</i>	38
<i>IV.1.5. Politique de l'eau et de l'assainissement</i>	38
<i>IV.1.6. Le Plan National de Développement (PND)</i>	39
<i>1. Cadres de Référence et Intégration</i>	39
<i>2. Priorités Stratégiques Communes</i>	39

IV.2. Cadre Institutionnel : Ministères impliqués et Institutions/Organismes directement concernées	41
IV.2.1. Le Ministère en charge de la santé et de la population	41
IV.2.2. Le ministère de l'Environnement et du Développement Durable	42
IV.2.4. Le ministère de Développement de l'Energie et des Ressources Hydrauliques	42
IV.2.5. Les Municipalités	43
IV.2.6. Les organisations communautaires de base (OCB) et / ou de la société civile	43
IV.2. Cadre législatif international	43
IV.2.1. NES n°7 de la Banque Mondiale	43
IV.2.2. La Convention N°169 de l'Organisation Internationale du Travail	44
IV.3.2. Le Cadre Environnemental et Social (CES) de la Banque Mondiale à travers la Norme Environnementale et Sociale 7 (NES 7).....	45
V. CONSULTATION DES PA DANS LA ZONE DU PROJET (source Projet SENI-Plus). 47	
V.1.Objectifs.....	47
V.2. Acteurs consultés	47
V.3. Thématiques	48
V.4. Résultats des consultations avec les populations autochtones	49
V.4.1. Synthèse des échanges et discussions avec les PA	49
<i>VI. EVALUATION DES IMPACTS DU PROJET SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET MESURES D'ATTENUATION</i>	<i>51</i>
<i>VI.1. Impacts positifs.....</i>	<i>51</i>
<i>VI.2. Impacts négatifs</i>	<i>52</i>
<i>VI.3. Mesures d'atténuation des impacts négatifs.....</i>	<i>53</i>
<i>VII. PLAN EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PPA)</i>	<i>58</i>
<i>VII.1. Plan d'action en faveur des PA</i>	<i>58</i>
<i>VIII. Dispositif organisationnel de mise en œuvre.....</i>	<i>61</i>
<i>BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DU PPA</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
<i>IX. Diffusion de l'information</i>	<i>73</i>
<i>X. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES</i>	<i>73</i>
<i>X.1. Types des plaintes possibles.....</i>	<i>73</i>
<i>X.2. Enregistrement des plaintes</i>	<i>74</i>
<i>X.3. Tri des plaintes et orientation données à la plainte.....</i>	<i>76</i>
Cas 1 : Plaintes concernant les VBG/EAS/HS	76
Cas 2 : Plaintes concernant les Populations Autochtones	76

Cas 3 : Plaintes ordinaires ou plaintes non liées aux VGB.....	76
BIBLIOGRAPHIE	79
I. Documents d'ordre général.....	79
1. Lois et règlements	80
XII. Webographie	80
ANNEXES	82
ANNEXE 1 : MECANISMES DE GESTION DES PLAINTES	82
I- Introduction	82
I- Description du MGP	82
II- Organisation	82
i- Au niveau communautaire :.....	83
ii- Au niveau Communal ou District :.....	83
iii- Au niveau central	84
III- Fonctionnement.....	84

SIGLES ET ACRONYMES

ACEDD	Agence Centrafricaine de l'Environnement et du Développement Durable
ACFPE	Agence centrafricaine pour la formation professionnelle et l'emploi
ACTBA	Association Centrafricaine pour la Traduction de la Bible et Alphabétisation
ADC	Agent de développement communautaire
APP	Avance de préparation de projet
ASC	Agent de santé communautaire
BM	Banque mondiale
CEFPA	Centre d'enseignement et formation professionnelle et d'alphabétisation
CES	Cadre environnemental et social de la Banque mondiale
CEV	Compétences essentielles de vie
CGES	Cadre de gestion environnementale et sociale
CGS	Comité de gestion scolaire
CLSP	Conseil local de santé publique
EIES	Étude d'impact environnemental et social
ESMS	Espace Sécurisé en Milieu Scolaire
CCP	Cellule de Coordination du Projet
CLC	Comité Local de Concertation
CLSP	Conseil local de santé publique
CLPE	Consentement libre, préalable et éclairé
CNEDD	Commission Nationale pour l'Environnement et le Développement Durable
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement Durable
CPLCC	Connaissance de cause (CPLCC).
CPPA	Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones
CMOP	Cellule de Mise en Œuvre du Projet
CIRGL	Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DDR	Démobilisation, de désarmement et de réintégration
DGH	Direction Générale de l'Hydraulique
DPAM	Droits de Propriétés et Artisanat Miniers
DSRP	Document Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
EFP	Enseignement et formation professionnelle
EFPA	Enseignement et formation professionnelle et d'alphabétisation
ESMS	Espace sûr en milieu scolaire
FCFA	Franc pour la Coopération Financière de l'Afrique centrale
FOSA	Formations Sanitaires
FPI	Financement de projets d'investissement
GIRAF	Gestion Intégrée de la Rémunération des Agents et Fonctionnaires de l'Etat

HCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés
IEC	Information, éducation, et communication
IGF	Inspection Générale des Finances
IST	Infection sexuellement transmissible
MEDD	Ministère de l'environnement et du développement durable
MEFP	Maison de l'Enfant et la Femme Pygmée
MEPC	Ministère de l'économie, du plan et de la coopération Internationale
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MGP	Mécanisme de Gestion des Plaintes
MPGPFFE	Ministère de la Promotion du Genre, de la Protection de la Femme, de la Famille et de l'Enfant
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MTEPSFP	Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle
NES	Norme environnementale et sociale de la Banque mondiale
OCB	Organisations communautaires de base
OEV	Orphelins de guerre et autres enfants rendus vulnérables
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONI	Office National d'Informatique
ONU	Organisation des Nations Unies
PA	Peuple Autochtone/Population Autochtone
PGES	Plan de gestion environnementale et sociale
PGMO	Plan de gestion de la main d'œuvre
PGNSP	Projet de Gouvernance Numérique du Secteur
PGS	Plan de gestion de la sécurité
PIB	Produit Intérieur Brut
PMPP	Plan de mobilisation des parties prenantes
PFNL	Produits forestiers non ligneux
PO	Politique opérationnelle
PPA	Plan d'action en faveur des Populations Autochtones
PREAAF	Programme « Rendre l'école amie des filles »
PREADF	le programme « Rendre les écoles amies des filles »
PEV	Programme Elargi de Vaccination
RCA	République centrafricaine

RCPCA	Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique
RGPH03	Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003
UEP	Unité d'exécution du Projet
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USD	Dollar américain
VBG	Violence basée sur le genre

Avant-Propos

Le présent Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA) 2026 s'inscrit dans le cadre du nouveau Projet HeSP. Celle-ci porte, d'une part, sur l'ajustement du coût de la composante mise en œuvre au sein des ministères du secteur social, désormais fixé à 19,8 millions de dollars américains, et, d'autre part, sur la révision de l'Objectif de Développement du Projet (ODP) afin d'intégrer l'appui d'urgence et d'actualiser le cadre de résultats par l'introduction d'indicateurs spécifiques. La restructuration prévoit également l'introduction d'une nouvelle catégorie de déboursement, la réaffectation entre les catégories existantes ainsi que des modifications substantielles dans les arrangements de décaissement. Elle s'accompagne en outre d'ajustements dans les modalités de mise en œuvre, notamment en matière de gestion financière, ainsi que de nouveaux engagements juridiques et de nouvelles conditions de déboursement.

Dans ce contexte, de la mise en œuvre du nouveau PPA vise à garantir que les Populations Autochtones soient pleinement prises en compte dans les activités restructurées du Projet. Les nouvelles interventions prévues, notamment la sensibilisation à l'hygiène des mains, la prévention des maladies épidémiologiques, la lutte contre la malnutrition et la sensibilisation sur la fréquentation des formations sanitaires afin de réduire les risques d'accouchements dans les campements, concernent directement les communautés autochtones et nécessitent des approches adaptées à leurs réalités socioculturelles. Par ailleurs, les zones d'intervention se concentrent principalement dans les régions de forêts équatoriales au sud-ouest, et dans les savanes du centre. Il est : les Pygmées (Ba'Aka) L'étendues ou intensifiées dans les districts où résident des populations autochtones, ce qui implique d'identifier les localités potentiellement affectées et d'y adapter les modalités opérationnelles.

Enfin, les changements introduits par la restructuration sont susceptibles de modifier les risques ou les conditions d'accès aux bénéfices du projet pour les PA. Une mise en œuvre accélérée pourrait accentuer les risques d'exclusion si des mesures spécifiques ne sont pas prévues pour surmonter les barrières linguistiques, géographiques ou sociales. À l'inverse, le recours à des services mobiles, la mobilisation de relais communautaires autochtones et l'adaptation des dispositifs de communication constituent des opportunités d'améliorer l'accès des PA aux services essentiels. Ainsi, le PPA actualisé constituera le cadre de référence permettra d'assurer une prise en compte adéquate et équitable des Populations Autochtones dans l'ensemble des activités restructurées du Projet HeSP.

RESUME EXECUTIF

Le gouvernement de la République Centrafricaine (RCA) avec le soutien financier et technique de l'Association Internationale de Développement (IDA), envisage de mettre en œuvre le projet de Programme de Sécurité Sanitaire en Afrique de l'Ouest et centrale – Phase II (HeSP-2, P508837) dans l'optique d'améliorer la sécurité et résilience sanitaire, y compris celles d'origine animale dont les effets peuvent être dévastateurs pour la fragile situation sociale et économique des populations en général et des populations autochtones en particulier ; sous la direction du Ministère de la Santé et de la Population (MSP) ; en collaboration avec le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (MEDD) et le Ministère des Eaux, Forêts, Chasses et Pêches (MEFCP); Ministère de l'élevage et de la Santé Animale (MESA).

Les activités du Projet sont organisées autour de quatre composantes suivantes :

- ❖ **Composante 1** : Prévention des urgences sanitaires
- ❖ **Composante 2** : Détection des urgences sanitaires
- ❖ **Composante 3** : Réponse aux urgences sanitaires
- ❖ **Composante 4** : Gestion du programme et capacité
- ❖ **Composante 5** : Réponse d'urgence

La mise en œuvre du projet est soumise aux exigences des neuf (9) Normes environnementales et sociales de la Banque Mondiale suivantes :

NES n°1, Évaluation et gestion des risques et effets environnementaux et sociaux ;

NES n°2, Emploi et conditions de travail ;

NES n°3, Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution ;

NES n°4, Santé et sécurité des populations ;

NES n°5, Acquisition des terres, restrictions à l'utilisation des terres et réinstallation involontaire ;

NES n°6, Préservation de la biodiversité et gestion durable des ressources naturelles biologiques ;

NES n°7, Peuples autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées ;

NES n°8, Patrimoine culturel ;

NES n°10, Mobilisation des parties prenantes et information.

L'articulation entre le PPA et les autres instruments environnementaux et sociaux cité-ci dessous permet d'assurer une cohérence méthodologique et opérationnelle dans la gestion des risques, la participation communautaire, la protection sociale et l'accès équitable aux bénéfices du projet. Cette intégration garantit que les Populations Autochtones bénéficient d'un cadre de protection renforcé et d'une prise en compte systématique dans l'ensemble des

processus de planification, de mise en œuvre et de suivi du Projet HeSP. Pour répondre aux exigences de ces politiques, plusieurs instruments sont élaborés dont :

Un Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (CGES) ;

Un Plan de Gestion de Main d'œuvre et Un Mécanisme de Gestion des Plaintes Générale ;

Un Mécanisme de Gestion des Plaintes-Travailleurs pour les Entreprises

Un Mécanisme de Gestion des Plaintes-Travailleurs de l'UGP ;

Un Plan de Mobilisation des Parties Prenantes ;

Un Plan de Gestion des Déchets Biomédicaux (PGDBM) ;

Un manuel CERC et CERC-CGES ;

Un Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA).

Le PPA fonctionne comme un instrument opérationnel de conformité, garantissant que les PA bénéficient d'un traitement équitable, culturellement approprié et aligné sur les exigences des NES 1, 7 et 10.

Conformément à la Norme Environnementale et Sociale n°7 (NES 7) de la Banque Mondiale, le CPPA vise à s'assurer que le processus de développement proposé par le Phase II (HeSP-2) bénéficiera à ces populations au même titre que les autres membres des communautés ; éviter, d'atténuer ou de compenser les répercussions négatives potentielles de ces projets sur ces communautés, aussi bien sur leur environnement, sur leurs droits, sur leur économie, que sur leur culture. Il s'agit notamment de s'assurer que les bénéfices apportés par les activités des différentes Composantes de HeSP-2 sont culturellement et socialement appropriés.

Les PA sont exposés à différents types de risques et de répercussions plus ou moins marquées du fait des projets de développement, notamment la perte de leur identité, de leurs spécificités culturelles et de leurs moyens d'existence traditionnels, aussi bien qu'à une exposition à diverses maladies.

Le cadre institutionnel et légal d'évaluation des droits et du statut des PA en RCA est marqué par l'existence des documents de politiques pertinentes parmi lesquels on peut citer : la constitution de la RCA qui garantit la sécurité des personnes et des biens la protection des plus faibles, notamment les personnes vulnérables, les minorités et le plein exercice des libertés et droits fondamentaux. Au niveau des instruments nationaux, on observe les progrès notamment en ce qui concerne une politique culturelle visant à promouvoir la culture directement ou indirectement.

Ces actions concernent tant la préservation du patrimoine et des trésors nationaux, que la promotion de la création contemporaine, en incluant le soutien aux structures de diffusion et de la culture. Ainsi, la loi N° 06.002, portant Charte culturelle de la République Centrafricaine adoptée par l'Assemblée nationale et promulguée par le Président de la République le 10 mai 2006, fit-elle expressément référence en son article 6, sous-titre a, traitant des savoirs, alinéa 3, aux minorités centrafricaines dont nous, peuples autochtones centrafricains, faisons partie.

D'autres lois pertinentes renforcent ce corpus juridique à savoir : (i) La loi no 07.018 du 28 décembre 2007 portant Code de l'Environnement de la République Centrafricaine a pour objet

de définir le cadre juridique de la gestion de l'environnement qui constitue un patrimoine de la nation ; (ii) la Loi N° 08.022 du 17 octobre 2008 portant Code Forestier de la République Centrafricaine a pris en compte les intérêts des peuples autochtones.

Un des problèmes qui pourraient être liés à la mise en œuvre dudit projet (HeSP) est que la situation sanitaire des Peuples Autochtones (PA), généralement est précaire par rapport à celle des autres populations centrafricaines. Cela est dû en partie à leur mode de vie liée au nonaccès à l'eau potable et aux formations sanitaires adéquates, au manque d'hygiène, voire à l'habitat enfumé et sommaire. Les habitudes de vie et le faible niveau de développement justifient tout cela et constituent, par conséquence, des contraintes majeures en matière de santé publique. Il faut souligner qu'il faut prendre également en compte le fait qu'ils sont, dans leur majorité, exclus du système de santé officiel. Il s'ensuit qu'ils sont moins informés que les autres populations voisines sur la prévention et les soins modernes des maladies ainsi que sur leur mode de transmission. Ils ne participent pas, par exemple, souvent aux campagnes de vaccination ou n'ont pas accès aux infrastructures de santé ni aux médicaments.

Les Populations Autochtones participent rarement aux campagnes de vaccination et demeurent, dans de nombreux cas, exclues des infrastructures de santé ainsi que de l'accès régulier aux médicaments. Toutefois, grâce aux interventions de mises en œuvre dans le cadre des projets SENI-plus et REDISSE IV, des avancées importantes ont été enregistrées en matière d'accès aux soins. Les PA bénéficient notamment de motos assurant leur transfert depuis les campements vers les formations sanitaires, facilitant ainsi la prise en charge des urgences et des cas nécessitant une référence médicale. Par ailleurs, des Agents de Santé Communautaires et des matrones Ba'Aka ont été formés afin d'accompagner les femmes enceintes et de faciliter les accouchements au sein des campements pour celles qui, pour des raisons socioculturelles ou géographiques, ne se rendent pas dans les FOSA. Le Projet HeSP assurera la continuité de la mise en œuvre de ces activités, en consolidant les acquis et en renforçant les dispositifs d'accès aux soins pour les Populations Autochtones.

En somme, l'élaboration d'un Plan de Développement ou d'action en faveur des Peuples Autochtones, dans ce contexte conformément à la NES 7 de la Banque Mondiale, se justifie par la forte présence des populations autochtones (Ba Aka) dans une partie de la zone de mise en œuvre du projet.

A priori, le Projet HeSP n'a pas d'impacts négatifs puisque son objectif de développement vise à accroître la collaboration régionale et les capacités des systèmes de santé à prévenir, détecter et répondre aux urgences sanitaires en Afrique de l'Ouest et du centre.

Le Projet HeSP n'inclut pas directement d'impacts négatifs, plusieurs risques spécifiques pour les Populations Autochtones (PA) peuvent émerger si des mesures différenciées ne sont pas appliquées. Ces risques concernent notamment : (i) les difficultés d'accès aux services de dépistage et de soins, (ii) la discrimination et la stigmatisation, (iii) la non-prise en compte des pathologies et dynamiques sociales propres aux PA, (iv) l'éloignement des centres de santé, (v) les risques épidémiologiques en cas de défaillance des protocoles sanitaires, ainsi que les tensions potentielles avec les populations environnantes ou liées à la non-utilisation de la main-d'œuvre locale. Une communication inadéquate peut également favoriser la désinformation et la psychose collective. La mise en œuvre de mesures ciblées est donc essentielle pour garantir l'accès équitable aux services de santé et assurer la participation

effective des PA, y compris des femmes, dans les mécanismes de suivi et de gouvernance du projet.

Si le Projet a des avantages potentiels pour les femmes et adolescentes des communautés autochtones locales, force est de constater que des obstacles liés au poids de la tradition demeurent à cet effet. Davantage, les PA rencontrent toujours des difficultés pour accéder aux services essentiels de santé.

A résumer les mesures d'atténuation dans le plan d'action :

Les adolescentes issues des communautés autochtones locales continuent de rencontrer des contraintes structurelles qui limitent leur accès effectif aux services sociaux de base, en particulier aux services de santé sexuelle et reproductive. Ces contraintes découlent principalement du poids persistant des normes socioculturelles traditionnelles, qui restreignent leur mobilité, leur pouvoir décisionnel et leur capacité à solliciter des soins en dehors du cadre communautaire.

Par ailleurs, les populations autochtones (PA) et les communautés peulhs demeurent confrontées à des obstacles systémiques pour accéder aux services essentiels de santé. Ces obstacles sont liés à :

Des barrières linguistiques qui entravent la compréhension des messages de prévention, des protocoles de soins et des mécanismes de référencement ;

Leur localisation géographique souvent isolée, éloignée des structures sanitaires fixes, ce qui réduit la disponibilité et la continuité des services ;

Leur mode de vie nomade, qui complique la planification des interventions dans certaines zones, la couverture vaccinale, le suivi prénatal et postnatal, ainsi que l'intégration dans les dispositifs de surveillance communautaire.

I. INTRODUCTION

Le contexte et justificatif du projet HeSP plus ainsi que les objectifs et la méthodologie d'élaboration du Plan en faveur des Populations Autochtones sont bordées dans cette introduction.

I.1 Contexte et justification de HeSP

La République Centrafricaine (RCA), pays enclavé d'Afrique centrale, a une population estimée à 5 459 07592 en mars 2025. Malgré ses vastes ressources naturelles, notamment l'or, les diamants et le bois, la RCA reste l'un des pays les moins développés du monde, se classant parmi les derniers sur l'indice de développement humain. Le pays a connu des décennies d'instabilité politique, de conflits armés et de problèmes de gouvernance, qui ont gravement entravé la croissance économique et le développement social. Plus de 70 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et la crise sécuritaire actuelle continue d'exacerber les besoins humanitaires. Les risques identifiés démontrent que les contraintes auxquelles sont confrontées les Populations Autochtones ne constituent pas des phénomènes isolés, mais résultent d'un l'effet combiné de plusieurs facteurs qui se superposent, mêlant la fragilité nationale, vulnérabilités structurelles, spécificités socioculturelles et contraintes sécuritaires persistantes.

La crise prolongée a entraîné d'importants déplacements de population, avec plus de 700 000 personnes déplacées et près de 750 000 réfugiés dans les pays voisins. La fragilité de la situation sécuritaire a également perturbé l'accès aux services essentiels, notamment les soins de santé, l'éducation et les infrastructures. En plus des défis liés au conflit, la RCA est confrontée aux vulnérabilités liées au changement climatique, notamment l'augmentation des sécheresses, des inondations et de l'insécurité alimentaire, qui menacent davantage les résultats en matière de santé publique et facilitent les épidémies.

Le système de santé de la République Centrafricaine manque cruellement de ressources et est fragile, avec des infrastructures, du personnel médical et des financements limités, ainsi que des ruptures de stock de médicaments fréquentes. Le secteur de la santé publique est géré par le ministère de la santé, mais en raison de la crise actuelle, la plupart des services sont assurés par des organisations humanitaires internationales et des organisations non gouvernementales (ONG). Environ 40 % des établissements de santé ne fonctionnent pas ou ne sont que partiellement opérationnels, en particulier dans les zones touchées par le conflit où l'accès reste extrêmement difficile (i) l'éloignement géographique de leurs zones d'habitation, souvent situées dans des espaces forestiers reculés et difficiles d'accès, ce qui limite fortement la présence des structures sanitaires et la fréquence de nos missions mobiles ; (ii) les discriminations sociales persistantes auxquelles ces communautés demeurent exposées dans plusieurs préfectures, réduisant leur recours aux services publics et leur inclusion dans les dispositifs institutionnels ; (iii) les barrières linguistiques et culturelles, qui entravent la compréhension des messages de santé, des campagnes de prévention et des protocoles de prise en charge, particulièrement dans un contexte où la communication sanitaire reste majoritairement diffusée en sango ou en français ; (iv) la présence limitée, voire inexistante, des services publics dans certaines zones forestières, notamment dans le Sud-Est, le Sud-Ouest et le Centre de la RCA, où les Populations Autochtones vivent dans des campements dispersés, rendant l'accès aux soins encore plus difficile.

. Le pays est confronté à un lourd fardeau de maladies transmissibles, notamment le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies tropicales négligées. Le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité, responsable de plus de 40 % de toutes les maladies signalées. La prévalence du VIH/SIDA reste élevée, avec un taux de prévalence estimé à 3,7 % chez les adultes, l'un des plus élevés d'Afrique centrale. Les maladies transmises par l'eau, telles que le choléra et la diarrhée, sont également très répandues en raison des mauvaises conditions d'hygiène et du manque d'accès à l'eau potable. Outre les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles (MNT), notamment les maladies cardiovasculaires et le diabète, sont des préoccupations émergentes, exacerbées par des services de santé et des capacités de diagnostic limités.

La préparation à la pandémie et la capacité de réaction de la RCA restent extrêmement faibles. Le pays dispose d'une infrastructure de surveillance des maladies, d'une capacité de laboratoire et de mécanismes d'intervention d'urgence limités. L'indice de sécurité sanitaire mondiale 2021 a classé la RCA parmi les pays les plus pauvres du monde en termes de sécurité sanitaire et de préparation aux interventions d'urgence. Cette pandémie de COVID-19 a encore mis en évidence ces vulnérabilités, soulignant le besoin urgent d'une surveillance épidémiologique plus forte, de réseaux de laboratoires élargis et d'une capacité accrue du personnel de santé pour répondre aux menaces émergentes.

L'initiative HeSP-2 s'aligne sur les stratégies nationales de santé et les engagements mondiaux de la RCA, notamment le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2026, qui met l'accent sur le renforcement des soins de santé primaires, l'élargissement de l'accès aux services essentiels et l'amélioration de la surveillance des maladies. Le programme soutient également les efforts de la RCA en faveur de la santé universelle en réduisant les obstacles financiers aux soins de santé et en veillant à ce que les services essentiels atteignent les populations vulnérables. En outre, le programme HeSP-2 est aligné sur les Objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'ODD 3 (Bonne santé et bien-être) et l'ODD 13 (Action pour le climat), en veillant à ce que les investissements dans la santé contribuent à la résilience climatique et à la préparation aux épidémies.

I.2 L'objectif du Plan en faveur des Populations Autochtones (PA)

De façon opérationnelle, l'objectif principal de la présente mission l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA) dans le cadre du projet HeSP est de s'assurer que ce projet respectera pleinement la dignité, les droits de la personne, l'économie et la culture des populations autochtones. Il s'agit aussi de s'assurer que les populations autochtones profitent des avantages socio-économiques culturellement adaptés qu'offre le projet à travers la définition d'actions visant à couvrir leurs besoins prioritaires en matière de santé.

Il s'agit d'aboutir, en fin de compte, à la définition consensuelle avec les Populations Autochtones localisées, bénéficiaires du projet HeSP et autres acteurs potentiels des actions d'atténuation des impacts négatifs dudit projet et permettre aux populations de tirer des avantages du projet ; et prévoir parmi les activités d'intégration ou la prise en compte de ces populations autochtones dans la globalité des activités du projet en tant qu'acteurs et bénéficiaires.

Au demeurant, sur la base d'une évaluation sociale et en concertation avec les communautés autochtones, dans les zones d'interventions du projet HeSP, à savoir les préfectures : Bamingui-Bangoran, Basse-Kotto, Haute-Kotto, Haut-Mbomou, Kémo, Lobaye, Mambéré-Kadéï, Mbomou, Nana-Mambéré, Ombelle-M'Poko, Ouaka, Ouham, Ouham-Pendé, Vakaga. Un Plan de développement en leur faveur afin qu'elles puissent tirer des avantages sociaux et économiques culturellement adaptés au projet.

En définitive, ce PPA est développé en conformité avec la NES 7 qui s'applique à chaque fois que les populations autochtones sont présentes dans la zone du projet ou montrent un attachement collectif pour ladite zone, tel que déterminé lors de l'évaluation environnementale et sociale. La NES 7 s'applique indépendamment du fait que le projet a des effets positifs ou négatifs sur les Peuples autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées, et quelle que soit l'importance de ces effets. Elle s'applique également sans égard à la présence ou l'absence de vulnérabilités économiques, politiques ou sociales perceptibles, bien que la nature et l'étendue de ces vulnérabilités soient une variable essentielle à prendre en compte lors de la conception des plans destinés à promouvoir un accès équitable aux avantages d'un projet ou à atténuer les effets néfastes de celui-ci.

Toutefois, il est important de mentionner qu'en RCA, seuls les BA-Aka sont considérés comme les Populations Autochtones selon la Norme Environnementale et Sociale. Les Peuhls Mbororos, considérés populations autochtones selon la législation nationale, quant à eux sont considérés sous le Cadre Environnemental et Social, comme vulnérables, minoritaires et bénéficieront des avantages du projet.

I.3. Objectifs spécifiques et Méthodologie de l'étude

I.3.1. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agit de :

- collecter des données en vue de l'élaboration d'un Plan en faveur des Populations Autochtones se trouvant dans les trois préfectures ciblées du HeSP ;
- définir et hiérarchiser les activités à mettre en œuvre dans le Plan en Faveur des Peuples Autochtones en fonction des besoins prioritaires pertinents ;
- collecter, en fonction de la situation sécuritaire dans les 3 préfectures ciblées, des données socioéconomiques qualitatives et quantitatives actualisées sur les populations autochtones dans la zone du projet en vue de constituer une situation de référence au démarrage du projet HeSP et de fonder les indicateurs destinés à assurer le suivi des impacts du projet dans ce domaine.

I.3.2. Méthodologie pour l'élaboration du PPA

Il s'agit globalement d'une approche participative articulée autour des axes d'intervention suivants :

Une revue documentaire sur la situation des PA dans les zones du projet (les données générales sur les peuples Autochtones, leur répartition géographique, démographique, leur mode d'éducation, de santé, etc.) ;

Analyse des documents techniques du projet et d'autres documents stratégiques concernant les exigences de la Banque mondiale dans la réalisation des projets sociaux et d'études environnementales et sociales ;

Des consultations publiques de groupe avec les PA (hommes et femmes), notamment les Baka (Aka) de la Sous-préfecture de Bayanga, Lidjombo et groupe vulnérables (peulhs) de Pladama-ouaka à Bambari, conjointement avec des entretiens approfondis avec les médecins chefs de zone, les autorités locales et les leaders d'opinion, des rencontres avec les acteurs institutionnels et des partenaires principalement concernés par le projet. Au total, cette approche participative et qualitative vise à atténuer les impacts négatifs qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre du projet ; et s'assurer que les bénéfices qui ont été prévus sont culturellement appropriés.

Notons que ces informations relatives à la consultation se sont fondées sur PPA Projet SENI-Plus et seront mis à jour.

I.4. Etat de mise en œuvre du PPA avant l'entrée en vigueur du Projet HeSP

Après la validation du PPA, les activités suivantes seront réalisées :

- La planification des activités du PPA dans le PTBA 2026 ;
- Les consultations du public dans les Régions Sanitaire ciblées : Région2 (Berberati, Bouar, Béloko, Gamboula), Région 3 (Paoua, Bembélé, Bossangoa) Région1 (M'Baiki, Mongoumba, Gouga, Nziga) et la Région 4 (Sibut, Ndélé et Kanga-Bandoro) ;
- La sensibilisation des PA et les autorités sur le PPA ;

L'élaboration des TDR en cours de discussion interne pour la manifestations de la journée internationale des populations autochtones célébrées tous les 09 Aout de chaque année.

II. DESCRIPTION DU PROJET

Objectif de Développement du Projet (ODP) : Renforcer la collaboration régionale et les capacités du système de santé à prévenir, détecter et répondre aux urgences sanitaires en République centrafricaine.

Composantes du projet HeSP :

Les activités du Projet HeSP sont organisées autour de Cinq composantes. Il s'agit de :

Composante 1 : Prévention des urgences sanitaires (2,14 millions USD) 5 7. Sous-composante 1.1 Gouvernance, planification et gestion de la sécurité sanitaire (0,44 million USD). Les activités proposées sont les suivantes

Développer et mettre à jour la législation et les réglementations sectorielles et multisectorielles, y compris la cartographie des instruments juridiques, les projets de

réglementation sur l'utilisation des antimicrobiens dans la santé humaine et animale, et la finalisation du Guide intégré de surveillance et de réponse aux maladies animales (SIMAR) ;

Développer des plans nationaux multisectoriels pour la préparation et la réponse aux événements de santé publique, y compris l'évaluation du plan d'action national de sécurité sanitaire (PANSS), la gestion des déchets biomédicaux, la sécurité alimentaire, la cartographie des risques sanitaires, la planification des mesures d'urgence, la santé mentale et le soutien psychosocial, et la détection des agents pathogènes prioritaires et multirésistants ;

Renforcer la mise en œuvre du RSI 2005 par une coordination multisectorielle, une supervision réglementaire et des cadres institutionnels, y compris des plateformes interministérielles, des évaluations des écarts entre les sexes et des examens des performances ;

Renforcer la préparation aux situations d'urgence par des exercices de simulation, la gouvernance de la sécurité alimentaire et de la biosécurité, et l'élaboration de protocoles de surveillance et d'intervention intersectoriels.

Sous-composante 1.2 : Renforcement du programme USS et lutte contre la RAM (1,70 million USD). Les activités proposées sont les suivantes : (i) renforcer le suivi des activités dans le cadre de l'approche USS ; (ii) développer et mettre en œuvre le plan d'action national de lutte contre la RAM ; (iii) contribuer à réduire l'impact des menaces pour la santé publique par le biais de procédures opérationnelles normalisées de communication des risques et de formations sur la communication des risques et engagement communautaire (CREC) ; et (iv) soutenir l'opérationnalisation de l'approche USS par la mise en place de plates-formes de coordination, le renforcement de la logistique et une sensibilisation ciblée. D'autres efforts portent sur l'élaboration de politiques en matière de résistance aux antimicrobiens, le soutien aux laboratoires, les campagnes de sensibilisation des communautés, les systèmes de données, la planification de la prévention des infections et la mobilisation des parties prenantes, y compris la Semaine mondiale de la résistance aux antimicrobiens (RAM) et l'engagement des donateurs.

Composante 2 : Détection des urgences sanitaires (31,66 millions USD).

Sous-composante 2.1. Surveillance collaborative (6,13 millions USD). Les activités proposées sont les suivantes : (i) renforcer le suivi des activités USS ; (ii) renforcer le Système intégré de services de santé (IHSS) dans les établissements de santé, les points d'entrée désignés, l'élevage et la surveillance environnementale, y compris la surveillance sentinelle ; (iii) renforcer la surveillance communautaire et événementielle ; (iv) renforcer la surveillance alimentaire ; (v) renforcer la numérisation de la surveillance via DHIS2 (e-SMIR) ; et (vi) renforcer la surveillance aux points d'entrée par des évaluations de capacité, une coordination transfrontalière et une supervision régulière. Les autres activités comprennent l'extension de la surveillance événementielle et environnementale à l'aide de sites sentinelles et d'outils géospatiaux, le renforcement des systèmes d'alerte précoce (AVADAR, EWARS), l'élaboration de plans de réponse fondés sur les risques et l'intensification de la formation à l'épidémiologie de terrain pour le personnel chargé de la santé humaine et animale. Les efforts porteront également sur l'amélioration de la vérification, de l'enquête et du protocole de surveillance des maladies d'origine alimentaire.

10. Sous-composante 2.2. Qualité et capacité des laboratoires (25,20 millions USD). Les activités proposées sont les suivantes : (i) le soutien aux laboratoires nationaux de référence ; (ii) la mise en place d'un système de gestion

de la qualité ; (iii) le renforcement de la biosécurité et de la sécurité biologique ; (iv) la mise en place d'un réseau de laboratoires ; (v) le renforcement du transport des échantillons ; (vi) le renforcement des laboratoires à santé unique ; et (vii) la diffusion des documents de stratégie du système de laboratoire. Cette sous-composante renforcera également l'infrastructure des laboratoires par la remise en état et l'équipement d'installations clés, la création d'un institut de santé publique et l'opérationnalisation d'un laboratoire vétérinaire P3. Elle étendra la surveillance de la résistance aux antimicrobiens grâce au séquençage génomique, à la surveillance des résidus et à la participation au GLASS. D'autres efforts porteront sur l'amélioration de la gouvernance des laboratoires, la promotion des partenariats public-privé, le renforcement des systèmes de données pour l'utilisation des antimicrobiens et l'alignement des protocoles de sécurité alimentaire sur les directives du Codex. Le renforcement des capacités et le soutien à la maintenance contribueront à assurer la durabilité et la performance du réseau.

Sous-composante 2.3. Ressources humaines multidisciplinaires pour les urgences sanitaires (0,33 million USD). Les activités proposées sont les suivantes (i) le renforcement de la capacité opérationnelle du laboratoire, y compris la formation à la maintenance des équipements, à la biosécurité, à la biosûreté et à des domaines spécialisés tels que la biologie animale, la biologie moléculaire, la bio-informatique, les essais cliniques et la gestion des échantillons ; (ii) le renforcement de la surveillance par le biais du FELTP (de base, intermédiaire, avancé), de l'e-SIMR et d'une formation ciblée en matière d'environnement, de santé animale, de gestion des déchets biomédicaux et d'engagement communautaire ; et (iii) l'élaboration de stratégies nationales pour la planification de la main-d'œuvre multisectorielle et la capacité de pointe conformément aux orientations du RSI, y compris la formation intersectorielle pour améliorer la coordination et la préparation à la réponse en cas d'urgence de santé publique.

Composante 3 : Réponse aux Urgences Sanitaires (20,20 millions USD)

Sous-composante 3.1. Gestion des urgences sanitaires (5,34 millions USD). Les activités proposées comprennent : (i) la préparation de plans d'action en cas d'incident ; (ii) le soutien à la vaccination pendant les urgences sanitaires (humaines et animales) ; (iii) la communication des risques pendant la réponse ; (iv) le déploiement d'équipes de réponse rapide ; (v) le fonctionnement des COU ; (vi) le renforcement des capacités logistiques en cas d'urgence ; et (vii) le renforcement des capacités de gestion clinique. Cette sous-composante renforcera également l'état de préparation grâce à des formations sur la biosécurité, la surveillance génomique et les risques liés au climat, en accordant une attention particulière aux dimensions sociales et de genre. Les efforts supplémentaires comprennent le soutien aux mécanismes de déploiement régional, le renforcement des contrôles de la sécurité alimentaire et des systèmes d'alerte précoce pour les menaces zoonotiques et les mouvements d'animaux afin de permettre une réponse rapide et coordonnée entre les secteurs.

Sous-composante 3.2. Prestation de services de santé en cas d'urgence sanitaire (14,86 millions USD). Les activités proposées sont les suivantes : (i) le déploiement d'activités de santé mentale et de soutien psychosocial (i) le déploiement d'activités de santé mentale et de soutien psychosocial ; (ii) le renforcement des soins cliniques et de la prévention des infections par l'amélioration de la prestation de services, la sensibilisation du public et la modernisation des infrastructures ; (iii) l'élaboration de plans de réponse aux épidémies et aux épizooties, y compris la constitution de stocks de fournitures médicales essentielles ; (iv) la recherche

opérationnelle pour évaluer l'équité, l'efficacité et l'utilisation des services pendant les crises ; et (v) l'installation d'infrastructures d'hygiène de base dans les établissements de santé prioritaires pour soutenir la prestation de services sûrs et continus.

Composante 4 : Gestion du programme et capacité institutionnelle (6,00 millions USD).

Cette composante fournira un soutien à la mise en œuvre et à la gestion du projet, y compris : (i) la passation des marchés, la gestion financière et la gestion environnementale et sociale ; (ii) le suivi et l'évaluation ; (iii) la formation ; et (iv) les coûts d'exploitation.

Composante 5 : Composante de réponse d'urgence contingente (CERC) (0,00 USD). Ce volet garantit une mobilisation rapide des ressources pour faire face aux menaces émergentes en matière de santé publique, y compris les épidémies et les crises sanitaires liées au climat.

Tableau de conformité NES7 (Bénéfices / Contraintes par composante)

Composantes	Bénéfices potentiels pour les PA	Contraintes particulières d'accès dans les zones PA
1.Prévention des urgences sanitaires <i>Sous-composante 1.1 : Gouvernance, planification et gestion de la sécurité sanitaire</i>	• Accès accru aux campagnes de prévention et sensibilisation adaptées. • Nous avons Possibilité d'impliquer des relais PA dans les activités communautaires. • Nous adoptons une méthode participative avec un représentant de Ba'Aka pour chaque mission, enfin de nous faciliter la communication.	• Campements difficiles d'accès. • Barrières linguistiques.
Sous-composante 1.2 – Programme USS et lutte contre la RAM	• Renforcement de la surveillance communautaire et de la communication des risques dans les zones isolées. • Amélioration de la prévention RAM via des campagnes ciblées et des relais communautaires PA. • Contribution à la réduction des risques zoonotiques dans les zones forestières.	• Faible adaptation culturelle des messages de communication des risques et d'engagement communautaire. • Accès limité aux laboratoires et aux diagnostics RAM. • Risque d'exclusion si les campagnes ne tiennent pas compte des modes de vie nomades/semi-nomades.
2.Détection des urgences sanitaires <i>Sous-composante 2.1 : Surveillance collaborative</i>	• Renforcement de la surveillance communautaire incluant les zones reculées. • Intégration possible des relais communautaires PA dans les mécanismes d'alerte.	• Faible couverture sanitaire dans certaines zones et campements des PA. • Défis logistiques et méfiance envers les services publics.

Sous-composante 2.2 – Qualité et capacité des laboratoires	• Amélioration du diagnostic et réduction des délais de confirmation des cas. • Surveillance renforcée des maladies prioritaires et de la RAM. • Contribution à la sécurité sanitaire dans les zones enclavées.	• Distance importante entre campements PA et laboratoires de Districts sanitaire/FOSA. • Faible disponibilité de transport d'échantillons dans les zones isolées. • Risque de concentration des investissements dans les zones urbaines.
3. Réponse aux urgences sanitaires <i>Sous-composante</i> 3.1 : <i>Gestion des urgences sanitaires</i>	• Déploiement de clinique mobiles pouvant atteindre les campements PA. • Amélioration de la prise en charge rapide en cas d'épidémie.	• Retards d'intervention liés à l'isolement géographique et aux contraintes sécuritaires • Accès limité aux coûts et aux mécanismes de coordination. • Risque de non-adhésion si les pratiques traditionnelles ne sont pas prises en compte
Sous-composante 3.2 – Prestation de services de santé en urgence	• Accès accru aux cliniques mobiles, au soutien psychosocial et aux soins cliniques. • Amélioration de la prévention des infections et de l'hygiène dans les centres de santé fréquentés par les PA. • Disponibilité accrue de fournitures médicales essentielles.	• Difficulté à transporter les fournitures médicales vers les zones isolées. • Difficile d'accès aux services pour les communautés éloignées lors des urgences sanitaires. • Faible disponibilité de personnel qualifié pour offrir un soutien en santé mentale.
4. Gestion du programme et capacités institutionnelles	• Intégration des besoins PA dans la planification et le suivi et l'évaluation. • Adaptation du MGP pour un accès équitable et culturellement. • Renforcement institutionnel pour la mise en œuvre de la NES7.	• Faible représentation des PA dans les instances locales. • Outils institutionnels peu adaptés aux réalités culturelles. • Besoin de formation spécifique des équipes sur les approches sensibles aux PA
5. CERC	• Mobilisation rapide des ressources en cas d'épidémie ou de crise climatique.	• Risque d'exclusion si les modalités d'activation ne ciblent pas explicitement les zones PA.

	• Possibilité de cibler les zones PA en situation d'urgence.	• Défis logistiques et sécuritaires en contexte d'urgence.
--	--	--

a. Bénéficiaires et zones d'intervention du projet

Les bénéficiaires du projet

Le projet s'adressera à l'ensemble de la population de la RCA, estimée à 5 459 075 habitants au 19 mars 2025.

Le projet mettra en place des mesures pour garantir l'accès effectif des Populations Autochtones (PA), notamment : (i) l'intégration systématique des zones PA dans la planification, la cartographie des risques et la surveillance ; (ii) l'adaptation des messages de communication des risques et d'engagement communautaire (CREC) et l'utilisation de relais communautaires PA ; (iii) le déploiement de services mobiles pour atteindre les zones enclavées ; (iv) un MGP accessible et approprié en milieu PA ; (v) la participation active des PA aux consultations et mécanismes locaux ; (vi) la prise en compte des contraintes sécuritaires et géographiques dans la mise en œuvre ; (vii) et le renforcement des capacités institutionnelles sur les approches sensibles aux PA.

Ces mesures garantissent une inclusion équitable des PA et réduisent les risques d'exclusion tout au long du cycle du projet.

b. Zone d'intervention du Projet

Le projet est mis en œuvre dans l'ensemble du pays dans les zones où la présence des Populations Autochtones (PA) est significative. Ces zones constituent des espaces prioritaires pour l'application des mesures d'inclusion prévues par la NES7.

Les principales zones de présence des PA concernées par les activités du projet comprennent :

- Préfecture de la Lobaye : forte concentration de communautés autochtones vivant en périphérie des zones forestières et dépendant des ressources naturelles.
- Préfecture de la Sangha-Mbaéré : présence importante de campements PA dans les zones forestières et le long des axes secondaires.
- Préfecture de la Mambéré-Kadéï : communautés autochtones dispersées dans les zones rurales enclavées, avec un accès limité aux services sociaux de base.
- Préfecture de l'Ombella-Mpoko : campements PA situés dans les zones forestières et agro-forestières, souvent éloignés des infrastructures sanitaires.

Ces zones se caractérisent par un isolement géographique marqué, une faible couverture sanitaire et sociale, des barrières linguistiques et culturelles, une vulnérabilité accrue aux risques sanitaires et environnementaux.

L'identification de ces zones permet de cibler les mesures d'inclusion, d'adapter les approches de communication, de planifier le déploiement des services mobiles et de garantir que les PA bénéficient effectivement des interventions du projet.

II.1 Arrangement institutionnel de mise en œuvre du Projet

L'unité de mise en œuvre du Projet relève du ministère de la santé et des services sociaux. Cette unité gère le projet de prestation de services de santé et de renforcement du système - SENI-Plus (P177003) et REDISSE - phase 4 (P167817). L'unité d'exécution du projet est dotée d'un personnel adéquat composé de spécialistes de la passation des marchés, de la gestion financière, du suivi et de l'évaluation, ainsi que de spécialistes des domaines techniques liés au renforcement des systèmes de santé. Un comité de pilotage national, soutenu par un comité technique composé de représentants des ministères de la santé, de l'agriculture/élevage et de l'environnement, supervise la planification et le suivi du projet. L'UGP assure la coordination entre ces secteurs et le respect des normes fiduciaires, environnementales et sociales. Dans le cadre de ce projet, l'UGP sera responsable de la passation des marchés, de la gestion financière, du suivi et de l'évaluation (S&E), et de la gestion des risques environnementaux et sociaux (E&S), tandis que le ministère de la santé et de l'élevage fournira des conseils techniques. Le ministère de la santé nommera le représentant de la République centrafricaine au sein du comité de pilotage régional (CPR).

La responsabilité globale de l'UGP est la Coordonnatrice-Générale qui valide les TDR de la mise en œuvre du PA ; seconde est la responsable des gestions de risques sociaux, son rôle est de planifiée, coordonner toutes activités du PPA selon la Norme7.

III. SITUATION SOCIOECONOMIQUE DES PA DE LES ZONES DU PROJET

III.1. Informations de base sur les PA en RCA

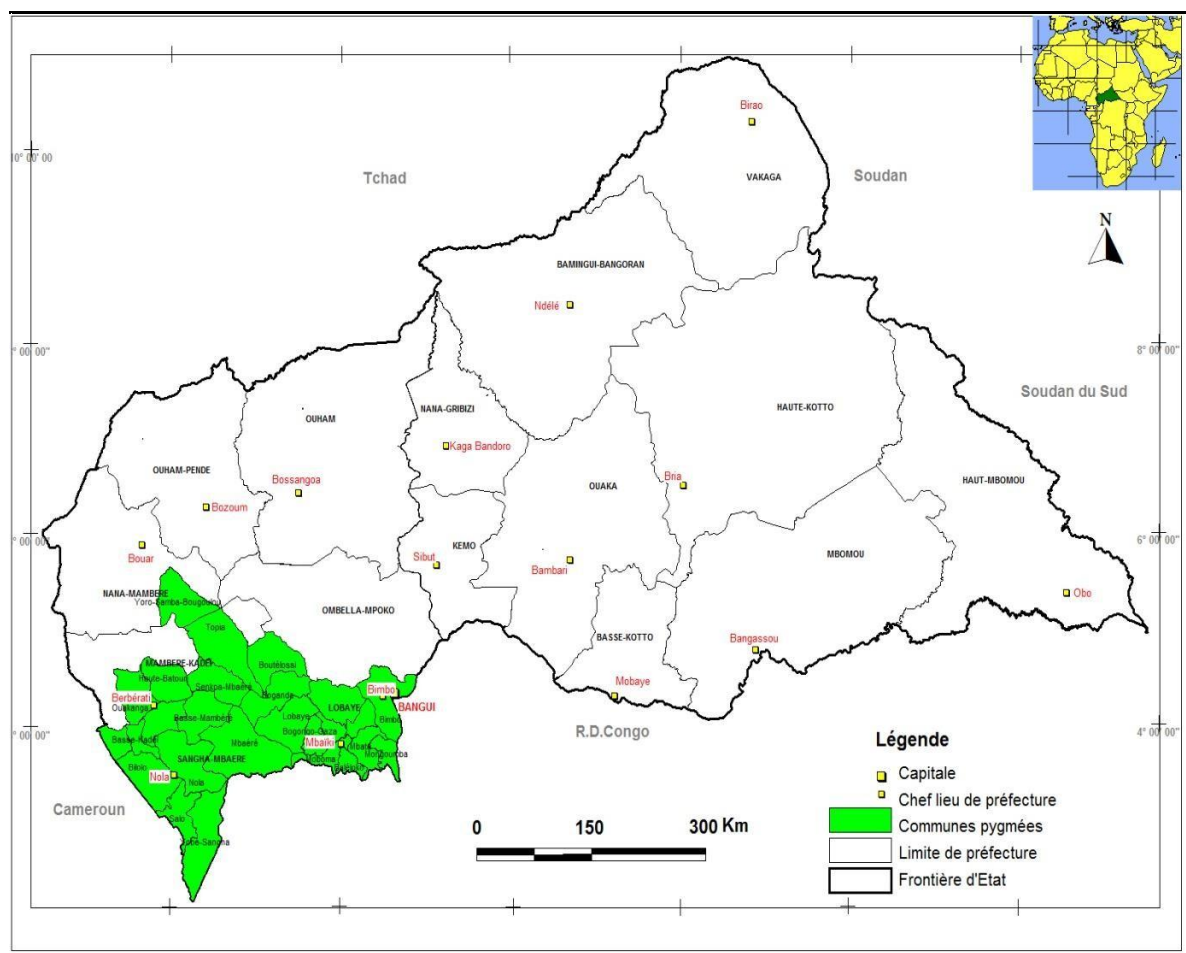
En RCA les Aka sont reconnues comme les peuples autochtones, au regard des critères de la Norme 7 (voir point 4.3.2), *il est important de signaler que dans le cadre de ce PPA et même par la suite les Peulhs Mbororos seront pris en compte dans les stratégies globale de la gestion des vulnérables du projet (personnes en état d' handicap et les personnes de 3è ages). Donc le présent PPA marquera l'accent sur les PA -Aka.*

III.1.1. Les populations autochtones (les Ba-Aka)

En RCA, les PA sont des chasseurs, éleveurs, cueilleurs et nomades qui vivent dans la forêt équatoriale du territoire de la République Centrafricaine. Les Ba-Aka sont reconnus comme les tous premiers habitants de la forêt centrafricaine. On les retrouve dans le sud-ouest du pays représentés dans quatre préfectures qui sont : L'OMBELLA-M'POKO, la LOBAYE, la SANGHA-MBAERE et la MAMBERE-KADEI.

Sur le plan linguistique, la plupart des PA centrafricains parlent la langue de leurs anciens maîtres excepté ceux désignés sous le nom d'AKA qui parle une langue propre à eux. Ceux-ci parlent, entre autres, la langue Aka, appelée Mbenzele dans la région de Nola, Ngbaka, Isongo et Bofi.

La carte suivante localise les populations autochtones sur le territoire centrafricain.



16 juin 2026

Les études démographiques précédentes ont montré que dénombrer la population autochtone en République Centrafricaine pose souvent du problème, vu la difficulté d'accéder aux zones qu'ils habitent et surtout à leur extrême mobilité. Ainsi, la plupart des chiffres avancés pour illustrer leur poids démographique ne sont, pour la plupart du temps, que des estimations, d'où le risque constant de surestimer ou de sous-estimer cette population. Jusqu'ici, l'effectif global de la population autochtone de la République Centrafricaine était estimé entre 15.000 et 20.000 (RGH03, 2003).

Les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003 (RGPH03) a estimé le nombre de PA à 12.393 soit 0,3% de la population totale. Cependant, un récent

recensement organisé par l'ONG italienne COOPI dans la seule préfecture de la Lobaye révèle qu'ils sont au nombre de 15.880. Cela démontre donc que la population Autochtone de la RCA pourrait être en réalité plus nombreuse que ce qu'on a estimé jusqu'à maintenant. A preuve, d'après des informations obtenues auprès de la mairie de Bayanga, l'effectif total de la population BaAka (Aka) de la Réserve de Dzanga-Sangha, par exemple, serait de 12.050. Alors que le recensement de 2003 chiffre cette même population à 7.638 et un ancien recensement, effectué par Anna Kretsinger en 1993 dans les villages aka de Koundapapaye, Yobe, Babongo, Mossapoula, Yandoumbe et Lidjombo avance le chiffre 1.052.

De même, en 2006, le recensement des chefs de ménages effectué par le Plan de Développement Sanitaire donne le chiffre 976 comme effectif de la population aka vivant dans la Réserve. Il est à noter que des absents de plus de six mois n'ont pas été pris en compte dans ce dénombrement, ce qui laisse croire que le nombre réel des BaAka vivant dans cette Réserve serait nettement supérieur au chiffre de 976 avancé.

Le (RGPH03) révèle qu'il existe deux groupes de PA :

Les PA sédentarisés ;

Les PA nomades ou mobiles.

Les PA dits sédentarisés sont installés le long des routes à proximité des villages tandis que les plus mobiles vivent en forêt. Ces deux groupes ont été recensés dans des ménages classés ordinaires. Le rapport de masculinité montre qu'il y a autant d'hommes que de femmes autochtones.

La quasi-totalité des PA (98 %) vivent en milieu rural où ils représentent 0,5 % de la population rurale.

Le poids démographique des PA varie très sensiblement en fonction de la région. Ils sont numériquement plus représentés dans les régions forestières favorables à leurs activités de cueillette, de chasse et de pêche (dans la Région 1 constituée des préfectures de la Lobaye et de l'Ombella-Mpoko et la Région 2, constituée des préfectures de la Nana-Mambéré, de la Mambéré-Kadei et de la Sangha-Mbaéré (voir carte ci-dessous). Malgré la tendance à la sédentarisation le long des voies de communication et près des villages, la forêt demeure l'habitat par excellence pour les PA

Pour ce qui est de **l'éducation traditionnelle**, les enfants sont éduqués par leurs parents sur tout ce qui concerne les ressources humaines, les liens historiques, les méthodes de survie liées à la forêt, etc. c'est au cours des rituels initiatiques que les plus jeunes apprennent le respect des anciens et l'histoire de la communauté.

Les PA pratiquent traditionnellement le mariage exogamique. Les rapports sexuels débutent entre 10 et 12 ans. Toutefois, affirment les parents (Groupes d'hommes et de femmes confondus) : « Aujourd'hui, les garçons ne viennent plus forcément des villages voisins, certains de nos enfants ont des rapports sexuels cachés dans le même campement ». Traditionnellement, dans la famille ou à l'intérieur du clan, les pères éduquent les garçons et les mères, les filles. Pourtant, l'aspiration au modernisme et l'intégration dans les communautés semblent inévitable pour la jeune génération. L'éducation moderne s'impose de plus en plus, mais ce sont les garçons PA qui sont les plus scolarisés. Pour les parents avec qui les discussions ont été menées pendant la phase du terrain en juillet 2020: Il est essentiel

que les enfants sachent lire, écrire et compter pour favoriser leur intégration et leur offrir une possible insertion socioprofessionnelle. Au départ les parents étaient très méfiants.

Peuple de forêts, les PA (Aka) sont aussi de véritables tradipraticiens. La forêt leur fournit des tiges, feuilles, racines diverses qui servent également de médicaments. Cependant, avec la sédentarisation, l'on note une prolifération de maladies récurrentes : crise de paludisme, vers de guinée, poliomyélite, mycoses, conjonctivite, etc., dans les campements autochtones visités. Il faut noter aussi, l'éloignement des infrastructures sanitaires de ces campements ; ce qui pose un problème de soins de santé primaire.

Dans le cadre du projet HISWACA-SOP2 COMPOSANTE RCA, un travail de fond pour l'identification et la cartographie des campements et les recensements des autochtones a été fait. Un fois les données disponibles PPA peut être revue pour intégrer les données statistiques fiables.

III.2 Situation des PA et leurs relations avec leurs voisins

Il existe aujourd'hui, une certaine dynamique sociale entre les PA et les autres groupes ethniques. Au niveau des Peuples Autochtones, en général, les relations sociales entre les bantous ne sont pas toujours bonnes caractérisées par un complexe de supériorité des bantous, qui considèrent encore les PA comme des citoyens de second rang. Cela se manifeste par exemple, par le fait que les hommes bantous épousent les femmes PA, tandis que l'inverse n'est pas possible. On note aussi des rapports conflictuels se manifestant par des cas de violence sexuelle basée sur le genre en ce sens que les femmes PA épousées par les bantous subissent généralement, de la part de leur mari bantou, des comportements qui sont de nature à causer du mal ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques à travers des actes suivants :

Des violences verbales telles que des injures ou insultes ;

Des violences psychologiques comme la méprise, la dévalorisation ou la brimade conjugale ;

Etc. Lorsque les membres de la communauté AKA ou PA travaillent dans des champs appartenant aux voisins bantous, ils sont très mal rémunérés. Tel que l'on peut l'observer, les rapports sociaux qui lient les PA et les autres groupes ethniques majoritaires dans leurs localités sont en défaveur des premiers. Il s'ensuit une inégalité au niveau des revenus et des droits humains.

III.3. Mode de vie des PA dans la zone du projet HeSP

S'agissant des activités de subsistance des populations autochtones localisées dans la zone du Projet HeSP, il est essentiel de noter que leurs traditionnelles principales activités de subsistance sont la cueillette et le ramassage des produits forestiers non ligneux (PFNL) et la chasse. Toutefois, aujourd'hui, les groupes qui se sont sédentarisés, le long des routes secondaires comme à Nola, Bayanga, Lindjongbo, exercent des activités agricoles.

Notons également que les populations autochtones localisées dans la zone du Projet HeSP, n'étant pas propriétaires de terre car n'ayant pas de terres propres à eux ou parce que leur possession n'est pas reconnue de manière formelle par les communautés bantoues, deux modes d'accès aux moyens de production et/ou de revenu leur sont possibles :

La cession de terre par les propriétaires bantous aux PA afin qu'ils cultivent les champs pour leur propre compte; ou

Le système de métayage qui est un mode d'exploitation agricole dans lequel le propriétaire (bantou) cède sa terre, ses matériels aratoires et les semences à l'exploitant (PA) en vue de se partager la récolte dans des proportions négociées de commun accord.

En réalité, les PA vivant traditionnellement dans le nomadisme, ne jouissent pas de droit foncier (même coutumier) comme leurs voisins bantous.

Le troc constitue encore un mode d'échange économique entre ces PA et les populations bantous.

Pour ce qui est de l'éducation, les discussions de groupes et l'observation directe utilisée lors de l'enquête de terrain ont permis de relever que le principal problème du faible taux de scolarisation demeure leur revenu limité ne permettant pas à leurs enfants de payer les frais scolaires pour fréquenter les écoles.

En d'autres termes, les parents n'ont pas des ressources financières susceptibles de supporter les coûts relatifs à l'éducation de leurs enfants. C'est donc l'éducation traditionnelle qui prédomine encore. A cet effet, les enfants sont éduqués par leurs parents sur tout ce qui concerne le trésor humain, les liens historiques, les méthodes de survie liées à la forêt, etc. C'est au cours des rituels initiatiques que les plus jeunes apprennent le respect des anciens et l'histoire de la communauté.

Traditionnellement, dans la famille ou à l'intérieur du clan, les pères éduquent les garçons et les mères, les filles. Et au sein des familles, l'éducation des enfants se fait sur la base de l'observation et de l'imitation des parents. Pourtant, la sédentarisation et l'intégration semblent inévitables pour la jeune génération.

III.4 Habitat

De façon générale, les populations autochtones dans la zone du Projet HeSP, construisent des petites huttes avec les branches couvertes de bas en haut par les feuilles ou la paille qui leur servent d'habitat. Ces huttes sont généralement d'une dimension de 16 m de périmètre et de 1,60 m de la hauteur en pièce unique. A l'intérieur on y trouve une sorte des lits fabriqués à l'aide des sticks d'arbres rangés sur quatre (4) piliers par terre. Toute la famille étendue vit dans cette pièce unique (les parents, le fils aîné et son épouse, la tante ou l'oncle et ses conjoints, la fille et son époux). Toutefois, dans certains villages, les PA devenus sédentaires cohabitent dans les mêmes villages avec les bantous. Les deux images qui suivent présentent des modèles de huttes construites par ces PA.

Somme toute, l'observation de terrain a permis de révéler que les campements des Aka de la zone du projet, se composent, du point de vue de leur architecture traditionnelle, de matériaux de construction perpétuellement renouvelables et disponibles. Les femmes Aka construisent les huttes et transmettent ainsi les techniques de génération en génération. C'est donc à partir des essences non ligneuses composées de jeunes plantes en attente d'une éclaircie pour se développer qu'une grande variété de marantacée est utilisée dans la construction des huttes. Traditionnellement, les techniques de construction des maisons Aka consistent à utiliser des feuilles pour construire des huttes dans des campements. Ici tout provient de la nature : les cases typiques sont faites de branches recourbées en arceaux et couvertes de feuilles de bananier.

III.5. Santé, Eau potable et assainissement chez les PA de la zone du projet

a) Situation sanitaire

La situation sanitaire des PA, d'après des enquêtes de terrain montre que les PA en RCA n'ont pas toujours accès aux soins de santé primaires modernes et qu'ils en sont parfois réduits à la médecine traditionnelle. En tant que peuple de forêts, les Aka sont de véritables tradipraticiens. La forêt leur fournit à cet effet, des tiges, feuilles, racines diverses qui servent également médicaments. Cependant, avec la sédentarisation, l'on note maintenant, selon les responsables locaux de santé et des ONG une prolifération de maladies dites modernes : *crise de paludisme, diarrhée, diabète, hernie, poliomyélite, mycoses, conjonctivite, etc., dans les campements autochtones visités.*

L'éloignement des infrastructures sanitaires de leurs campements fait qu'il y a défis à relever en matière d'accès aux soins de santé primaire : absence de moyen d'évacuation des malades vers les centres modernes de santé. A vrai dire, l'accès aux soins de santé primaires est très limité, en particulier en zone forestière. Il s'ensuit que les maladies et autres menaces de la santé affectent beaucoup plus les PA que les autres groupes, notamment les parasitoses tropicales, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, les maladies infectieuses infantiles, les maladies respiratoires tandis que les femmes sont exposées à une mortalité élevée à l'accouchement.

Tout ceci résulte de :

Leur enclavement, qui rend particulièrement difficile leur encadrement sanitaire et par exemple, l'accouchement dans des campements, loin des services de santé essentiels ;

Leurs représentations socioculturelles de la maladie pour lesquelles toute maladie est liée à des croyances ou superstitions et à des rites ancestraux.

Rapports sexuels précoces ;

La pauvreté humaine et monétaire, qui ne leur permet pas de payer les soins et/ou les médicaments ;

L'attitude méprisante et discriminatoire des voisins bantous, voire des agents de santé qui, souvent, les marginalise quant à la distribution de moustiquaires ou de la campagne des vaccinations, par exemple.

La situation sanitaire des Populations Autochtones révèle une vulnérabilité élevée qui contrevient aux exigences de la NES 7, notamment en matière d'accès équitable et culturellement approprié aux services sociaux de base. Des mesures prévues dans le Plan d'Action dans la mise en œuvre du projet, notamment la formation du personnel de santé, le suivi de l'accès effectif des PA aux services et l'adaptation du mécanisme de gestion des plaintes spécifique aux communautés autochtones.

Malgré l'efficacité reconnue de la médecine moderne, son champ d'action reste cependant très réduit pour la communauté AKA. Il en résulte un accès aux services des soins de santé primaires, de la part des PA, se traduisent aujourd'hui, par la mortalité infantile et maternelle élevée et l'espérance de vie inférieure à celle des autres groupes ethniques de la région. De plus, on ne dispose pas de chiffres ni d'études scientifiques fiables sur les indicateurs les concernant à l'échelle nationale.

L'absence de données sanitaires fiables complique également la planification, en contradiction avec les exigences de suivi, Cette situation justifie la mise en œuvre de mesures

ciblées, proportionnées et culturellement adaptées dans le cadre du PPA, afin d'améliorer l'accès, la prévention et la prise en charge sanitaire des PA dans la zone du projet.

La situation sanitaire des Populations Autochtones demeure marquée par une vulnérabilité élevée liée à l'enclavement, aux barrières socioculturelles, à la pauvreté multidimensionnelle et aux pratiques discriminatoires persistantes. Ces facteurs limitent fortement l'accès aux soins essentiels et aggravent l'incidence des maladies transmissibles et non transmissibles, avec un impact particulier sur les femmes et les enfants. Cette réalité justifie la mise en place de mesures ciblées et culturellement adaptées dans le cadre du PPA, afin d'améliorer l'accès, la prévention et la prise en charge sanitaire des PA dans la zone du projet.

III.6. Education familiale et communautaire et santé

Dans la famille, les deux parents (Père et mère (s)) ont pouvoir sur l'enfant mais prépondérance du rôle du père. A partir de 6-7 ans, le groupe d'âge prend une place très importante dans l'éducation.

Comme chez les minorités PA, les croyances, superstitions et autres déterminent les types de soins à apporter contre une maladie. On distingue ainsi des maladies voulues par les dieux.

Le Maraboutage ou le recours aux guérisseurs aux pouvoirs supposés magiques ou religieux, est beaucoup plus observé dans ces communautés. Le Marabout soigne à travers des versets du Coran et de la phytothérapie ou encore le traitement des maladies par les plantes. Il peut également avoir recours aux avis des ancêtres. Toutefois, si la maladie dépasse le Marabout ou s'il y a urgence, ils se tournent vers les centres de santé modernes. Enfin, les latrines traditionnelles, le trou ouvert ou la nature demeurent leurs principaux lieux d'aisance.

Face à cette situation des mesures seront mises en place :

Mettre un programme de sensibilisation communautaire intégré, combinant éducation sanitaire, promotion de l'hygiène et dialogue interculturel, en s'appuyant sur : (i) des relais communautaires autochtones formés (leaders, femmes, jeunes) pour diffuser des messages adaptés aux croyances locales ; (ii) des sessions d'information co-animées avec les guérisseurs et marabouts, afin de renforcer la complémentarité entre pratiques traditionnelles et médecine moderne, conformément au principe d'adéquation culturelle de la NES 7 ; (iii) des modules simplifiés sur les maladies courantes, la prévention, l'hygiène et l'assainissement, adaptés au faible niveau d'alphabétisation ; (iv) la promotion de latrines améliorées et de pratiques d'hygiène de base (lavage des mains, gestion des déchets) à travers des démonstrations pratiques ; (v) des actions ciblées auprès des parents et groupes d'âge pour renforcer les connaissances en santé familiale, santé maternelle et protection des enfants.

Cette mesure vise à réduire les barrières socioculturelles, améliorer l'acceptabilité des services de santé modernes et renforcer les pratiques d'hygiène, tout en respectant les systèmes de croyances et les structures sociales des communautés autochtones

III.7. Structure sociale, politique et sources de revenus des PA enquêtées

III.2.1. Organisation sociale et culturelle

Dans leur organisation sociale, les peuples Autochtones ont toujours coutume de se déplacer en fonction des ressources alimentaires de la forêt. D'un complément à l'autre, ils emportent

dans une hotte tous leurs biens. L'espace occupé tout au long de l'année en Lobaye, par exemple, par un groupe de Bayaka varie entre deux cent quatre-vingts et quatre cents kilomètres carrés, ce qui donne en moyenne à chaque individu un espace de quatre kilomètres carrés.

Alors que leur mode de vie se caractérisait essentiellement par leur nomadisme, les Aka sont aujourd'hui semi-sédentaires et pratiquent l'agriculture itinérante sur brûlis ainsi que le stockage des réserves alimentaires. La rencontre avec les populations voisines sédentaires a donné naissance à une cohabitation spatiale. Toutefois, malgré cette cohabitation, les chefs coutumiers jouent un rôle important encore dans l'organisation sociale. Ils perpétuent la tradition des ancêtres et sont désignés par les membres de la communauté.

III.2.2. Habitat et éducation

Traditionnellement, les techniques de construction des maisons des peuples autochtones en général, consistent à utiliser des feuilles pour construire des huttes dans des campements. Ici tout provient de la nature : les cases typiques sont faites de branches recourbées en arceaux et couvertes de feuilles de bananier. L'observation révèle que les campements des peuples Autochtones et les habitations qui les composent sont uniques en leur genre tant du point de vue de leur architecture traditionnelle que de la fonctionnalité de l'ensemble. Les matériaux de construction sont perpétuellement renouvelables et disponibles. L'authenticité de ces campements réside dans le fait que ce sont les femmes autochtones qui construisent les huttes et transmettent ainsi les techniques de génération en génération. C'est donc à partir des essences non-ligneuses composées de jeunes plantes en attente d'une éclaircie pour se développer qu'une grande variété de marantacée est utilisée dans la construction des huttes.

Dans tous les campements visités dans l'Ombella-Mpoko, la Lobaye, et la Mambéré – kadéï, les habitations de type traditionnel sont construites de matériaux locaux non durables ou semi durables, mais dont on pourra renouveler en toute saison du fait de l'abondance et de la proximité des matériaux, ainsi que des savoir-faire. Il faut préciser que chaque campement observé occupe une superficie moyenne d'environ 60 m². Ces campements sont pour la plupart du temps en pleine zone forestière et assez éloignés des villages des ethnies voisines majoritaires que sont les Gbaka, Mbatî, Bofi, Mondjombo, Yanguéré, Mbémou, Gbaya, etc. Cependant, il existe de plus en plus des campements proches des villages et situés à proximité ou tout le long des voies de communication.

L'habitat moderne est emprunté aux autres groupes voisins : construction carrée ou ronde) faite de mur coiffée de paille ou de branches de bambous, de branches de palmier ou d'écorces taillés issus de grands arbres abattus par les sociétés forestières. Si les maisons traditionnelles faites de feuilles d'emballage naturel appelées localement « Ngongon » sont construites par les femmes, les habitats modernes sont l'œuvre des hommes.

Cette mutation est causée par la cohabitation communautaire liée à la déforestation et à la mutation de l'activité économique. Au reste, les habitations sont disposées de manière circulaire, la façade postérieure adossée à la forêt et la façade principale orientée vers la place centrale du campement, qui est assez dégagée pour accueillir les différents événements et manifestations communautaires.

Les images suivantes permettent d'avoir une idée de l'habitat des peuples autochtones.



Figure 1: Un modèle d'habitat des Ba Aka



Figure 2: Deuxième modèle d'habitat des Ba Aka

Dans l'ensemble ces types d'habitat constituent l'unité socio-économique appelée généralement « le campement ». C'est à ce niveau que s'opèrent les activités collectives. Le campement est généralement constitué d'environ une dizaine de huttes formant un groupe restreint de 10 à 100 personnes. Ce sont généralement des frères ou des cousins, mais aussi des beaux-parents. C'est l'aîné qui bénéficie de l'autorité morale.

Selon les coutumes, la vie dans les campements a une particularité : les hommes et les femmes vivent dans les huttes ensemble avec les enfants de bas âge. Les enfants qui ont plus de 6 ans doivent construire leur propre hutte. Dans la journée les femmes se regroupent entre elles et les hommes également ; ce n'est que le soir que toute la communauté se rassemble autour du feu.

Il est important de souligner la mobilité des campements dus généralement à une combinaison de causes : appauvrissement des ressources alimentaires, mais aussi l'importance numérique du groupe, nécessité de visites, proximité de groupes voisins, et encore troubles sociaux ou

décès. Au fil des mois, les communautés se regroupent ou se scindent alternativement, en un perpétuel mouvement de fusion et de fission.

Pour ce qui est de l'éducation traditionnelle, les enfants sont éduqués par leurs parents sur tout ce qui concerne le trésor humain, les liens historiques, les méthodes de survie liées à la forêt, etc. c'est au cours des rituels initiatiques que les plus jeunes apprennent le respect des anciens et l'histoire de la communauté. Les peuples Autochtones pratiquent traditionnellement le mariage exogamique. Les rapports sexuels débutent entre 10 et 12 ans. Toutefois, affirment les parents (Groupes d'hommes et de femmes confondus) : « Aujourd'hui, les garçons ne viennent plus forcément des villages voisins, certains de nos enfants ont des rapports sexuels cachés dans le même campement ».

Traditionnellement, dans la famille ou à l'intérieur du clan, les pères éduquent les garçons et les mères, les filles. Pourtant, l'aspiration au modernisme et l'intégration dans les communautés semblent inévitable pour la jeune génération. L'éducation moderne s'impose de plus en plus, mais ce sont les garçons PA qui sont les plus scolarisés. Pour les parents avec qui les discussions ont été menées pendant la phase du terrain du 20 au 26 février 2019 : Il est essentiel que les enfants sachent lire, écrire et compter pour favoriser leur intégration et leur offrir une possible insertion socioprofessionnelle. Au départ les parents étaient très méfiants.

Il a fallu beaucoup de temps et de pédagogie pour leur faire entendre que l'éducation est une autre chance. Dans la Sangha-Mbaéré et précisément dans la localité de Bélemboké (Sous-préfecture de Nola), un prêtre catholique, Père Lambert, y a créé une école primaire depuis 1973. Cette école a formé plusieurs enfants Aka. L'exemple de cette localité est admiré par les autres communautés Aka de la région.

Certaines organisations Non Gouvernementales telles que l'Association Centrafricaine pour la Traduction de la Bible et l'Alphabétisation (ACTBA) ont contribué aussi à l'émancipation de ces communautés à Londo depuis 1992. La formation des animateurs Autochtones et non Autochtones pour l'alphabétisation tant des enfants que des adultes ainsi que l'organisation de la préscolarisation et du développement du matériel pédagogique adapté à leur culture et mode de vie ont été ainsi amorcées. Les résultats portent sur l'amélioration de l'accès à l'éducation et la valorisation de la langue Aka, parlée par les peuples Autochtones de Mongoumba et de Londo, les deux régions bénéficiaires du projet. Peuple de forêts, les Autochtones Aka sont aussi de véritables tradi-praticiens. La forêt leur fournit des tiges, feuilles, racines diverses qui servent également des médicaments.

Il faut tout de même souligner que selon des chiffres officiels (sources ONG COOPI), plus de 93 % de la population Autochtone n'est pas scolarisée.

En somme pour l'Accès à l'éducation des enfants PA, le grand problème ou les obstacles majeurs concernent la discrimination, la stigmatisation et la pauvreté. La prise en charge (frais scolaires) constitue un autre obstacle pour la fréquentation des enfants PA dans les écoles avec les enfants Bantous.

L'accès à l'information des Populations Autochtones majoritairement non scolarisées, sera prévu dans le Plan d'action : un dispositif de communication adapté appuyé par les relais communautaires Aka et les ONG intervenant dans la protection des PA reposant sur des supports visuels simplifiés (dépliants), la communication orale, la traduction dans les langues locales et la mobilisation de relais communautaires autochtones. Des séances ciblées par

groupes d'âge et de genre, des supports audios et des démonstrations pratiques complètent ce dispositif. Le PPA d'assure une compréhension effective et culturellement appropriée des messages essentiels, conformément aux exigences d'adéquation culturelle de la NES 7 et aux obligations d'information et de participation de la NES 10.

III.2.3. Situation sanitaire

La situation sanitaire des PA, d'après des enquêtes de terrain montre qu'ils n'ont pas toujours accès aux soins de santé primaires modernes et qu'ils en sont parfois réduits à la médecine traditionnelle. En tant que peuple de forêts, ils sont de véritables tradipraticiens. La forêt leur fournit à cet effet, des tiges, feuilles, racines diverses qui servent également des médicaments.

Cependant, avec la sédentarisation, l'on note, selon les responsables locaux de santé et des ONG une prolifération de maladies dites modernes : crise de paludisme, vers de guinée, poliomyélite, mycoses, conjonctivite, etc., dans les campements autochtones visités. Il faut noter aussi, l'éloignement des infrastructures sanitaires de ces campements ; ce qui pose un problème d'accès aux soins de santé primaire.

L'accès aux soins de santé primaires est lui-même déjà limité, en particulier en zone forestière. Il s'ensuit que les maladies et autres menaces de la santé affectent beaucoup plus les PA que les autres groupes, notamment les parasitoses tropicales, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, les maladies infectieuses infantiles, les maladies respiratoires tandis que les femmes sont exposées à une mortalité élevée à l'accouchement.

Tout ceci résulte de :

Leur enclavement, qui rend particulièrement difficile leur encadrement sanitaire et par exemple, l'accouchement dans des campements, loin des services de santé essentiels ;

Leurs représentations culturelles de la maladie pour lesquelles toute maladie est liée à des croyances et à des rites ;

Rapports sexuels précoces ;

La pratique de la médecine traditionnelle qui a des limites pour certaines pathologies ;

La pauvreté humaine et monétaire, qui ne leur permet pas de payer les soins et/ou les médicaments ;

L'attitude méprisante et discriminatoire des voisins bantous (ils sont par exemple souvent marginalisés quant à la distribution de moustiquaires ou de la campagne des vaccinations).

Certains ménages de PA qui sont dans la zone d'intervention du projet pratiquent encore une médecine fondée sur leurs traditions orales et dont la qualité et l'efficacité sont reconnues par les autres groupes voisins qui partagent le même espace physique vital avec eux. Les pathologies pour lesquelles les autres groupes trouvent généralement efficace cette médecine traditionnelle de PA sont entre autres : la lombalgie, les hémorroïdes de toute nature, les maladies de rate, plusieurs sortes des blessures, certains types de fractures, les morsures de serpent, la malaria, la faiblesse sexuelle, etc.

Malgré l'efficacité reconnue de cette médecine, son champ d'action reste cependant très réduit.

D'autres maladies à plus forte incidence, dans la communauté Autochtone, ne trouvent ni traitement efficace, ni posologie appropriée. Il en résulte que les conséquences de ce faible accès aux services des soins de santé primaires, de la part des PA, se traduisent aujourd'hui, par la mortalité infantile et maternelle élevée et l'espérance de vie inférieure à celle des bantous. De plus, l'on ne dispose pas de chiffres ni d'études scientifiques fiables sur ces indicateurs à l'échelle nationale. Toutefois, il est important de signaler que toutes ces maladies dont souffrent les PA font parties de la liste du système de surveillance.

3.2.4. Les activités et sources de revenus

Dans leur structure socioéconomique, les populations Aka visitées dans les zones d'étude sont remarquablement adaptées à la vie en forêt équatoriale, parmi des arbres immenses (parasolier, fromager, ébène...) encombrés de lianes énormes. La commercialisation des Produits Forestiers Non Ligneux (PFNL), constitue l'une des sources de revenus des PA. Ils tirent dans l'ensemble, l'essentiel de leur subsistance de la chasse et de la cueillette, mais font quelques cultures sur brûlis, notamment des bananiers.

En somme, les sources de revenus des populations enquêtées proviennent essentiellement de la cueillette, de la chasse, de la pêche et aujourd'hui de l'agriculture. Dans la pratique, il existe une division sociale du travail.

La cueillette. Il s'agit d'une activité saisonnière réservée le plus souvent aux femmes et qui demeure très importante pour les populations autochtones de la forêt en général. Les produits de la cueillette sont dans l'ensemble les chenilles, les feuilles appelées localement « koko » (et dont le nom scientifique est le gnetum), le miel, les ignames sauvages, les champignons, les fruits sauvages, etc.

La chasse se fait avec arcs, sagaies et filets des céphalophes (petites antilopes), potamochères, genettes, damans et autres gibiers, y compris parfois des éléphants. Ils se procurent maintenant des fusils leur permettant de tirer la faune des arbres (oiseaux et singes). Il existe traditionnellement plusieurs formes de chasse chez les PA : chasse aux filets, chasse aux sagaies, chasse à l'arbalète, chasse aux fusils, chasse aux pièges à partir des fils métalliques.

Toutes ces formes d'activité ont des particularités :

La chasse aux filets est organisée généralement en groupe mixte où hommes, femmes, enfants d'un ou plusieurs campements y participent ; et cela concerne des espèces d'animaux diverses (petits et grands céphalophes, antilopes, phacochères et autres) ;

La chasse aux sagaies est une activité réservée uniquement aux hommes et surtout des hommes valides ; Elle concerne des gibiers tels que les phacochères ;

La chasse à l'arbalète quant à elle concerne des petits ou grands singes, des oiseaux divers et panthères qu'on tue à l'aide de flèches souvent empoisonnées. Elle est réservée de façon individuelle aux hommes ;

Il existe une autre technique qui consiste en l'enfumage des terriers et qui est réservée aux enfants, femmes et personnes plus ou moins âgées (peu valides). Des terriers de rats, rats palmistes ou porcs épiques, par exemple, sont enfumés à cet effet.

La pêche. Même si elle constitue une importante activité traditionnelle pour les populations autochtones, elle est aujourd'hui, dans toutes les régions confondues, une activité pratiquée

dans un moindre degré que la chasse et la cueillette. La pêche à la ligne est réservée aux hommes et celle à la nasse aux femmes.

L'agriculture apparaît comme une nouvelle activité économique pour les communautés des PA.

Aujourd'hui, les populations autochtones visitées sont devenues semi-sédentaires et pratiquent l'agriculture itinérante sur brûlis consistant à défricher la forêt, à ramasser et brûler la biomasse en vue de planter.

Dans la Sangha-Mbaéré et la Mambéré-Kadéï par exemple, cette activité est très développée. Ce sont des groupements constitués d'hommes qui s'y attèlent. Les femmes s'occupent de la semence ou de la récolte, mais dans les autres localités, les hommes aident aussi les femmes à défricher le champ et parfois sèment et surveillent ces champs. La culture du manioc, de l'arachide, du maïs, de l'igname, de la banane, du taro et des arbres fruitiers devient des activités de ces populations. Au demeurant, cette activité, même si elle est plus l'affaire des hommes tend à impliquer toute la population Autochtone.

Au total, toutes les activités décrites ici sont saisonnières pour la plupart. La chasse se pratique presque toute l'année ; le ramassage des chenilles se fait pendant la saison des pluies (Août, septembre, octobre) ; les champignons (Février, mars) ; Etc.

Ce qu'il faut retenir aussi, c'est que la déforestation et la sédentarisation ont changé les besoins des PA. Ceci a eu un impact sur les moyens de survie, car la concurrence sur le marché fait que les produits de chasse ou de cueillette ne nourrissent plus convenablement les familles Autochtones. Ces dernières vivent une situation de pauvreté monétaire.

Les mesures pour répondre à la dégradation des moyens de subsistance liée à la déforestation, à la sédentarisation et à la faible rentabilité des activités traditionnelles, le PPA prévoit un appui ciblé au renforcement économique des PA. Cela inclut : (i) la gestion durable et la meilleure valorisation des Produits Forestiers Non Ligneux (PFNL) ; (ii) l'appui à des pratiques agricoles améliorées et adaptées ; (iii) la diversification des activités génératrices de revenus (apiculture, artisanat, transformation) ; (iv) la structuration de groupements économiques PA pour améliorer l'accès au marché ; (v) la sécurisation de l'accès aux zones de chasse, pêche et cueillette ; (vi) la sensibilisation à la gestion durable des ressources. Cette mesure vise à stabiliser et diversifier les revenus, réduire la vulnérabilité économique et renforcer la résilience des PA face aux changements environnementaux et sociaux.

III.2.5. Importance des ressources forestières

La forêt demeure une source de vie pour ces PA. Pour ces derniers, la forêt est (ou mieux était) un grand magasin de biens et de richesses. Elle leur fournissait la nourriture (tiges, feuilles, fruits, noix, champignons, ignames sauvages, termites, œufs d'oiseaux, gibier et poissons). Ils y trouvaient également des matériaux de construction, des médicaments, du bois de feu, des matières premières telles que le bambou, des feuilles, de la gomme, de la cire et des teintures, des cordages, des couvertures et des paniers qu'ils pouvaient utiliser ou échanger. En plus, la forêt leur fournissait une eau fraîche et de bonne qualité.

La forêt était aussi le lieu des célébrations sociales et culturelles, le lieu où se tenaient les assemblées pour la prise de décisions, où ils consultaient les esprits et vénéraient leur dieu, où

ils enterraient leurs morts. Ces peuples de la forêt avaient réussi une si profonde interconnexion sociale, morale et spirituelle avec la forêt, qu'ils se voyaient eux-mêmes comme faisant partie d'elle. Somme toute, les ressources forestières sont au cœur des croyances et des pratiques rituelles des peuples autochtones en général.

Au demeurant, la forêt était leur « Mère Nourricière » et leur Vie. Leurs besoins y étaient de ce fait satisfaits. Et puisque chaque jour ils avaient la garantie de l'être le lendemain.

III.3. Dynamique sociale entre les PA et les autres groupes ethniques

En général, les relations sociales entre les bantous et les PA ne sont pas totalement bonnes car, caractérisées par un complexe de supériorité des bantous, qui considèrent encore les PA comme des citoyens de second rang. Cela se manifeste par exemple, par le fait que les hommes bantous épousent les femmes PA, tandis que l'inverse n'est pas possible. Ce comportement favorise des cas des violences basées sur le genre, des diverses formes ; en ce sens que les femmes des PA épousées par les bantous subissent généralement, de la part de leur mari bantou, des comportements qui sont de nature à causer du mal ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques à travers des actes suivants :

Des pratiques traditionnelles néfastes telles que le mariage forcé ;

Des violences verbales telles qu'injures ou insultes ;

Des violences psychologiques comme, mépriser, dévaloriser ou brimer ; imposer des Comportements ;

Des violences sexuelles comme imposer des pratiques sexuelles non désirées ; exploitation et abus sexuel, harcèlement sexuel.

La violence économique consistant dans les actes tels que : empêcher d'avoir accès aux ressources, dépenser les ressources sans accord, etc.

Sur le plan économique, comme cela a été déjà souligné, les enquêtes de terrain ont révélé une relation de « patron à ouvrier entre les bantous et les PA », ces derniers travaillant souvent dans les champs de bantous et sont très mal rémunérés. Pour se procurer des quelques biens manufacturés (sel, habit, cigarette, alcool...), les PA rendent généralement service aux bantous, moyennant un paiement suivant le prix fixé selon la volonté de l'acheteur bantou. Les services en échange sont en général, les produits de la chasse, de ramassage et de la cueillette.

Toutefois, le travail au champ avec une main-d'œuvre des PA constitue encore le principal service rendu par les derniers aux voisins bantous.

Tel que l'on peut l'observer, les rapports sociaux qui lient les PA et les autres groupes ethniques majoritaires dans leurs localités sont en défaveur des premiers. Il s'ensuit une inégalité au niveau des revenus et des droits humains. Il faudrait ajouter à tous ces faits, les problèmes prioritaires souvent évoqués par les autres groupes ethniques voisins, est notamment celui de l'endettement des PA : « le peuple Autochtone n'est pas solvable » dit-on dans la région. De fait, compte tenu de leur subsistance précaire due à l'introduction de l'économie du marché dans leur mode de vie, les PA salariés ont l'habitude de s'endetter auprès de leur employeur. Mais, ils sont reconnus comme de mauvais payeurs (non solvables), car ils remboursent rarement leurs dettes.

Cela crée aussi des rapports conflictuels entre eux et les autres groupes. Les bantous viennent souvent prendre aux mauvais payeurs (qui sont en majorité des jeunes) des outils agricoles, des ustensiles de cuisine, voire des habits, en guise de compensation.

Au reste, sur le plan culturel, étant devenues sédentaires, les PA sont en train de perdre petit à petit leur culture aux dépens de celle des bantous. La langue qui est l'élément fondamental d'une culture, est en train de disparaître chez les PA au profit de celle de bantous. Il en est de même de la tradition, la danse, etc. bref, les us et coutumes des PA sont en train de disparaître progressivement. Dans la ville de Nola, par exemple, on peut aujourd'hui, remarquer des filles des PA faire du racolage le soir devant les débits de boisson.

IV. CADRE INSTITUTIONNEL ET LEGAL D'EVALUATION DES DROITS ET DU STATUT PERTINENTS VIS-A-VIS DES POPULATIONS AUTOCHTONES

IV.1. Cadre législatif national

IV.1.1. La Constitution de la République Centrafricaine du 30 Aout 2023

Le préambule de la Constitution de la République Centrafricaine réaffirme l'engagement de l'État envers la protection des droits humains et inclut explicitement une référence à la protection des droits relatifs aux peuples autochtones.

Ces droits s'articulent autour de :

L'engagement Solennel : Le préambule réaffirme l'adhésion aux conventions internationales et proclame solennellement la protection des droits des peuples autochtones, garantissant leur dignité et leur identité ;

La protection des Valeurs Traditionnelles : L'article 1er, dans la lignée des principes du préambule, précise que l'État reconnaît et protège les valeurs traditionnelles conformes à la loi ainsi que les autorités coutumières ;

Le renforcement des Droits : La Constitution vise à protéger ces communautés contre toute forme de discrimination et à garantir le respect de leur mode de vie spécifique dans le cadre de l'unité nationale.

Ces dispositions s'inscrivent dans la continuité des engagements internationaux ratifiés par la RCA, notamment concernant la protection des droits de l'homme et des minorités.

A trouver une mesure à ce problème...

IV.1.2. Loi N° 06.002 portant Charte culturelle de la RCA

Au niveau des instruments nationaux, on observe les progrès notamment en ce qui concerne une politique culturelle visant à promouvoir la culture directement ou indirectement. Ces actions concernent tant la préservation du patrimoine et des trésors nationaux, que la promotion de la création contemporaine, en incluant le soutien aux structures de diffusion et de la culture.

Ainsi, la loi N° 06.002, portant Charte culturelle de la République Centrafricaine adoptée par l'Assemblée Nationale et promulguée par le Président de la République le 10 mai 2006, fait expressément référence en son article 6, sous-titre a, traitant des savoirs, alinéa 3, aux minorités centrafricaines dont nous, peuples autochtones centrafricains, faisons partie ; On peut retenir que cette loi prend en compte la diversité culturelle, indissociable de la dignité humaine, ce qui constitue d'ailleurs, la condition première au dialogue des cultures.

IV.1.3. Le code forestier

La Loi N° 08.022 du 17 octobre 2008 portant Code Forestier de la République Centrafricaine a pris en compte les intérêts des peuples autochtones.

Ainsi l'article 1e du Titre 1ère des Dispositions générales précise clairement ceci : « La forêt en général et la forêt centrafricaine en particulier remplissent de multiples fonctions. Elle maintient la fertilité des sols, génère de nombreux services environnementaux et contribue à

la séquestration du carbone, à la survie et au bien-être des populations, notamment des peuples autochtones qui y sont culturellement et intimement associés ainsi que de la faune sauvage. ».

Cette loi consacre une section aux droits coutumiers d'usage et des peuples autochtones (section II, articles 14 à 18). Toutefois, la loi ne prévoit pas la définition des peuples autochtones. Il reste que la Loi portant Code forestier de la République Centrafricaine qui n'a été promulguée qu'en 2008 n'est pas encore largement appliquée.

IV.1.4. Le code de l'Environnement

Les peuples Autochtones vivent dans la forêt en petits groupes de chasseurs. Ils considèrent la forêt comme leur mère nourricière, car ils y trouvent à la fois une protection et leur nourriture. En Centrafrique, la protection de l'environnement ne doit pas les ignorer. La Loi n°07.018 du 28 décembre 2007 portant Code de l'Environnement de la République Centrafricaine a pour objet de définir le cadre juridique de la gestion de l'environnement qui constitue un patrimoine de la nation. Sa protection et sa gestion sont d'intérêt général et universel. Tout citoyen centrafricain a droit à un environnement sain dans les conditions définies par les textes juridiques nationaux et internationaux en vigueur. Cette loi est composée de 5 titres : titre I traite des dispositions générales ; titre II de la gestion de l'environnement notamment la protection des eaux, du sol, du sous-sol, la gestion de la biodiversité, de substances et produits chimiques dangereux, des nuisances sonores et lumineuses, etc. ; titre III de la protection du patrimoine environnemental ; titre IV de la répression des infractions ; titre V des dispositions transitoires et finales (146 articles ; P.2-23). On peut retenir que ce code prend déjà en compte les populations autochtones.

Art.42. L'environnement cadre de vie est un ensemble où prédomine tout ouvrage physique réalisé par l'homme tels que : les pistes, les routes, les aéroports, les barrages hydrauliques, les usines et entreprises, le patrimoine culturel et architectural ou autres structures bâties ou naturelles qui ont des impacts sur l'environnement en causant des pollutions.

Art. 63 : Sont protégés par la présente loi, les sites d'importance historique, archéologique, scientifique et culturelle ainsi que les espèces végétales plantées à main d'homme et présentant un intérêt écologique, panoramique ou esthétique particulier pour l'environnement.

IV.1.5. Politique de l'eau et de l'assainissement

Pour réaliser un développement durable, il y a lieu d'éviter de porter atteinte aux ressources naturelles tels que l'eau, l'air et les sols qui, en tout état de cause, font partie intégrante du processus de développement et ne doivent pas être prises en considération isolément. Les effets irréversibles sur les terres doivent être évités dans toute la mesure du possible. Il est important de noter que la survie des PA dépend évidemment de ces ressources et que la protection de ces ressources précitées et bien d'autres a des incidences qui contribuent directement à leur développement socio-économique et culturel de cette catégorie ainsi que leur cadre de vie.

Le Document de politique et stratégies nationales en matière d'eau et d'assainissement en RCA a pour objectif global de contribuer au développement durable en apportant des solutions appropriées aux problèmes liés à l'eau afin que celle-ci ne soit pas un facteur limitant au développement économique et social. Ce document met un accent particulier sur la Promotion de Gestion Intégrée des Ressources en Eau. Cette politique est mise en œuvre par le ministère de l'Energie, des Mines et de l'Hydraulique, notamment la Direction Générale de

l'Hydraulique (DGH). Au niveau régional, la DGH est relayée par 4 Directions Régionales qui couvrent tout le territoire national. La DGH a élaboré en 1991 des Normes nationales en Hydraulique et Assainissement en zone villageoise. Toutefois, il faut souligner que ces normes mettent beaucoup plus l'accent sur l'exécution et la gestion technique et sociale (animation) des ouvrages. Les considérations d'ordre environnemental y sont abordées de façon relativement sommaire.

IV.1.6. Le Plan National de Développement (PND)

Le Plan National de Développement de la République Centrafricaine (PND 2024-2028) est le nouveau cadre stratégique de référence visant à transformer l'économie et consolider la paix, succédant au RCPCA.

Les Axes stratégiques sont orientés sur le renforcement de la Paix et la Gouvernance, la transformation Économique, la diversification de l'économie, le développement du Capital Humain (améliorer l'accès à l'éducation et aux services de santé, tout en luttant contre les vulnérabilités), et durabilité Environnementale.

Le PND 2024-2028 est la feuille de route du gouvernement pour répondre aux aspirations des populations et sortir du cycle de pauvreté.

Politique Nationale de Santé

L'alignement du Plan National de Développement (PND 2024-2028) avec la politique de santé s'articule principalement autour du deuxième axe stratégique du plan, intitulé "Développement du capital humain et accès équitable aux services sociaux de base". Cet alignement vise à créer une synergie entre les objectifs globaux de développement et les stratégies sectorielles préexistantes pour garantir un système de santé résilient.

1. Cadres de Référence et Intégration

Le PND 2024-2028 intègre et renforce les documents stratégiques de santé suivants :

La Politique Nationale de Santé (PNS 2019-2030) : Qui définit la vision à long terme du secteur.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS III, 2022-2026) : Qui sert de base opérationnelle pour les interventions prioritaires, notamment la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

2. Priorités Stratégiques Communes

L'alignement se manifeste à travers quatre piliers majeurs :

Renforcement de la résilience : Améliorer la gouvernance et le pilotage du système de santé, tout en stabilisant la gestion des ressources humaines et des équipements médicaux.

Santé Maternelle et Infantile : Priorité absolue pour inverser les taux de mortalité élevés et améliorer l'espérance de vie.

Lutte contre les maladies : Réduction de la charge des maladies transmissibles (VIH, nouvelles épidémies) et non transmissibles, avec un accent sur la surveillance épidémiologique.

Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : Rapprocher les soins des populations grâce à la santé communautaire pour garantir une équité d'accès géographique et financière.

Pour soutenir cette politique, le gouvernement prévoit :

Investissements massifs : Construction et réhabilitation d'infrastructures sanitaires pour réduire les inégalités territoriales.

Protection sociale : Renforcement des mécanismes pour les populations les plus vulnérables, incluant les déplacés et les victimes de violences basées sur le genre.

Partenariats : Signature de nouvelles stratégies de coopération, comme celle avec l'OMS (2026-2028), explicitement alignée sur le PND et le PNDS III.

Le Projet HeSP est entièrement aligné sur le troisième pilier du plan National du Développement (PND) à savoir la Lutte contre les maladies : Réduction de la charge des maladies transmissibles (VIH, nouvelles épidémies) et non transmissibles, avec un accent sur la surveillance épidémiologique.

Les effets, le cas échéant, les avantages sur le mode de vie des Autochtones A-Ka et Peulh pourront se mesurer à travers :

La Composante 2 : Détection des urgences sanitaires (31,66 millions USD)

Sous-composante 2.1. Surveillance collaborative (6,13 millions USD). Les activités proposées sont les suivantes : (i) renforcer le suivi des activités USS ; (ii) renforcer le Système intégré de services de santé (IHSS) dans les établissements de santé, les points d'entrée désignés, l'élevage et la surveillance environnementale, y compris la surveillance sentinelle ; (iii) renforcer la surveillance communautaire et événementielle ; (iv) renforcer la surveillance alimentaire ; (v) renforcer la numérisation de la surveillance via DHIS2 (e-SMIR) ; et (vi) renforcer la surveillance aux points d'entrée par des évaluations de capacité, une coordination transfrontalière et une supervision régulière. Les autres activités comprennent l'extension de la surveillance événementielle et environnementale à l'aide de sites sentinelles et d'outils géospatiaux, le renforcement des systèmes d'alerte précoce (AVADAR, EWARS), l'élaboration de plans de réponse fondés sur les risques et l'intensification de la formation à l'épidémiologie de terrain pour le personnel chargé de la santé humaine et animale. Les efforts porteront également sur l'amélioration de la vérification, de l'enquête et du protocole de surveillance des maladies d'origine alimentaire.

10. Sous-composante 2.2. Qualité et capacité des laboratoires (25,20 millions USD). Les activités proposées sont les suivantes : (i) le soutien aux laboratoires nationaux de référence ; (ii) la mise en place d'un système de gestion de la qualité ; (iii) le renforcement de la biosécurité et de la sécurité biologique ; (iv) la mise en place d'un réseau de laboratoires ; (v) le renforcement du transport des échantillons ; (vi) le renforcement des laboratoires à santé unique ; et (vii) la diffusion des documents de stratégie du système de laboratoire. Cette sous-composante renforcera également l'infrastructure des laboratoires par la remise en état et l'équipement d'installations clés, la création d'un institut de santé publique et l'opérationnalisation d'un laboratoire vétérinaire P3. Elle étendra la surveillance de la résistance aux antimicrobiens grâce au séquençage génomique, à la surveillance des résidus et à la participation au GLASS. D'autres efforts porteront sur l'amélioration de la gouvernance des laboratoires, la promotion des partenariats public-privé, le renforcement des systèmes de données pour l'utilisation des antimicrobiens et l'alignement

des protocoles de sécurité alimentaire sur les directives du Codex. Le renforcement des capacités et le soutien à la maintenance contribueront à assurer la durabilité et la performance du réseau. 11. Sous-composante 2.3. Ressources humaines multidisciplinaires pour les urgences sanitaires (0,33 million USD). Les activités proposées sont les suivantes (i) le renforcement de la capacité opérationnelle du laboratoire, y compris la formation à la maintenance des équipements, à la biosécurité, à la biosûreté et à des domaines spécialisés tels que la biologie animale, la biologie moléculaire, la bio-informatique, les essais cliniques et la gestion des échantillons ; (ii) le renforcement de la surveillance par le biais du FELTP (de base, intermédiaire, avancé), de l'e-SIMR et d'une formation ciblée en matière d'environnement, de santé animale, de gestion des déchets biomédicaux et d'engagement communautaire ; et (iii) l'élaboration de stratégies nationales pour la planification de la main-d'œuvre multisectorielle et la capacité de pointe conformément aux orientations du RSI, y compris la formation intersectorielle pour améliorer la coordination et la préparation à la réponse en cas d'urgence de santé publique.

Composante 3 : Réponse aux Urgences Sanitaires (20,20 millions USD).

Sous-composante 3.1. Gestion des urgences sanitaires (5,34 millions USD). Les activités proposées comprennent : (i) la préparation de plans d'action en cas d'incident ; (ii) le soutien à la vaccination pendant les urgences sanitaires (humaines et animales) ; (iii) la communication des risques pendant la réponse ; (iv) le déploiement d'équipes de réponse rapide ; (v) le fonctionnement des COU ; (vi) le renforcement des capacités logistiques en cas d'urgence ; et (vii) le renforcement des capacités de gestion clinique. Cette sous-composante renforcera également l'état de préparation grâce à des formations sur la biosécurité, la surveillance génomique et les risques liés au climat, en accordant une attention particulière aux dimensions sociales et de genre. Les efforts supplémentaires comprennent le soutien aux mécanismes de déploiement régional, le renforcement des contrôles de la sécurité alimentaire et des systèmes d'alerte précoce pour les menaces zoonotiques et les mouvements d'animaux afin de permettre une réponse rapide et coordonnée entre les secteurs.

Sous-composante 3.2. Prestation de services de santé en cas d'urgence sanitaire (14,86 millions USD). Les activités proposées sont les suivantes : (i) le déploiement d'activités de santé mentale et de soutien psychosocial ; (ii) le renforcement des soins cliniques et de la prévention des infections par l'amélioration de la prestation de services, la sensibilisation du public et la modernisation des infrastructures ; (iii) l'élaboration de plans de réponse aux épidémies et aux épizooties, y compris la constitution de stocks de fournitures médicales essentielles ; (iv) la recherche opérationnelle pour évaluer l'équité, l'efficacité et l'utilisation des services pendant les crises ; et (v) l'installation d'infrastructures d'hygiène de base dans les établissements de santé prioritaires pour soutenir la prestation de services sûrs et continus.

IV.2. Cadre Institutionnel : Ministères impliqués et Institutions/Organismes directement concernées

IV.2.1. Le Ministère en charge de la santé et de la population

Afin de rendre opérationnelles les orientations stratégiques contenues dans la politique nationale de santé (PNS), le Ministère de la Santé et de la Population a conçu et élaboré avec la participation de plusieurs autres départements sectoriels le Plan National de Développement

Sanitaire de troisième génération (PNDS III) de la République Centrafricaine couvrant la période 2022 – 2026.

Les interventions destinées à résoudre les problèmes prioritaires identifiés sont orientées sur quatre axes stratégiques à savoir :

- Le renforcement de la gouvernance de la santé ;
- Le renforcement de la résilience du système de santé ;
- L'amélioration de l'offre et de la demande ;
- Le riposte contre les endémo-épidémies et pandémies y compris la pandémie à covid-19.

IV.2.2. Le ministère de l'Environnement et du Développement Durable

La politique environnementale en RCA est placée sous l'égide de ce ministère en collaboration avec ceux en charge des Eaux et Forêts, Chasse, Pêche, et du Tourisme. Le ministère de l'Environnement et du Développement Durable est chargé de définir les orientations et stratégies nationales en matière de gestion environnementale et de légiférer à cet effet. Les déterminants de la politique nationale en matière d'environnement sont contenus dans le rapport national introductif à la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement Durable (CNUCED).

En plus, l'adhésion de la RCA à la Convention sur la Diversité Biologique s'est concrétisée par la formulation d'une stratégie nationale en matière de diversité biologique. La politique environnementale est mise en œuvre à travers la Direction Générale de l'Environnement.

Le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable a donc pour mission, la conception, l'élaboration et la coordination de la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans les domaines de la sauvegarde de l'environnement, de la gestion rationnelle des ressources naturelles et de l'amélioration de la qualité de la vie.

Au niveau régional, la mission de l'administration de l'environnement y est exercée par les

Directions Régionales. La Direction Générale de l'Environnement constitue la structure responsable du suivi de procédure d'EIE. Par ailleurs, pour assurer une mise en œuvre effective de la politique environnementale, il est envisagé de créer, à travers le projet de Loi-cadre sur l'Environnement : une Commission Nationale pour l'Environnement et le Développement Durable (CNEDD); une Agence Centrafricaine de l'Environnement et du Développement Durable (ACEDD).

En Somme, le lien ici avec les PA et le projet HeSP, c'est que le développement durable est une façon d'organiser la société de manière à lui permettre d'exister sur le long terme. Cela démontre que les sociétés humaines doivent vivre et répondre à leurs besoins sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins

IV.2.4. Le ministère de Développement de l'Energie et des Ressources Hydrauliques

(Direction Générale de l'Hydraulique (DGH))

Le Document de politique et stratégies nationales en matière d'eau et d'assainissement en RCA a pour objectif global de contribuer au développement durable en apportant des solutions appropriées aux problèmes liés à l'eau afin que celle-ci ne soit pas un facteur limitant au

développement économique et social. Ce document met un accent particulier sur la Promotion de Gestion Intégrée des Ressources en Eau.

Cette politique est mise en œuvre par le Ministère de l’Energie, des Mines et de l’Hydraulique, notamment la Direction Générale de l’Hydraulique (DGH). Au niveau régional, la DGH est relayée par 4 Directions Régionales qui couvrent tout le territoire national. La DGH a élaboré en 1991 des Normes nationales en Hydraulique et Assainissement en zone villageoise.

Toutefois, il faut souligner que ces normes mettent beaucoup plus l’accent sur l’exécution et la gestion technique et sociale (animation) des ouvrages. Les considérations d’ordre environnemental y sont abordées de façon relativement sommaire.

En Somme, ce ministère est impliqué dans la lutte contre la pauvreté en milieu rural et donc pour le développement humain des populations autochtones qui sont souvent éloignées de l’accès à l’eau et à la santé. L’hygiène et l’assainissement sont de nos jours, des priorités des gouvernements des pays en voie de développement en partenariat avec les organismes des nations unies tels que l’OMS et l’UNICEF.

IV.2.5. Les Municipalités

Au niveau local, le projet interpelle principalement les Municipalités des zones des PA concernées par le projet afin que celles-ci jouent pleinement leurs rôles dans le suivi de la mise en œuvre des mesures environnementales et sociales. De façon effective, les textes juridiques portant définition et attributions des compétences ne sont pas toujours respectés, ce qui pourrait entraîner parfois des conflits de compétences (et même des frustrations) entre les mairies et ses partenaires institutionnels (services déconcentrés de l’Etat). Les mairies disposent de très peu de moyens, ce qui justifie la rareté de leur intervention auprès des groupes armés. Elles ne disposent pas de budget autonome et dépendent du Trésor Public, même pour les plus petites activités. Ainsi démunies, les mairies peuvent difficilement faire face à leurs responsabilités au niveau local.

IV.2.6. Les organisations communautaires de base (OCB) et / ou de la société civile

Les limites notées dans les programmes de l’Etat et des municipalités ont favorisé l’émergence d’un secteur associatif au niveau communal. Celui-ci s’est en outre accompagné d’un dynamisme de la société civile sur les questions multiformes telles celles relatives à la cohésion sociale et du vivre ensemble, à la santé, à la bonne gouvernance, à la gestion durable de l’environnement et aux droits de l’homme. Il existe plusieurs formes d’organisations et d’acteurs aux appellations variées qui interviennent auprès des communautés autochtones en Centrafrique en contribuant à l’amélioration du cadre et des conditions de vie des populations autochtones en milieu urbain et rural. Plusieurs organisations s’activent dans le renforcement des capacités, l’information, la sensibilisation, la mobilisation sociale et l’accompagnement social, le respect des droits de l’homme, etc.

Ces organisations doivent être associées à la mise en œuvre des sous-projets des composantes 2 et 3 du projet HeSP.

IV.2. Cadre législatif international

IV.2.1. NES n°7 de la Banque Mondiale

La NES 7 s’applique :

Chaque fois que des Peuples autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées – PA (ou tout autre nom qui leur serait donné au niveau national) sont présents dans la zone d'un projet proposé ou montrent un attachement collectif pour ladite zone, tel que déterminé lors de l'évaluation environnementale et sociale.

Indépendamment du fait que le projet a des effets positifs ou négatifs sur les PA, et quelle que soit l'importance de ces effets.

Sans égard à la présence ou l'absence de vulnérabilités économiques, politiques ou sociales perceptibles, bien que la nature et l'étendue de ces vulnérabilités soient une variable essentielle à prendre en compte lors de la conception des plans destinés à promouvoir un accès équitable aux avantages d'un projet ou à atténuer les effets néfastes de celui-ci.

Une évaluation sociale ciblée aux fins de la NES n° 7 est effectuée lorsque les PA sont présents dans la zone du projet ou ont un attachement collectif pour cette zone.

Un aspect clé de l'évaluation consiste à comprendre les vulnérabilités relatives des PA touchés et l'incidence que le projet peut avoir sur eux.

L'évaluation sociale fait partie du Plan de Peuple Autochtone (PPA).

Lorsque les PA ne sont pas les seuls bénéficiaires du projet, les dispositions à intégrer dans les PPA varieront selon les circonstances. L'Emprunteur assurera l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'une manière qui offre aux PA touchés un accès équitable aux avantages qui en découlent.

Cette norme environnementale et sociale n° 7 doit aussi être mise en regard des autres normes pertinentes de la Banque, et notamment la NES n°1, Évaluation et gestion des risques et effets environnementaux et sociaux ; la NES n°2, Emploi et conditions de travail ; la NES n°3, Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution ; la NES n°4, Santé et sécurité des populations ; la NES n°5, Acquisition des terres, restrictions à l'utilisation des terres et réinstallation involontaire ; la NES n°6, Préservation de la biodiversité et gestion durable des ressources naturelles biologiques et la NES n°8, Patrimoine culturel.

IV.2.2. La Convention N°169 de l'Organisation Internationale du Travail

Le 30 août 2010, la République Centrafricaine a ratifié la convention 169 de l'OIT sur les Peuples indigènes tribaux. Elle devenait ainsi le premier pays africain partie prenante à cette convention. La ratification de cette convention par la République Centrafricaine se traduit par le fait que légalement, elle confère à ce traité une valeur supérieure aux lois nationales. Le Gouvernement centrafricain a des obligations concernant la mise en œuvre en dispositions de ladite convention, entre autres :

De rendre les lois nationales conformes aux dispositions de la Convention et d'établir

Des mécanismes pour assurer la mise en œuvre pratique des réformes juridiques ;

D'envoyer un rapport détaillé à l'OIT sur la mise en œuvre de la Convention deux ans après son adoption ;

De faire un rapport à l'OIT tous les 5 ans après le premier rapport sur la mise en œuvre

De la Convention (ou plus souvent si l'OIT le demande ou si nécessaire).

Toutefois, elle utilise une approche pratique et fournit uniquement des critères pour décrire les peuples qu'elle vise à protéger. L'auto-identification est considérée comme un critère fondamental pour l'identification des peuples indigènes et tribaux.

Malgré ses points positifs, il reste un vide juridique sur la situation des peuples autochtones et plus précisément la prise en compte par exemple des Conventions OIT 169 concernant les peuples indigènes et tribaux. A l'heure actuelle, le cadre législatif ne prend pas suffisamment en considération le droit à la participation et à la consultation des PA. La convention ne définit pas concrètement qui sont les peuples indigènes et tribaux.

En RCA, seuls les BA-Aka seront considérés comme les Populations Autochtones selon la Norme Environnementale et Sociale. Les Peuhls Mbororos, considérés populations autochtones selon la législation nationale, quant à eux sont considérés sous le Cadre Environnemental et Social, comme vulnérables, minoritaires et bénéficieront des avantages du projet.

IV.3.2. Le Cadre Environnemental et Social (CES) de la Banque Mondiale à travers la Norme Environnementale et Sociale 7 (NES 7)

Le Nouveau Cadre environnemental et social de la Banque mondiale décrit l'engagement de la Banque à promouvoir le développement durable à travers une politique et un ensemble de normes environnementales et sociales conçues pour appuyer les projets des pays emprunteurs dans le but de mettre fin à l'extrême pauvreté et de promouvoir une prospérité partagée.

La Politique environnementale et sociale de la Banque Mondiale relative au financement de projets d'investissement énonce les exigences auxquelles la Banque doit satisfaire lorsqu'elle appuie des projets au moyen d'un Financement de projets d'investissement (FPI).

Les Normes Environnementales et Sociales, qui sont au nombre de dix (10), énoncent les obligations des Emprunteurs en matière d'identification et d'évaluation des risques et effets environnementaux et sociaux des projets appuyés par la Banque au moyen du Financement de projets d'investissement.

La Banque estime que l'application de ces normes, en mettant l'accent sur l'identification et la gestion des risques environnementaux et sociaux, permettra aux Emprunteurs de réaliser leur objectif de réduction de la pauvreté et d'accroissement de la prospérité d'une façon durable pour le bien de leurs citoyens et de l'environnement. Ces normes vont :

Aider les Emprunteurs à appliquer de bonnes pratiques internationales en matière de viabilité environnementale et sociale ;

Aider les Emprunteurs à s'acquitter de leurs obligations environnementales et sociales au niveau national et international ;

Favoriser la non-discrimination, la transparence, la participation, la responsabilisation et la gouvernance ;

Contribuer à améliorer les résultats des projets en matière de développement durable grâce à l'adhésion permanente des parties prenantes.

Les dix Normes environnementales et sociales définissent les obligations auxquelles l'Emprunteur et le projet devront se conformer tout au long du cycle de vie du projet. Ces normes sont les suivantes :

Norme environnementale et sociale 1 : Évaluation et gestion des risques et effets environnementaux et sociaux ;

Norme environnementale et sociale 2 : Emploi et conditions de travail ;

Norme environnementale et sociale 3 : Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution ;

Norme environnementale et sociale 4 : Santé et sécurité des populations ;

Norme environnementale et sociale 5 : Acquisition de terres, restrictions à l'utilisation de terres et réinstallation involontaire ;

Norme environnementale et sociale 6 : Préservation de la biodiversité et gestion durable des ressources naturelles biologiques ;

Norme environnementale et sociale 7 : Populations Autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées ;

Norme environnementale et sociale 8 : Patrimoine culturel ;

Norme environnementale et sociale 9 : Intermédiaires financiers ; et

Norme environnementale et sociale 10: Mobilisation des parties prenantes et information.

La Norme environnementale et sociale (NES N° 7): Populations Autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées est ici applicable dans le cadre de la réalisation du PPA du projet HeSP.

En effet, cette NES 7 *participe à la réduction de la pauvreté et au développement durable en veillant à ce que les projets financés par la Banque accroissent les possibilités offertes aux*

Populations Autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées de participer au processus de développement et d'en tirer profit d'une manière qui ne menace pas leur identité culturelle singulière et leur bien-être. Elle reconnaît que les Populations Autochtones/ Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées ont des identités et des aspirations distinctes de celles des groupes majoritaires dans les sociétés nationales, et sont souvent désavantagés par les modèles traditionnels de développement. Dans de nombreux cas, ils font partie des segments les plus marginalisés économiquement et les plus vulnérables de la population. Leur situation économique, sociale et juridique limite souvent leur capacité à défendre leurs droits sur les terres, les territoires et les ressources naturelles et culturelles, ainsi que leurs intérêts dans ceux-ci, et peut les empêcher de participer aux projets de développement et en tirer profit. Il arrive fréquemment qu'ils n'aient pas un accès équitable aux avantages du projet, ou que ces avantages ne soient pas conçus ou fournis sous une forme adaptée à leur culture. De plus, il se peut qu'ils ne soient pas toujours consultés d'une manière satisfaisante sur la conception ou la mise en œuvre de projets susceptibles d'avoir une profonde incidence sur leur existence ou leurs communautés. La présente NES reconnaît que dans les cultures autochtones, les rôles des hommes et des femmes sont souvent différents de ceux des groupes dominants, et que les femmes et les enfants sont généralement marginalisés, tant au sein de leur propre communauté qu'en conséquence d'évolutions externes, et peuvent avoir des besoins spécifiques.

Au demeurant, Le Projet HeSP déclenche automatiquement l'application de la Norme environnementale et sociale 7: Populations Autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées.

NB : Il est donc important de signaler que dans le cadre de ce PPA les Peulhs Mbororos sont considérés comme "autres groupes vulnérables" qui bénéficieront et des avantages du projet. Donc le présent PPA mettra l'accent sur les PA -Aka et les Peulhs Mbororo.'

V. CONSULTATION DES PA DANS LA ZONE DU PROJET (source Projet SENI-Plus).

Ce chapitre résume le déroulement et les résultats des consultations publiques du Projet SENI-Plus qui seront actualisées après les consultations du public du projet HeSP.

En effet, la participation publique ou participation du public est un processus de dialogue ouvert et transparent qui implique le public dans la définition des problèmes et leur résolution, des opportunités, dans le développement des alternatives.

Elle permet l'implication des individus ou des groupes qui sont concernés (positivement ou négativement) ou intéressés par une intervention proposée (un projet, un programme, un plan ou une politique), à un processus de prise de décision.

Il convient de rappeler que la consultation publique est l'une des exigences de la législation nationale en matière des normes environnementales et sociales contenues dans le Cadre Environnemental et Social de la Banque Mondiale. Elle se fonde sur des nouveaux principes instituant l'implication de tous les acteurs institutionnels (administration publique ou privée, collectivités territoriales, etc.) et non institutionnels (communautés de base) et cherche à créer une dynamique d'échange avec ces acteurs.

V.1.Objectifs

L'objectif global des consultations des parties prenantes est d'associer les communautés des Peuples Autochtones, groupes ou personnes potentiellement affectés à la prise de décision relative au projet.

Spécifiquement, il s'agit de:

Fournir aux acteurs intéressés, des informations justes et pertinentes sur le projet, notamment, ses composantes et ses activités ;

Inviter les principales parties prenantes et les PA en particulier à donner leurs avis sur les propositions envisagées dans le cadre du projet ;

Instaurer un dialogue franc et asseoir les bases d'une mise en œuvre concertée et durable en prévision des activités que le projet va réaliser ;

Prendre en compte les préoccupations des PA dans la mise en œuvre du projet.

V.2. Acteurs consultés

Du 3 au 12 février 2022 s'est tenue dans quatre (04) localités de la mise en œuvre du projet SENI à savoir Bouar, Bayanga et Lindjombo des consultations du public dans le cadre d'élaboration des instruments de la sauvegarde du projet SENI PLUS regroupant plus de 30 personnalités (parmi lesquelles les PA) dans chaque localité issue de toutes les couches sociales (cf liste de présence).

Les consultations pour le PPA se sont tenues à Bayanga et Lindjombo. Au total, 63 personnes ont été consultées dont 32 à Bayanga (10 femmes et 22 hommes) et 31 personnes à Lindjombo, dont 20 femmes et 11 hommes. Ces consultations se sont déroulées les 7 et 11 février 2022.

Les objectifs des consultations est la prise en compte effective des intérêts des Parties Prenantes dans la planification et la conception du projet, notamment la préparation et la mise en œuvre des instruments de sauvegardes du projet SENI PLUS tels que CGES, CPR et CPPA. Les informations ont été diffusées dans les communautés PA par les experts en sauvegardes du projet.

Plus particulièrement, les enquêtes et les réunions des consultations ont permis de :

Présenter aux parties prenantes les objectifs, les composantes et les activités du projet ;

Recueillir les avis/commentaires, les observations, les craintes et les suggestions des parties prenantes ;

Examiner les commentaires des parties prenantes ;

Prendre en compte les points de vue des parties prenantes y compris les groupes vulnérables en général et les PA en particulier dans la préparation du projet.

V.3. Thématiques

Les thématiques/points ci-après ont été abordées et discutées avec les PA assistés des Bantous par endroit après présentation du projet :

La perception du projet ;

La situation socioéconomique des PA ;

L'accès des PA aux soins de santé ;

Les questions de violences basées sur le genre ;

Les obstacles rencontrés dans les campements pour ce qui concerne l'accès aux différents services sociaux de base (Etat civil, santé, prise en charge juridique, etc.) ;

Les contraintes environnementales et sociales majeures dans les zones du projet pouvant impacter les PA ;

Les risques et les impacts sociaux du projet sur les PA ;

Les expériences antérieures de mise en œuvre et de suivi de projet ;

Les mécanismes locaux de résolution des conflits ;

La participation et l'implication des PA et des populations dans la mise en œuvre des projets ;

- Les préoccupations et les craintes vis-à-vis du projet ;

- Les suggestions et recommandations à l'endroit du projet.

Les informations et les données collectées à l'issue des visites des campements, en associant avec celles de la revue documentaire ont contribué aux différentes analyses sociales y compris genre et vulnérabilité des PA.

V.4. Résultats des consultations avec les populations autochtones

V.4.1. Synthèse des échanges et discussions avec les PA

Le tableau ci-dessous présente le résumé de la consultation effectuée à Bayanga.

Tableau 3 : Suggestions et recommandations pour le PPA

DEFIS/DIFFICULTES	RECOMMANDATIONS
Les BA- AKA rencontrent des difficultés dans la prise en charge sanitaire Barrière linguistique Absence et faible circuit de référencement Insuffisance des outils de gestion L'indicateur de la gratuité total des BA- AKA n'ont pas été prise en compte dans le PBF	Former les matrones BA- AKA ; Avoir des relais communautaire BA- AKA Prise en charge efficace des BA- AKA qui seront formé pour travailler à l'hôpital Fournir une ambulance à l'hôpital secondaire de Bayanga Renforcer les capacités des matrones traditionnelles et les relais communautaires en milieu PA ;
L'indicateur de la vaccination contre les maladies épidémiologiques et les prises en en charge médicale est faible	Prendre en compte les indicateurs de la gratuité totale dans le paiement de subside Renforcer les dispositifs de référencement (moyen roulant) des PA malades de campement au centre de prise en charge Prendre en compte les vaccinations et la prise en charge médicales en cas des épidémiologies ; Renforcer la communication, sensibilisation avec les images visuelles (banderoles, dépliants, spot publicitaire dans les radios communautaires) ; Renforcer la surveillance de « One Health ».

A Lindjombo, les résultats des consultations avec les PA sont présentés dans le tableau cidessous.

Tableau 4: Consultation de PA de Lindjombo dans la Sangha-Mbaéré

Thème	REPONSES
Nombre total de la population de votre localité ?	2662 habitants (combien des femmes et hommes?)
Nombre du personnel de santé	7
Nombre de relais communautaire PA	3 dont une femme Ba aka

Principales pathologies courantes dans la communauté	Lèpre Le paludisme La tuberculose La diarrhée Ulcère Carie dentaire Infection cutanée Règle douloureuse Mal de dos
Principales causes de ces pathologies	manque de moustiquaire condition d'hygiène allaitement non hygiénique
DEFIS/DIFFICULTES	RECOMMANDATIONS
Fréquentation de FOSA par les Ba Aka Accueil des Ba aka par le personnel soignant Prise en compte des indicateurs de performance de la gratuité totale	Augmenter l'effectif des personnels soignants Réhabiliter le centre de santé (élargir la maternité) Paiements réguliers des subsides Doter la FOSA en moyen de transport des malades de moyen de transport Augmenter le nombre des relais communautaire et Les doter avec les outils de travail
	Recruter en nombre suffisant et former les relais communautaire Ba aka (hommes et femmes) dans les FOSA Prendre en compte les indicateurs de la gratuité totale des soins aux Ba aka dans le paiement des subsides

VI. EVALUATION DES IMPACTS DU PROJET SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET MESURES D'ATTENUATION

VI.1. Impacts positifs

Tableau 5 : Synthèse des impacts positifs par composante

Composante	Synthèse des impacts positifs pour les PA
Composante 1: Prévention des urgences sanitaires	L'amélioration de la prévention et la détection précoce des maladies dans les zones autochtones, renforcer les capacités des acteurs PA et garantit une communication adaptée à leurs réalités culturelles. Elle réduit les inégalités d'accès aux services préventifs, protège les groupes vulnérables et intègre les PA dans les mécanismes locaux d'alerte et de coordination. Ces actions renforcent la résilience sanitaire et la confiance entre les PA et le système de santé.
Composante 2: Détection des urgences sanitaires	Cette Composante améliore la détection rapide des maladies dans les zones autochtones, renforce la participation des leaders et relais PA dans la surveillance communautaire, et permet un diagnostic plus rapide grâce à des outils et laboratoires mieux équipés. Elle accélère la transmission des alertes et l'intervention des équipes sanitaires, tout en intégrant les zones PA dans les cartes de risque nationales. Ces actions renforcent la protection, la confiance et l'inclusion des PA dans le système national de surveillance sanitaire.
Composante 3: Réponse aux urgences sanitaires	Cette composante permet une intervention rapide dans les zones autochtones, renforce les équipes mobiles et garantit une prise en charge gratuite des cas graves. Elle améliore la communication d'urgence dans les langues locales, intègre les leaders PA dans la gestion des crises et protège les groupes vulnérables. Ces actions réduisent la mortalité, les rumeurs, les impacts socio-économiques et renforcent la résilience des communautés PA.
Composante 4: Gestion du programme et capacités institutionnelles	Elle renforce la planification, la coordination et la qualité des services dans les zones autochtones. Elle améliore l'inclusion des représentants PA dans les mécanismes de gouvernance, renforce les capacités des acteurs locaux, et consolide la transparence et la redevabilité grâce à des mécanismes de gestion des plaintes accessibles. Ces actions garantissent une meilleure prise en compte des PA, une distribution plus équitable des ressources et une durabilité accrue des interventions en leur faveur.

Composante 5 : CERC	Cette composante permet une réponse rapide et ciblée en cas de crise, garantissant aux Peuples Autochtones un accès immédiat aux soins, médicaments, équipes mobiles et services essentiels. Il assure une prise en charge gratuite, une communication adaptée en langues locales, et l'implication des leaders PA dans la gestion des urgences. Ces actions réduisent la mortalité, protègent les groupes vulnérables et renforcent la résilience et l'inclusion des communautés autochtones.
----------------------------	--

VI.2. Impacts négatifs

Tableau 6: Synthèse des impacts négatifs potentiels par composante

Composante	Synthèse des impacts négatifs pour les PA
Composante 1: Prévention des urgences sanitaires	Les campements autochtones, souvent éloignés, dispersés ou mobiles, peuvent être mal intégrés dans les systèmes de prévention et de surveillance, entraînant une couverture insuffisante et une détection tardive des maladies.
Composante 2: Détection des urgences sanitaires	Barrières culturelles et linguistiques : Les protocoles de détection et les messages d'alerte, souvent élaborés dans des langues officielles et selon des approches biomédicales, peuvent ignorer les pratiques traditionnelles, les langues locales et les modes de communication des PA, entraînant incompréhension, méfiance et perte de confiance envers les équipes sanitaires.
Composante 3 : Réponse aux urgences sanitaires	. Perturbation des modes de vie traditionnels Les interventions d'urgence, les exercices de simulation et certaines pratiques de biosécurité peuvent entrer en conflit avec les rituels, les savoirs et l'organisation sociale autochtones, entraînant incompréhension ou réticence.
Composante 4 : Gestion du programme et capacités institutionnelles	• La gestion du programme peut marginaliser les PA si leurs spécificités ne sont pas intégrées dans la planification, la gouvernance et la communication institutionnelle, entraînant une participation limitée, une faible prise en compte de leurs besoins et un risque d'inégalités accrues dans l'allocation des ressources...
Composante 5 : CERC	• En situation d'urgence, les PA risquent de recevoir une réponse tardive ou inadaptée, en raison de leur éloignement, de communications peu accessibles et de mesures d'intervention pouvant perturber leurs pratiques traditionnelles

VI.3. Mesures d'atténuation des impacts négatifs

Le tableau n° 7 qui suit fait la synthèse des mesures d'atténuation ou de mitigation des potentiels impacts négatifs du projet sur les populations autochtones.

Tableau 7: Mesures d'atténuation des impacts négatifs

Composante	Synthèse des impacts négatifs pour les PA	Mesures d'atténuation proposées dans le cadre du projet
Composante 1: Prévention des urgences sanitaires	Les campements autochtones, souvent éloignés, dispersés ou mobiles, peuvent être mal intégrés dans les systèmes de prévention et de surveillance, entraînant une couverture insuffisante et une détection tardive des maladies.	Déployer des équipes mobiles, adapter les messages aux langues et pratiques PA ; Impliquer les leaders autochtones et cartographier les campements pour garantir une couverture équitable de la prévention et de la surveillance ; Favoriser l'octroi des actes de naissances et des cartes nationales d'identité aux PA.
Composante 2: Détection des urgences sanitaires	Barrières culturelles et linguistiques : Les réglementations et protocoles peuvent ignorer les pratiques traditionnelles et les langues locales, entraînant une perte de confiance.	Traduire les alertes dans les langues PA ; Utiliser leurs canaux de communication ; Impliquer les leaders autochtones et adapter les protocoles de détection aux pratiques culturelles pour renforcer la compréhension et la confiance.

Composante 3: Réponse aux urgences sanitaires	Perturbation des modes de vie traditionnels : Les exercices de simulation et les nouvelles pratiques de biosécurité peuvent entrer en conflit avec les savoirs et rituels autochtones	Adapter les exercices et protocoles aux pratiques culturelles PA ; Impliquer les leaders autochtones dans la préparation et la communication ; Privilégier des approches respectueuses des rituels et modes de vie pour éviter les tensions lors des interventions d'urgence.
--	---	--

Composante 4: Gestion du programme et capacités institutionnelles	Exclusion décisionnelle : Les PA sont souvent absents des plateformes de coordination et de système sanitaire	Assurer la participation des PA en les intégrant aux plateformes de coordination, adapter les cadres de concertation à leurs langues et contraintes, et renforcer leurs capacités pour garantir une représentation réelle dans les décisions du système sanitaire
Composante 5 : CERC	Pression économique : Les restrictions sur l'usage des antimicrobiens et les nouvelles normes peuvent accroître les coûts des soins pour les PA.	- Aider financièrement les PA pour leurs soins, Adapter les règles sur les antimicrobiens à leurs moyens, - Renforcer l'appui communautaire pour éviter que les nouvelles normes n'augmentent leurs dépenses de santé.

Analyse des risques VBG ; EAS/H et mesures de mitigation

Consultations communautaires révélant un risque contextuel élevé de VBG

Il n'y a pas eu de consultations menées avec les communautés centrafricaines dans le cadre spécifique de la préparation de ce projet.

L'évaluation a pris connaissance des résultats des focus group conduites par le HCR et ses partenaires. Comme détaillé ci-dessus, de différents types de violences basées sur le genre dans les zones concernées ont été collectés (viols, agressions sexuelles, agressions physiques, pratiques culturelles néfastes, violences psychologiques et dénis de ressources).

Des consultations récentes menées au cours de l'année 2025 dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action VBG du projet SENI Plus ont aussi apporté des éclaircissements relatifs aux préoccupations des communautés ciblées relatives aux VBG.

Les peuples autochtones, notamment les communautés **Aka, peulhs et autres groupes** présentent une vulnérabilité accrue aux violences basées sur le genre (VBG), à l'exploitation et aux abus sexuels (EAS), ainsi qu'au harcèlement sexuel (HS). Leur marginalisation historique et leur faible accès aux services sociaux renforcent les risques spécifiques auxquels ils sont exposés.

Facteurs aggravants

- **Exclusion sociale et discrimination structurelle** : les peuples autochtones sont souvent perçus comme des citoyens de seconde zone, ce qui limite leur recours aux mécanismes institutionnels de protection.
- **Isolement géographique** : la localisation en zones forestières reculées réduit l'accès aux services de santé, de justice et de protection.
- **Barrières linguistiques et culturelles** : la méconnaissance des langues officielles et des mécanismes formels de plainte entrave la dénonciation des cas.
- **Pratiques traditionnelles néfastes** : mariages précoces, exploitation économique et déni de ressources sont plus fréquents dans ces communautés.
- **Stigmatisation des survivantes** : les femmes et filles autochtones victimes de violences subissent une double marginalisation, en tant que survivantes et en tant que membres d'un groupe minoritaire.

Constats issus des consultations

- Faible connaissance des mécanismes de gestion des plaintes (MGP) : moins de 15 % des femmes autochtones interrogées connaissent la ligne verte 1212 ou les comités de protection.
- Forte dépendance économique vis-à-vis des groupes majoritaires, accentuant les risques d'exploitation sexuelle en échange de biens ou services.
- Absence d'espaces sûrs adaptés culturellement pour l'accueil et l'écoute des survivantes autochtones.
- Manque de relais communautaires formés pour accompagner les survivantes dans leurs démarches de référencement.

Risques spécifiques

- **Directs** : viols, agressions sexuelles, mariages forcés, exploitation économique et déni d'accès aux services sociaux.
- **Indirects** : perte d'identité culturelle, aggravation de la pauvreté, transmission intergénérationnelle des violences et renforcement de l'exclusion sociale.

Mesures de mitigation recommandées

- **Renforcement des capacités des relais communautaires autochtones** pour faciliter l'accès aux mécanismes de plainte et de référencement.
- **Création d'espaces sûrs mobiles ou communautaires** dans les zones forestières, adaptés aux réalités culturelles et linguistiques.
- **Sensibilisation ciblée** sur les droits des femmes et filles autochtones, en utilisant des supports visuels et des langues locales.
- **Partenariats renforcés** avec les organisations spécialisées dans la défense des droits des peuples autochtones.

- **Plaidoyer pour l'inclusion** des peuples autochtones dans les politiques nationales de lutte contre les VBG, EAS et HS.

VII. PLAN EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PPA)

VII.1. Plan d’action en faveur des PA

Le tableau ci-dessous montre la proposition du plan d’action

Tableau 8: Plan d’action proposé

Activités	Action envisagée	Lien avec le projet	Responsables dev mise en oeuvre	Responsable chargé du suivi	Calendrier
Activité 1 Traduction des alertes sanitaires	Identifier les langues PA (Aka, Baka, etc.) Traduire les alertes, consignes et signaux de détection ; • Produire des supports audios, visuels et pictographiques • Tester la compréhension auprès de groupes PA.	• Renforcer l’inclusion linguistique et la communication adaptée exigée par la NES7 ; Améliore la détection communautaire (Composante 2).	Ministère en charge de la santé et de la population ; Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la femme, de la famille et de l’enfant ; Organisations et associations locales et toutes autres structures citoyennes.	Coordination- Générale du projet HeSP, notamment la responsable de l’Unité de Gestion des Risques Sociaux du projet.	Avant le démarrage de la phase d’exécution du projet

Activité 2 : L'éducation : Diffusion via les canaux de communication aux femmes et adolescentes aux réalités culturelles et linguistiques des PA	Cartographier les canaux traditionnels (radios, messagers, causeries, tambours) ; • Intégrer ces canaux dans le circuit officiel d'alerte ; • Former les relais communautaires et les matrones PA ; • Opérationnaliser le mécanisme de gestion de plainte en milieu PA	• Garantit une diffusion efficace et culturellement appropriée des alertes ; • Améliore la rapidité de détection dans les zones PA (Composante 2).	Ministère en charge de la santé et de la population ; FOSA ; ONG locales ; Relais Communautaire PA	Coordination-Générale du projet HeSP notamment la responsable de l'Unité de Gestion des risques Sociaux du projet.	Durant la phase d'exécution du projet
Activité 3 : Implication des leaders autochtones	• Identifier et mobiliser les leaders, sages, femmes influentes • Participer à toutes les étapes des protocoles de détection adaptés aux pratiques culturelles • Intégrer les leaders dans les comités de surveillance • Former les équipes sanitaires à la communication interculturelle	Renforce la confiance, la participation et la légitimité des mécanismes de surveillance ; Soutient la mise en œuvre du PPA et du PMPP (NES 2 et 4)	• Chefs coutumiers et relais communautaires PA (Leaders coutumiers pygmées : femmes, hommes et jeunes) ;	Coordination-Générale du projet HeSP notamment la responsable de l'Unité de Gestion des risques Sociaux du projet	Durant la phase d'exécution du projet

Activité 4: Adaptation des exercices de réponse	• Adapter les simulations aux pratiques culturelles PA • Impliquer les leaders dans la préparation • Identifier les ONG sensibles et ajuster les interventions	• Réduit les tensions lors des interventions d'urgence ; - Assure une réponse respectueuse des modes de vie PA	Ministère en charge de la santé et de la population ; Ministère en charge de l'énergie et de l'hydraulique ONG locales impliquées dans le secteur de santé	Coordination-Générale du projet HeSP notamment responsable de l'Unité de Gestion des risques Sociaux du projet	Durant la phase du projet
Activité 5: Participation des PA à la gouvernance sanitaire	- Intégrer des représentants PA dans les plateformes de coordination • Adapter les cadres de concertation (langue, lieu, format) • Renforcer leurs capacités en gouvernance sanitaire	- Améliore la représentativité et l'équité dans la prise de décision ; - Répond aux exigences de la NES7	Ministère en charge de la santé et de la population ; Ministère en charge de l'énergie et de l'hydraulique ONG locales impliquées dans le secteur de santé	Coordination-Générale du projet HeSP notamment responsable de l'Unité de Gestion des risques Sociaux du projet	Durant la phase du projet
Activité 6 : Appui économique en situation d'urgence (CERC)	• Mettre en place un mécanisme d'appui financier pour les soins PA • Adapter les règles d'usage des antimicrobiens • Renforcer la solidarité communautaire	Réduit la vulnérabilité économique des PA face aux nouvelles normes sanitaires (Composante 5 – CERC)	Ministère en charge de la santé et de la population ; Ministère en charge de l'énergie et de l'hydraulique ONG locales impliquées dans le secteur de santé	Coordination-Générale du projet HeSP notamment responsable de l'Unité de Gestion des risques Sociaux du projet	Durant la phase du projet

VIII. Dispositif organisationnel de mise en œuvre

S'agissant de la responsabilité de mise en œuvre et du suivi du PPA, les options de développement ci-dessus présentées requièrent des capacités et des moyens qui serviront à la mise en œuvre du PPA de la zone du Projet. Ces capacités sont, à la fois, humaines, institutionnels et financiers. La priorité du projet sera de renforcer les capacités de toutes les Administrations responsables de la mise en œuvre du Projet, des organisations des Populations Autochtones, des ONG nationales et locales d'appui au développement des Populations Autochtones. Ces capacités seront renforcées dans la région d'exécution des activités du Projet. Au fait, toutes les institutions et entités qui sont généralement impliquées dans le développement local doivent être des acteurs dans la mise en œuvre des activités du projet avec des avantages équitables pour les PA, tout en se référant à l'UGP.

La coordination et la supervision sera assurée par les experts des mesures de sauvegarde environnementale et sociale du projet, appuyés aux niveaux régionaux des zones du projet où habitent les PA par les FOSA.

Enfin, étant donné qu'il s'agit des interventions communautaires, il serait souhaitable que le projet utilise les ressources humaines ou structures formelles disponibles déjà impliquées dans des programmes similaires de santé communautaire, d'éducation, et d'autonomisation des femmes et filles autochtones précédents ou en cours dans les zones du projet.

NB : étant donné que la composante 5 est sous la responsabilité du MFB et que cette composante n'entraîne aucun impact sur les PA, la mise en œuvre de ce PPA est la responsabilité première du MSP à travers l'UGP des projets de portefeuille de Santé dont HeSP.

. Suivi, évaluation et établissement de rapports

Un cadre de suivi évaluation sera défini pour suivre les résultats du projet. Quelques indicateurs feront l'objet d'un suivi régulier mensuel ou trimestriel de la mise en œuvre du Plan pour les Populations Autochtones (PPA).

Tableau 9 : Indicateurs de suivi

Activités	Action envisagée	Responsables de mise en œuvre	Responsable chargé du suivi	Calendrier	Indicateurs Objectivement observables	Moyens de Vérification
Activité 1 : Traduction des alertes sanitaires	- Identifier les langues PA (Aka, Baka, etc.) • Traduire les alertes, consignes et signaux de détection • Produire des supports audios, visuels et pictographiques • Tester la compréhension auprès de groupes PA.	Ministère en charge de la santé et de la Population ; Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la femme, de la famille et de L'enfant ; Organisations et associations locales et toutes autres Structures citoyennes.	Coordination-Générale du projet HeSP	Durant la phase d'exécution du Projet	Nombre de réunions des PA organisées Nombre des membres des PA sensibilisés Nombre de représentants des PA recrutés ; Nombres des cartes et le nombre PA qui l'ont reçu.	Rapports trimestriels de réunions Communautaires
Activité 2 : Diffusion via les canaux de communication PA	- Cartographier les canaux traditionnels (radios, messagers, causeries, tambours) - Intégrer ces canaux dans le circuit officiel d'alerte - Former les relais PA	Ministère en charge de la santé et de la population ; FOSA ; COGES ; ONG locales ;	Coordination-Générale du projet HeSP	Durant la phase d'exécution du Projet	Listes des femmes et adolescentes PA participantes Rapports de formation Nombre de réunions des PA organisées	Rapports trimestriels d'activités de l'UEP Les supports des formations et les images

	• Mettre en place un mécanisme de feedback.					
Activité 3 : Implication des leaders autochtones	• Identifier et mobiliser les leaders, sages, femmes influentes • Co-construire des protocoles de détection adaptés aux pratiques culturelles • Intégrer les leaders dans les comités de surveillance • Former les équipes sanitaires à la communication interculturelle	Chefs coutumiers et relais Communautaires PA (Ba'Aka)	Coordination-Générale du projet HeSP		Nombre de chefs de ménage identifiés sensibilisés Liste des femmes PA participantes	

Activité 4 : Adaptation des exercices de	Adapter les simulations aux pratiques culturelles PA • Impliquer les leaders dans la préparation • Identifier les rituels sensibles et ajuster les interventions)	Ministère en charge de la santé et de la population ; Ministère en charge de l'énergie et de L'hydraulique ONG locales impliquées dans le secteur de santé		Durant la phase d'exécution du Projet	Nombre de vélos distribués ; Nombre de brancards distribués Nombre des latrines construites et les fosses, Les images Nombre des sources aménagées Liste des médicaments 'es (au moins 01 par campement et/ou village).	Factures d'achat et décharges
---	---	--	--	---------------------------------------	--	-------------------------------

Appui économique en situation d'urgence réponse	Mettre en place un mécanisme d'appui financier pour les soins PA • Adapter les règles d'usage des antimicrobiens • Renforcer la solidarité Coordination-Générale du projet HeSP communautaire		Coordination-Générale du projet HeSP			
Suivi évaluation et participatifs	Des rapports trimestriels et évaluation de la performance seront faits à cet effet.	Ministère en charge de la santé et de la population ; FOSA ; CLGP; ONG locales ; Chefs coutumiers et relais Communautaires PA (Pygmées et peulhs)	Coordination-Générale du projet HeSP	Au début, pendant et à la fin de la mise en œuvre.	Nombre de visites de S et E Nombre de participants des PA dans les Equipes de Suivi et D'évaluation .	Rapports de S et E

Développement des campagnes multilingues et visuelles adaptées aux réalités culturelles ; former des relais autochtones en prévention sanitaire et VBG	-Conception des supports multilingues et visuels et Renforcement de la coordination locale -Créer des passerelles entre relais et structures institutionnelles -Formation des relais autochtones sur la prévention des VBG/EAS/HS, les mécanismes de plainte et le référencement. -Mettre en place un système de suivi (nombre de relais formés, activités menées). Renforcement de la coordination locale : Intégrer les relais autochtones dans les comités de gestion des plaintes. Créer des passerelles entre relais et structures institutionnelles (UMIRR, forces de sécurité, services sociaux).	Ministère en charge de la santé et de la Population ; Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la femme, de la famille et de L'enfant ; Organisations et associations locales et toutes autres Structures citoyennes.	Coordination- Générale du projet HeSP		% de femmes/filles autochtones sensibilisées aux risques VBG/EAS/HS	
---	--	---	--	--	--	--

	Assurer un reporting régulier des cas identifiés et des actions menées. Suivi et évaluation : Définir des indicateurs clairs : % de femmes autochtones sensibilisées, nombre de relais formés, nombre de campagnes menées. Collecter les données via DHIS2 avec ventilation par groupe autochtone. Produire des rapports trimestriels pour mesurer l'impact et ajuster les actions					
Déploiement d'unités mobiles et intégration des données autochtones dans DHIS2	Cartographie des zones prioritaires : identifier les communautés autochtones éloignées ou mal desservies. Équipement des unités mobiles : tablettes, formulaires électroniques DHIS2, kits de collecte VBG/EAS/HS,	Ministère en charge de la santé et de la Population	Coordination-Générale du projet HeSP		Nombre d'unités mobiles déployées dans zones	

	connexion internet (modems/satellites). Formation des équipes mobiles : agents de santé et enquêteurs formés à la saisie numérique, au respect des protocoles culturels et à la confidentialité. Planification des tournées : calendrier mensuel avec itinéraires, fréquence de passage et points de contact communautaires. Sensibilisation communautaire : informer les leaders autochtones et les relais communautaires pour favoriser l'acceptation et la participation.					
Création d'espaces sûrs communautaires adaptés	-Cartographie participative : identifier avec les communautés les lieux accessibles, neutres et culturellement acceptés. -Aménagement physique : espaces séparés pour femmes, jeunes filles et enfants, dotés de mobilier simple, éclairage,	Ministère en charge de la santé et de la Population ; Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la	Coordination-Générale du projet HeSP		Nombre d'espaces sûrs fonctionnels pour les peuples autochtones Nombre de survivantes accueillies, taux de référencement effectif, satisfaction communautaire.	

	ventilation et dispositifs de confidentialité. -Accessibilité : prévoir des rampes, signalétique claire, horaires flexibles pour inclure personnes handicapées et groupes marginalisés.	femme, de la famille et de L'enfant ;			réunions périodiques pour ajuster les services selon les besoins exprimés.	
Inclusion des représentants autochtones dans les comités de gestion	-Organiser des sessions de formation sur la gouvernance, la gestion des ressources et les procédures administratives. -Assurer la traduction des documents et réunions dans les langues locales. -Prévoir un appui logistique (transport, indemnités de participation) pour faciliter leur présence effective. -Organiser des consultations préalables avant toute décision majeure affectant les terres ou ressources. -Respecter les pratiques culturelles (lieux, calendrier, cérémonies) lors des réunions.	Ministère en charge de la santé et de la Population ; Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la femme, de la famille et de L'enfant.			% de comités locaux incluant au moins 1 représentant autochtone	

	-Valoriser les savoirs traditionnels en les intégrant dans les plans de gestion (ex. pratiques agricoles, forestières, médicinales).					
--	--	--	--	--	--	--

55

NB : ces tableaux seront mis à jour après la consultation du public.

BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DU PPA

Tableau10: Budget estimatif

Activités	Catégorie budgétaire	Quantité	Coûts unitaires	Périodes / Année	Budget estimatif (FCFA) Coûts totaux
Description Estimation des missions et formation de terrain et les dépenses connexes					
Activité 1 : Traduction et adaptation culturelle des alertes sanitaires	Traduire les alertes et consignes • Produire des supports audios, visuels et pictographiques • Tester la compréhension auprès des PA Sensibilisation et mobilisation des PA et personnel soignant sur le projet et les maladies à caractères épidémiologiques/Pandémies.	5	3 700 000	Avant la phase d'exécution Semestre / 2026-2029 Avant la phase d'exécution Semestre / 2026-2029	18 500 000
Activité 2 : Éducation et diffusion via les canaux adaptés aux femmes et adolescentes PA	• Cartographier les canaux traditionnels • Intégrer ces canaux dans le circuit d'alerte • Former relais communautaires et matrones PA • Opérationnaliser le mécanisme de plaintes •Renforcement des agents de santé communautaires Aka	10	2 200 000	Semestre / 2026-2029	22 000 000

Activité 3 : Implication des leaders autochtones dans la surveillance communautaire	• Identifier et mobiliser leaders et sages • Adapter les protocoles de détection • Intégrer les leaders dans les comités • Former équipes sanitaires à l'interculturel • Amélioration des services pour faciliter l'accès équitable des PA aux soins de santé	3	5 000 000	Semestre / 2026-2029	15 000 000
Activité 4 : Cartographie et suivi des campements PA	• Cartographie participative • Identification des zones à faible couverture • Intégration dans la surveillance épidémiologique • Mise à jour semestrielle	1	27 000 000	Semestre / 2026-2029 Début d'exécution + mise à jour semestrielle	27 000 000
Activité 5 : Promotion de l'accès aux documents d'identité pour les PA	• Sensibilisation sur l'importance des documents • Audiences foraines • Appui administratif aux familles • Intégration dans les activités sanitaires	3	6 500 000	Semestre / 2026-2029	19 500 000
Activité 6 : Renforcement des capacités des équipes sanitaires sur l'approche PA	• Mécanisme de gestion des plaintes (CLGP) • Fond de fonctionnement des CLGP, • Formation des FOSA sur les pratiques PA • Module communication interculturelle • Développement d'outils adaptés • Supervisions/Suivi et évaluation du PPA	10	2 400 000	Semestre / 2026-2029 Début d'exécution + recyclages annuels	24 000 000
BUDGET TOTAL CONSACRÉ À LA PPA					126 000 000 FCFA

NB : Le plan sera financé sur les ressources du projet pour un budget total de cent vingt six millions de francs CFA de ce PPA.

IX. Diffusion de l'information

Le Plan en faveur des Populations Autochtones sera publié dans un journal à couverture nationale et à la radio (communautaire ou locale : il s'agit des radios communautaires locales de proximité souvent accessibles aux populations locales). Ceci dans une langue appropriée, notamment le Sango. Il sera aussi diffusé auprès des administrations locales concernées. Le Projet divulguera la version finale du PPA dans les campements à travers des réunions publiques dans lesquelles les informations clés seront présentées en langue locale au début du projet. Il sera ensuite publié sur le site externe de la Banque mondiale. Dès le démarrage et durant la mise en œuvre du PPA, un cadre permanent de rencontre entre les PA et les différentes parties prenantes sera mis en place pour échanger et partager les informations sur le niveau d'avancement. Le CLC servira de cadre approprié de diffusion des informations dans ce sens. Aussi les radios locales seront-elles mises à contribution pour non seulement faire écouter la voix des PA, mais aussi pour promouvoir leurs droits et partager des informations. Enfin des canaux de communication seront mis en place afin de faire circuler ou faire remonter les informations entre les associations des PA, les acteurs et le projet.

X. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES

Le MGP est non seulement un outil de gestion des plaintes dues aux activités du projet mais aussi un canal de communication continue entre les prestataires du projet et les bénéficiaires. Dans ce contexte, le mécanisme de gestion des plaintes devrait aussi tenir compte pratiques acceptables et efficaces des communautés autochtones dans la résolution des conflits. Ceci pour permettre son appropriation et sa durabilité même en phase d'exploitation du projet.

X.1. Types des plaintes possibles

Les échanges avec les populations et les services techniques sur les types de plaintes dans le cas de projets similaires ont permis de ressortir les différents types de plaintes suivantes :

- La mauvaise gestion des déchets ;
- Les enfants contaminées par les déchets biomédicaux ;
- Mort de patient par l'inattention des agents de santé ;
- Violences Basées sur le Genre/EAS/HS ;
- La discrimination des PA face aux faibles d'alphabétisations ;
- Eloignement géographique et barrières linguistiques ;
- La poussière et les nuisances sonores ;
- Marginalisation sociale pendant les travaux de réhabilitation.

Ces différentes plaintes enregistrées lors de la mise en œuvre des projets similaires, ont permis à la mission de proposer un mécanisme pour les traiter.

X.2. Enregistrement des plaintes

Au niveau central, le projet utilise la ligne verte (1212), un numéro WhatsApp 00236 73049340, un adresse mail : mgp@seniplus.org . Ce système est utilisé pour enregistrer les plaintes au niveau de la Coordination des projets santé et du ministère de la Santé et de la Population.

Au niveau de chaque localité concernée par le projet, il sera déposé un registre de plaintes au niveau de responsable sociale ou structures. Les Organes de Gestion des Plaintes et leur Composition

Le chef de village ;

Le chef de quartiers ;

Le chef de groupe y compris un leader du groupe de Ba'Aka (le cas échéant) ;

La Cellule de Coordination du Projet ;

La mairie, la sous-préfecture et la préfecture ;

La représentante de l'association des femmes Ba'Aka ;

Le représentant d'une ONG qui en charge des Ba'Aka;

Le Comité de Gestion (COGES, pour les Hôpitaux de Base/CONGES) ;

Le Comité de Direction (CODIR, pour les Hôpitaux Généraux).

10.3. Composition des comités par niveau

Niveau du Poste de Santé :

Le Comité du Poste de Santé de Gestion des Plaintes (CPSGP) est présidé par l'autorité locale compétente. Il est composé de :

Chef de village ;

Chef de poste ;

Président COGES ;

Représentant de la jeunesse ;

Représentant de l'association de la Femme ;

Représentant de l'entreprise ;

Représentant de la communauté PA (le cas échéant)

Le CLGP se réunit de façon périodique par semaine pour la gestion des plaintes. Le comité après avoir entendu le plaignant délibère. Ce dernier sera informé de la décision prise et notifiée par les membres du comité. Si le plaignant n'est pas satisfait de la décision, alors il pourra saisir le niveau Centre de Santé. Quelle que soit la suite donnée à une plainte venue devant le comité (réglée ou non), l'information devra être communiquée le Niveau du Centre de Santé et la Coordination de l'UGP.

Niveau Centre de Santé

Le Comité du Centre de Santé de Gestion des Plaintes (CCSGP) est présidé par le Médecin Chef de Centre. Il est composé de :

Chef de Centre ou autorité locale administrative ;

Maire de la localité/Chef de village ou Chef de groupe ;

Représentant de la jeunesse ;

Président COGES ;

Représentant de l'association des Femmes ;

Représentant de l'entreprise ;

2 représentants des PAP ;

Représentant de la communauté PA (le cas échéant)

Le comité se réunit dans les 3 jours qui suivent l'enregistrement de la plainte. Après avoir entendu le plaignant, le comité délibère et notifie au plaignant la décision prise. Si le plaignant n'est pas satisfait alors il pourra saisir le niveau district sanitaire. Quelle que soit la suite donnée à une plainte venue devant le comité (réglée ou non), l'information devra être communiquée le Niveau District Sanitaire et la Coordination de l'UGP.

Niveau du District Sanitaire

Le Comité du District Sanitaire de Gestion des Plaintes (CDSGP) est présidé par le Sous-préfet. Il est composé de :

Sous-préfet concerné,

Chef de district sanitaire concerné,

Maire concerné,

SSE et SSS ;

Chef de Centre concerné,

Président du COGES ou CONGES concerné,

Représentant de la jeunesse

Représentant de l'association des Femmes ;

2 représentants des PAP ;

Représentant de la communauté PA (le cas échéant)

Le CDSGP se réunit dans les 5 jours qui suivent l'enregistrement de la plainte qui délibère et notifie au plaignant. Si le plaignant n'est pas satisfait alors, il pourra saisir les juridictions compétentes régionales.

En plus des organes de gestion il est instauré un comité de gestion des plaintes présidé par l'autorité administrative locale. Ces personnes ou institutions recevront toutes les plaintes et réclamations liées à l'exécution des sous- projets susceptibles de générer des conflits,

analyseront et statueront sur les faits, et en même temps, elles veilleront à ce que les activités soient bien menées par le projet dans la localité.

X.3. Tri des plaintes et orientation données à la plainte

Au niveau du centre d'appel 1212, l'adresse mail mgp@seniplus.org, les plaintes reçues sont enregistrées, triées, puis acheminées à qui de droit selon le type de plaintes.

De manière générale trois cas de plaintes se présentent :

Plaintes ordinaires ;

Plaintes concernant les VBG/EAS/HS ;

Plaintes concernant les Populations Autochtones.

Ce tri va se faire au niveau des personnes ressources ou structures identifiées ci-dessus.

Cas 1 : Plaintes concernant les VBG/EAS/HS

Dans le cas des violences basées sur le genre, le mécanisme prévoit le dépôt de la plainte au guichet unique VBG (médecin, police, gendarmerie, psychologue, assistant social) et qui saisit l'hôpital pour établir les faits assortis d'un certificat médical de santé de constat avant d'engager la procédure. Dans le cas où les faits sont avérés alors le Guichet Unique par l'intermédiaire de la police défère la victime devant le procureur et la victime est prise en charge gratuitement par les formations sanitaires.

Au cas où la victime n'a pas porté plainte, l'hôpital instruit la victime au dépôt de la plainte auprès du guichet Unique VBG. Il faut noter que ce Guichet Unique n'est pas bien connu des populations et il y a lieu de procéder à sa diffusion sur la voie des médiats.

Cas 2 : Plaintes concernant les Populations Autochtones

Dans le cas des populations autochtones, le mécanisme prévoit la mobilisation des représentants des PA dans la commission qui est chargée de la gestion de la plainte.

Cas 3 : Plaintes ordinaires ou plaintes non liées aux VGB

Pour les autres plaintes, le système de gestion des plaintes privilégie la gestion à l'amiable des plaintes en impliquant les autorités et les responsables des associations locales. Toute personne se sentant lésée dans la mise en œuvre du projet pourra déposer, dans sa localité, une requête auprès des instances et personnes ressources citées ci-dessus qui analysent les faits et statuent.

Les étapes à suivre dans le processus de soumission et de résolution des griefs sont proposées dans le tableau ci-après :

Tableau 12: Composition, processus de soumission et de résolution des griefs des comités par

Niveau	Présidence	Membres du Comité	Réception et évaluation de la plainte
Niveau de la formation sanitaire	Le comité local de gestion des plaintes est présidé par l'autorité locale compétente.	Les autorités locales / Administratives ; Représentant du FOSA La représentante des associations des femmes Ba'Aka/Leaders Ba'Aka Le représentant de l'association locales des PA Le représentant d'une ONG locale.	Le comité se réunit de façon périodique par semaine pour la gestion des plaintes. Le comité après avoir entendu le plaignant délibère. Ce dernier sera informé de la décision prise et notifiée par les membres du comité. Si le plaignant est satisfait alors le grief est clos dans le cas contraire le plaignant peut saisir le niveau supérieur. Quelle que soit la suite donnée à une plainte venue devant le comité (réglée ou non), l'information devra être communiquée au Niveau supérieur et la Coordination du projet.
Niveau District Sanitaire	Le comité intermédiaire (Niveau sous préfectoral) de gestion des plaintes est présidé par le sous-préfet	Sous-préfet ; Spécialiste en gestion des risques sociaux et Genre et le Spécialiste en en gestion des risques Environnementale du projet Représentant départemental de l'Action Sociale Représentant du Comité de Gestion des plaintes ; Représentante de l'association des femmes ; Le représentant de l'association des réfugiés Le représentant du Réseau national des Populations Autochtones de la RCA ; Le représentant du COGES ;	Le comité se réunit dans les 3 jours qui suivent l'enregistrement de la plainte. Après avoir entendu le plaignant, le comité délibère et notifie au plaignant la décision prise. Si le plaignant n'est pas satisfait alors il pourra saisir le niveau Direction Départemental de la Santé. Quelle que soit la suite donnée à une plainte venue devant le comité (réglée ou non), l'information devra être communiquée au Niveau de la Direction Départementale de la Santé et la Coordination du projet HeSP

niveau

Les voies d'accès

Différentes voies d'accès sont possibles pour déposer une plainte : courrier formel, appel téléphonique, envoi d'un Sms, réseaux sociaux, courrier électronique, boîtes à suggestion, contact via site internet du projet. Il est envisagé la diffusion d'un dispositif de numéro vert 1212 (appel gratuit) pour permettre aux personnes lésées de contacter directement l'unité de coordination du projet.

Pour les PA peuvent donner leurs plaintes par plusieurs chemins faciles :

- À un relais communautaire PA (une personne du village qui transmet la plainte)
- À un leader autochtone (chef de campement, sage, femme leader)
- Pendant les réunions ou causeries (on écoute les problèmes et on les note)
- Par la radio communautaire (appel ou message transmis pendant les réunions du MGP)
- Par un messenger traditionnel (quelqu'un qui porte l'information)
- Par téléphone (ligne verte 1212 du projet)
- Aux équipes mobiles (lorsqu'elles passent dans les campements)

Evaluation de la satisfaction sur la mise en œuvre MGP

Une évaluation de la satisfaction des populations sur la mise en œuvre du MGP sera réalisée chaque semestre en impliquant les Associations d'agriculteurs et d'éleveurs, les PA, ainsi que les ONG actives dans la zone d'intervention du projet HeSP afin d'apprécier son fonctionnement le fonctionnement du MGP et si possible proposé des mesures correctives. Cette évaluation sera faite par enquête auprès des bénéficiaires (1 à 3% des bénéficiaires selon un échantillonnage aléatoire) par préfecture. Les résultats de ces enquêtes seront publiés et partagés par les acteurs et diffusés sur les radios locales.

Radios locales seront mises à contribution pour non seulement faire écouter la voix des PA, mais aussi pour promouvoir leurs droits et partager des informations. Enfin des canaux de communication seront mis en place afin de faire circuler ou faire remonter les informations entre les associations des PA, les acteurs et le projet.

BIBLIOGRAPHIE

I. Documents d'ordre général

Aguilar, M. (2000) "Pastoral Disruption and Cultural Continuity in a Pastoral Town" in D. L. Hodgson (ed) *Rethinking*

BIGOMBE LOGO Patrice, Les pygmées et les programmes de développement au Cameroun : Repenser les approches et responsabiliser les pygmées, Yaoundé, 2004, 6 pages.

BIT, Vie traditionnelle et nouvelles opportunités d'emplois décents chez les pygmées : cas d'une organisation coopérative des pygmées au Cameroun « GICACYMA », BIT/INDISCO – JFA – OIT/EMAC, Genève, janvier 2002, 37 pages.

BONZOUI A, Actions du ministère de la Culture pour la protection et la promotion de la culture pygmée Aka, Bangui, juin 2006, 20 P.

Larsen, K. and M. Hassan (2003) Decentralization of Nomadic People: The Case of the Harawira in Um Jawasir, Northern Sudan. DCG Report No 4. Norway : Nora ric.

Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale, ICASEES, Synthèse du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003 (RGPH03), Bangui, juin 2003.

METRAL Nicole, *Les pygmées risquent de disparaître, menacés par l'abattage de la forêt*, journal 24 heures du jeudi 6 août 1998.

MIMBOH Paul-Félix, *Déforestation en pays Bagel*, Le journal d'ICRA, n°34, octobre novembre-décembre 1999, pp. 6-7.

Minority Rights Group International, *Minorities, democracy and peaceful development, Annual report on activities and outcomes (1 January – 31 december 2003)*, London, 49 pages.

MOZOULOUA D., Apport de la culture pygmée dans le processus de développement, Bangui, avril 2006, 20 P.

Nations Unies/CES, *Note du secrétariat sur l'atelier de consultation et de formation à l'intention des communautés pygmées sur les droits de l'homme, le développement et la diversité culturelle*, en coopération avec l'OIT et l'UNESCO, 11-15 novembre 2002, Yaoundé, 10 pages.

NELSON (John) ; *Sauvegarder les droits fonciers autochtones dans la zone de l'oléoduc au Cameroun*, Forest Peoples Programme, juillet 2007, 17 pages.

ONU FEMMES (2012), « Genre et gouvernance post conflit : comprendre les défis à relever ». <http://www.observaction.info/wp-content/uploads/2015/02/onufem-7.pdf>.

Pastoralism in Africa. Gender, Culture and the Myth of the Patriarchal Pastoralist. Oxford : James Currey

PNUD (2020), « Rapport sur le développement humain 2020 : République Centrafricaine ».

PNUD, IRC, ministère de la Promotion de la Femme et al. (2019), « rapport de profil genre de la République Centrafricaine ».

RAINFOREST FONDATIONS, Rapport sur la situation des Peuples autochtones des forêts de la RCA, Janvier 2009, 41 P.

République centrafricaine : Rapport d'évaluation du Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017 2021 ; avec le soutien de l'Union Européenne, de l'Organisation des Nations Unies et du Groupe de la Banque mondiale, 89 P.

SITAMON.Jérôme, Les BA'AKA DE LA RESERVE spéciale de Dzanga-Sangha : Situation actuelle (Démographie, contraintes, recommandations, Rapport de Consultation, Avril 2006.

1. Lois et règlements

Loi instituant la parité entre les Hommes et les Femmes en RCA (24 novembre 2016).

Loi N°1961.212 du 20 avril 1961 portant Code de la nationalité centrafricaine.

Loi n° 60.136 du 27 mai 1960, fixant le régime domanial et foncier de la République centrafricaine Loi N°63.441 du 09 Janvier 1964 relative au domaine national.

Loi N°09.004 portant Code du travail de la République centrafricaine. Loi N°97.013 portant Code de la famille en République centrafricaine.

Loi instituant la parité entre les Hommes et les Femmes en RCA (24 novembre 2016).

Loi n°9-005 du 29 avril 2009 portant Code minier en République centrafricaine.

Loi n°06. 032 du 15 décembre 2006 portant protection de la femme contre les violences en RCA.

XII. Webographie

Commission africaine sur les peuples autochtones d'Afrique, *Peuples autochtones d'Afrique : les peuples oubliés? Travail de la Commission africaine sur les peuples autochtones d'Afrique*, IWGIA,

2006, en ligne :

<https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWliOiJmcmFuZlY>

[2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)[https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE"](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE) rel="nofollow noopener noreferrer" target="_blank"><https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE>[Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)[Yg2hjLmInAKcA4mLj9-](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)

[eDtgYPuuwzswGKqzE%22%20rel=%22nofollow%20noopener%20noreferrer%22%20target=%22_b](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)

[lank%22%3Ehttps://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIi](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)

[OiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)[https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE"](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE) rel="nofollow noopener noreferrer" target="_blank"><https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE>[Yg2hjLmInAKcA4mLj9-](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)[eDtgYPuuwzswGKqzE](https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWIiOiJmcmFuY2FpcyIsImhhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE)

ANNEXES

ANNEXE 1 : MECANISMES DE GESTION DES PLAINTES

I- Introduction

L'objectif principal d'un mécanisme de gestion des plaintes (MGP) est de contribuer à régler des plaintes et des griefs d'une façon opportune et efficace qui puisse satisfaire toutes les parties concernées. Les plaintes relatives aux VBG/EAS/HS feront l'objet d'un traitement spécifique et confidentiel et utiliseront les canaux dédiés. Plus particulièrement, il offre un processus transparent et crédible pour des résultats justes, efficaces et durables. Il permet également d'établir la confiance et la coopération, comme partie intégrante d'une consultation de la communauté plus large qui facilite les actions correctives. En particulier, le MGP:

Fournit aux personnes affectées des pistes pour déposer une plainte ou résoudre n'importe quel conflit qui peut surgir pendant l'exécution des projets ;

S'assure que des actions de réparation appropriées et mutuellement acceptables soient identifiées et mises en application à la satisfaction des plaignants ; et

Évite la nécessité de recourir à des démarches juridiques.

I- Description du MGP

Le développement et l'exécution appropriés du mécanisme de gestion des plaintes seront sous la responsabilité du Ministère de la Santé et de la Population, via l'UCP- (CTN).

Le MGP qui a été mise en place inclut les étapes suivantes :

- ✓ Etape 1 : Soumission des plaintes oralement ou sous forme écrite ;
- ✓ Etape 2 : Enregistrement de la plainte et fourniture d'une réponse initiale dans un délai de 24 heures dans des registres ;
- ✓ Etape 3 : Investigation de la plainte et communication de la réponse dans les 7 jours ;
- ✓ Etape 4 : Réponse du plaignant : clôture du grief ou prise d'autres mesures si la plainte reste ouverte. Si la plainte est toujours ouverte, le plaignant aura l'occasion de faire appel.

Il tient compte aussi des plaintes liées aux cas des EAS et HS. Toutefois, en fonction des cas reçus, le renforcement du processus spécifique de ce MGP pour le rapportage des allégations des cas des EAS/HS sera progressivement mise à jour sera fait au fur et à mesure (durant les réunions de suivi et revue des MGP) avec des canaux et des procédures de réception et de gestion propres, et privilégiera notamment le référencement sûr et confidentiel des cas vers les prestataires de services VBG identifiés.

Ce document du MGP est actif et dynamique tout au long de la mise en œuvre du projet.

II- Organisation

Dans le cadre du Projet HeSP, en RCA l'organisation des plaintes est structurée à quatre niveaux (Central, Régional, niveau des Districts et niveau Communautaire). En situation de tensions politiques ou d'insécurité, ces comités ne devront en aucun cas se réunir sans suivre la

législation en vigueur en matière de regroupement des populations. Durant ces périodes, toutes les informations et rapports encours seront transférés à la coordination aux moyens des téléphones et mails en utilisant les appareils (téléphones et or/ou ordinateurs individuels) pour éviter des risques.

i– Au niveau communautaire :

Il sera mis en place des Comités Locaux de Gestion des Plaintes (CLGP) par arrêté communal dans chaque localité concernée par les activités du Projet. Le CLGP sera établi au niveau de la localité/village concerné par le projet.

Les CLGP auront pour missions de collecter et traiter toutes les plaintes relatives à la mise en œuvre du projet dans la localité. Ils référeront toutes les plaintes n'ayant pas trouvé de solutions et toutes les plaintes relatives aux cas de VBG/EAS/HS au niveau des Comités Communaux de Gestion des Plaintes (CCGP). Les tâches spécifiques et la durée de la mission des CLGP seront définies dans l'arrêté communal de la mise en place de chacun des comités. Le CLGP est composé de :

- ✓ Le Chef de quartier/village concerné ou son représentant ;
- ✓ Un (01) représentant des femmes de la localité concernée ;
- ✓ Un (01) représentant des hommes de la localité concernée concernées.
- ✓ Un (01) représentant du Conseil de la jeunesse locale ;
- ✓ Un (02) représentant des populations autochtones (femme et Homme) et/ou autres groupes défavorisés, les minorités
- ✓ Un représentant des ONG de défense des PA.

NB : Tout autre personne ressource impliquée dans la mise en œuvre du projet peut être invité dans les réunions du CLGP en fonction de la préoccupation concernée.

Les noms des membres du Comité et leurs contacts sont communiqués aux communautés des PA et autres et affichés de façon visible et accessible à tous à la Mairie et au niveau des bureaux de l'administration et/ou tout autre lieu public de la localité choisi par les communautés.

ii– Au niveau Communal ou District :

Il sera mis en place des CCGP par arrêté communal dans chaque commune ou district concernée par les activités du Projet.

Les CCGP auront pour missions de collecter et traiter toutes les plaintes relatives à la mise en œuvre du projet et les CLGP n'ont pas été en mesure de traiter. Ils auront aussi pour rôle de compiler les données issues de l'ensemble des CLGP de la commune ou du district. Les tâches autres spécifiques et la durée de la mission des CCGP seront définies dans l'arrêté communal de la mise en place de chacun des comités. Le Comité est composé de :

- ✓ Un (01) représentant de la municipalité concernée ;
- ✓ Un (01) représentant du Ministère de la santé au niveau déconcentré ;
- ✓ Le Président des COGES et / ou CONGES ;
- ✓ Un (01) représentant du service local de l'environnement et/ou du ministère de l'Urbanisme (selon les cas) ;
- ✓ Un représentant du ministère des Affaires Sociales au niveau décentralisé ;

- ✓ Un (01) représentant du Conseil de la jeunesse locale (de préférence une jeune fille) ;
- ✓ Un (01) représentante des ONG de défense des PA/ des femmes de la commune concernée ;

NB : En fonction de la nature et de l'importance des plaintes le CCGP invitera aussi :

- ✓ Le Chef de quartier/village ou son représentant concerné par les plaintes ;
- ✓ Un (01) représentant des communautés locales concernées par les plaintes.

Tout autre cadre des Ministères/institutions impliquées dans la mise en œuvre du projet peut être invité dans les réunions du CCGP en fonction de la préoccupation concernée.

Les noms des membres du CCGP et leurs contacts sont communiqués aux communautés et affichés de façon visible et accessible à tous à la Mairie et au Bureau de la Préfecture et de la Sous-Préfecture

iii- Au niveau central

Ce comité sera représenté par le cabinet du Ministre de la Santé. Les membres de ce comité sont :

Ministre de la Santé et de la Population ;

CM Juridique du MSP ;

Directeur des Soins de Santé Primaire ;

Coordonnateur du projet

Spécialistes en sauvegardes (environnementale, sociale et VGB/EAS/HS) - Spécialiste suivi-évaluation

Les plaignants peuvent aussi adresser leurs requêtes directement au comité du niveau central.

III- Fonctionnement

Le MGP comprend les étapes suivantes :

Etape 1 : Enregistrement des plaintes

Ils peuvent se faire à chacun des quatre (04) niveaux. Toutes les plaintes sont enregistrées et consignées dans un registre ouvert auprès des Comités par un agent désigné à cet effet. Celles relatives aux VBG/EAS/HS feront l'objet d'une codification ; ou alors ne sont pas consignées si la victime ou le plaignant demande une confidentialité totale. Toutefois l'information sera transmise aux services dédiés. Sur demande du plaignant, l'agent désigné peut l'aider à remplir la fiche d'enregistrement des plaintes et à consigner la déclaration du plaignant dans le registre sur une page dédiée à chaque plaignant. La page de la plainte d'un requérant ne doit pas être visible à d'autres.

Les réclamations anonymes telles que via les appels téléphoniques ou courriers électroniques (SMS, e-Courriels, etc.) sont recevables. Elles doivent obligatoirement être enregistrées dans le registre des plaintes, mais un accusé de réception n'est pas obligatoire.

Chaque plainte est enregistrée et un accusé de réception est délivré chaque fois que possible, dans un délai de 48 heures maximum, au plaignant ou à son représentant pour attester la recevabilité de ladite plainte. Cet accusé de réception devra présenter les étapes du processus de gestion des plaintes.

Les incidents de type VBG/EAS/HS déclarées par une personne survivante aux niveaux des CCGP et/ou reçus des CLGP sont consignés dans un registre codifié avec le consentement éclairé de la survivante avant d'être référé soit à un organisme spécialisé pour une prise en charge, soit à un service local en charge des affaires sociales pour une prise en charge psychologique ou à un service de santé le plus proche y compris pour la délivrance d'un Certificat Médical exigé pour l'ouverture de la poursuite judiciaire si la survivante exprime le souhait de poursuivre une action en justice, tout en respectant un degré maximal de confidentialité et de sûreté.

NB : dans les zones où vivent les groupes défavorisés, les minorités, les populations autochtones, l'enregistrement des plaintes se fait pendant les mobilisations communautaires ceci dans le respect absolu du principe de la confidentialité.

Etape 2 : Traitement des plaintes

Toute plainte jugée recevable fait l'objet d'un examen et d'une analyse approfondie. Selon la gravité des faits, une enquête peut être diligentée pour déterminer les causes, les conséquences et les solutions possibles. L'enquête peut se dérouler de la manière suivante :

Une descente sur le site de la plainte pour observer la situation sur le terrain et rencontrer le plaignant ;

Lors de cette descente ou après selon les possibilités, discuter avec le plaignant pour recueillir ses propositions de solutions, les différentes modalités de résolution de la plainte, recueillir ses préférences lui faire des propositions concrètes et éclairées ;

Retenir une solution équilibrée afin de résoudre la plainte avec le/la requérant (e) ;

Transmettre la solution retenue (par le CLGP ou le CCGP) à la Coordination du projet HeSP.

Le CLGP ou CCGP se réunit et statue dans un délai très rapide (maximum une semaine), à compter de la date de réception de la plainte, et rend sa décision sur les litiges. Le CLGP et CCGP sont habilités à procéder à des visites de constatation des faits faisant l'objet d'une plainte.

Le délai d'analyse et de recherche d'une solution dépend de la gravité et de la complexité technique de la plainte ainsi que des mécanismes de médiation existants. Le délai fixé pour répondre à une plainte ne peut dépasser 10 jours à partir de la date de l'accusé de réception. Il existe quatre niveaux de résolution des plaintes :

Niveau 1 :

Au niveau communautaire : Si le fait n'est pas vrai, le CLGP rend sa décision et notifie un non-lieu au plaignant en lui expliquant les raisons. Le non-lieu est consigné dans le registre. A ce niveau, si le plaignant n'est pas satisfait du non-lieu et qu'il est convaincu que sa plainte est fondée, il peut toutefois faire un recours au CCGP. S'il s'agit d'une plainte jugée délicate

sensible comme des cas de VBG/EAS/HS, elle est transmise au CCGP qui en prendra les mesures appropriées en collaboration avec le niveau central.

Au niveau communal Si le fait n'est pas vrai, le CCGP rend sa décision et notifie un non-lieu au plaignant en lui expliquant les raisons. Le non-lieu est consigné dans le registre. A ce niveau, si le plaignant n'est pas satisfait du non-lieu et qu'il est convaincu que sa plainte est fondée, il peut toutefois faire un recours au CGP du niveau central. S'il s'agit d'une plainte jugée délicate sensible comme des cas de VBG/EAS/HS, elle est transmise au CGP du niveau central à la Cellule de Coordination du projet HeSP. Qui en prendra les mesures appropriées. Elle ne suivra donc pas les étapes des niveaux 2-4

Niveau 2 : Lorsque le fait est avéré, le CLGP ou CCGP propose une réponse /compensation juste et équitable et l'affaire est classée et le mode de règlement est consigné dans le registre.

Niveau 3 :

Au niveau communautaire : Si le fait est avéré après la visite de constatation et en plus de la réponse /compensation proposée le plaignant n'est pas satisfait, le CLGP transmet le dossier complet au niveau du CCGP.

Au niveau communal : Si le fait est avéré après la visite de constatation et en plus de la réponse /compensation proposée le plaignant n'est pas satisfait, le CCGP transmet le dossier complet au niveau du CGP. Du niveau central à la Coordination du projet (HeSP).

Au niveau de la Coordination du projet (HeSP) : L'expert en sauvegardes du projet en collaboration avec les Experts techniques impliqués, examinent le niveau de désaccord entre le CLGP ou CCGP et le plaignant et proposent une résolution adéquate au Coordonnateur dans un délai d'une semaine à compter de la date de réception. Le Coordonnateur notifie la résolution au Plaignant via le CCGP.

Niveau 4 : A partir des niveaux 1, 2 ou 3, le plaignant peut diligenter directement des actions en justice. La décision du juge est adressée directement aux parties concernées. Cette décision est enregistrée systématiquement dans le registre.

NB : 1- Toute réclamation, même téléphonique ou par voie électronique, doit être consignée dans le registre à l'exception des cas sensibles qui sont rapportés aux services dédiés

2- Toute fois, l'UP encourage les règlements à l'amiable non compris les cas sensibles.

Etape 3 : Réponse aux plaintes

A la suite de l'enquête et de l'analyse approfondie, une proposition provisoire raisonnable et proportionnée à la plainte est préparée.

Le CLGP ou CCGP devra discuter de la proposition provisoire avec le plaignant qui aura l'opportunité (i) d'accepter la proposition, (ii) de présenter une proposition alternative pouvant faire l'objet de discussion ou (iii) de la rejeter et d'envisager un autre processus de résolution des différends. L'accord final devra être précis, assorti de délais et d'un plan de suivi et agréé par les parties en conflit non compris les cas sensibles.

Il est formellement interdit d'imposer le verdict de manière unilatérale. La réponse à la plainte doit être notifiée au plaignant sans répression, sans menace et sans intimidation.

Etape 4 : Recours

Le présent MGP prévoit des dispositions au cas où les plaintes ne sont pas résolues pour des raisons diverses. Les procédures ci-dessous s'appliquent à des cas exceptionnels et ne doivent pas être utilisées fréquemment. Plusieurs options de recours sont possibles :

Porter le problème devant le Comité de Pilotage du Projet de Réponse à l'Urgence Alimentaire en RCA pour étudier s'il convient ou non de prendre des mesures additionnelles raisonnables (possibilité d'organiser des sessions exceptionnelles) ;

Porter le problème au Ministère de tutelle pour voir s'il convient ou non de prendre des mesures additionnelles raisonnables ;

Proposer le recours à un médiateur indépendant agréé par le Comité de Pilotage et le plaignant afin qu'il facilite la poursuite du dialogue ;

Impliquer une partie externe et indépendante digne de confiance, pour qu'elle évalue la plainte et propose une solution objective.

Le recours à la justice est une option qui n'est recommandée qu'en cas d'échec de la résolution au niveau de projet HeSP.

Etape 5 : Clôture et archivage des plaintes

Une fois qu'une résolution de la plainte aura été convenue ou qu'une décision de clore le dossier aura été prise, l'étape finale consistera au règlement, au suivi, à l'archivage et à la conclusion de la plainte.

Le CLGP ou CCGP a la charge du règlement et du suivi de la plainte en s'assurant que la ou les solutions retenues soient appliquées. Il est également responsable de l'archivage des éléments des dossiers (formulaire de plainte, accusé de réception, rapports d'enquête, accord de règlement de plainte, fiche de règlement de plaintes, etc.). Ces documents devront être tenus confidentiels. La clôture du dossier surviendra après la vérification de la mise en œuvre d'une résolution acceptable par tous. Il pourra être demandé aux parties de fournir un retour d'information sur leur degré de satisfaction à l'égard du processus de traitement de la plainte et du résultat. Même en l'absence d'un accord, il sera important de clore le dossier, de documenter les résultats et de demander aux parties d'évaluer le processus et sa conclusion.

Annexe 2: Liste des personnes rencontrées lors de l'élaboration du PPA (SENI-PLUS)

ION GENERALE DU PROJET
ENI REDISSEIV

Liste des personnes rencontrées

Nom et prénoms	Statut/Fonction	Localité / Village / campement / contacts	Date	émargement
ABDO Esmélieux	1er VICE	BAHANUA 75-08-09-89	07-02-02	<i>[Signature]</i>
M NGOAFOI Eluitoré, METEAIN		BAHANUA 75-02-55-35	07-02-02	<i>[Signature]</i>
Goldo - Gondar Thource	CCF-Bga	Bayenga 75-43-04-14 / 78-04-06-35-07-10-02-02		<i>[Signature]</i>
MEAWOUINDO Gaminata	Pop. DFCB	Bayenga	07-02-02	<i>[Signature]</i>
MBEAIRO Robert	Dir CANAES	Bayenga 75-38-31-14 / 78-02-08-53	07-02-02	<i>[Signature]</i>
NGALAMA J. Prosper	S.G. VCB	Messaoulq 75-16-02-54	02-02-02	<i>[Signature]</i>
WILLIAM Jacques	chef Centre	BAHANUA 75-14-39-98	07-02-02	<i>[Signature]</i>
MONGONGA NINA	chef Groupe	BAHANUA 75-37-24-85	07-02-02	<i>[Signature]</i>
BENGOU Firdale	AL	BAHANUA 75-46-53-05	07-02-02	<i>[Signature]</i>

BENDD-Deine	Res SM	BAYANGA: 75-19-26-88	7-2-22	Specimen
MAIOMIA-Baigilla	MFP	BAYANGA	7-2-22	Specimen
SAPP-ETB's Charleston	CSF Marine	Bayangga 75518614	7-2-22	Specimen
UGANDA WAVE Jeané	Polon EFF	Bongalla 75-49-70-48	7-2-22	Specimen
GOONDA Michael	Austaut M.EFP	Bayangga 755880657	07/02/22	Specimen
Beika Lucy	Pat Jeunesse	Bayangga 755813885	07/02/22	Specimen
STIELKE SHARON 2 ^e Vice M		BAYANGA 75-45784	07/02/22	Specimen
TYAN Simplicie	SP/I	Bayangga 75588015172594057	07/02/22	Specimen
NGANATona-Alex	QAD O	Bayangga 75 09 20 64	07/02/22	Specimen
BABONA-Béatrice	UCB	Bayangga 75 46 67 47	07/02/22	Specimen
DKILA, S. Prunicea Fumole	Stagione SES/	Bayangga 72.84.15.34145.59.86.59	07/02/22	Specimen
MokoneBete Bida	SEN/MSP	Bangui 75466950/72082404	07/02/22	Specimen
NGANSETE-SAMBO-Glaustille	Genetox STN	Bangui 75-10-62-115	07/02/22	Specimen
KAREAL-Bénédictine-Radiol/ES/HS-Sen	Stagione VRS	Bangui 75-70-86-56	07/02/22	Specimen
DAITO Béatrice Martin Géloul	Genetox STN	Bangui 75.84.65.00/72.35.13.00	07/02/22	Specimen
OROMBIA Koita Noell	Consu/Am/STN	Bangui 75.18.84.11/72.35.50.15	07/02/22	Specimen
MALEGA-Hadegre Audé	Consu/STN	Bangui 75636417/78078510	07/02/22	Specimen

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE CABINET

COORDINATION GENERALE DU PROJET
SENI REDISSSE IV



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité - Travail

BANGUI LE

N° _____ /22/MSP/DIRCAB/CGPSREDIV

Liste des Personnalités rencontrées

Nom et prénoms	Statut/fonction	Localité contacts	Date	émargement
Zombo Mathurin	Commissaire matrone	Libombo	07-02-22	
Agali Josephine	Pharmacien	Libombo	07-02-22	
GRANGE SERININ	chef de quartier	Libombo I	07-02-22	
Nakombo Jean Yves	hygiéniste	Libombo	07-02-22	
Assomani Landry	Secrétaire	Libombo	07-02-22	
UGAMA Emmanuel	Resident Cg	Libombo	---	
ASSOPOLE Michel	chef de quartier	Libombo	---	
Bile' Harlekin	---	---	---	
Bouloumi Bertrand	---	---	---	

MBOUTOU Victorine
DOUNGOU Claude

FENE Germain							
MBOUTE Janine							
ADOMBO Estella							
LIABIA Odette							
MBOUTO Philomena							
FENE Monique							
FENE Sydney							
SARAWISSI Juliette							
LITGBE Nadia							
LEBE Mabelle							
AGONBO Magui							
MBONGBE Raissa							
NGUELE MBAMBO							
GBAYEN Tadjana							
SANE Locadie							
MANGA David							
DONI ZAMBANA							
MOHBO Roland							
DSOUBE Stella							
MOGUI Genevieve							

NAME	REL	DATE	TIME	TIME	TIME
ASSI	Marthin	-11-	-11-		
ALABI	Ani	-11-	-11-		
ASSOU	EDOUARD	-11-	-11-		
GILBERT	Toni	-11-	-11-		
MOBEKA	Richard				
BATOKO	Guy	-11-			
MOBEKA	Jean				
SAMOU	dimanche	-11-			
MOBEKA	Eidel	-11-			
MOBEKA	Patrice	-11-			
MAIRAMBA	Joséphine	-11-			
JEAN MAR	Monique	-11-			
MEANTON	Christine				
ELIEN	Nadia				
PIAZZA	Rose				

GBHE
MAGRITI
Sibana



1. Image de la consultation avec les autorités locales et les représentants des PA à Bayanga.



2. Image de la consultation avec les personnels soignants de l'hôpital de Bouar