Programme de Sécurité Sanitaire en Afrique de l'Ouest et du Centre – Phase II
(HeSP-2, P508837)

PLAN EN FAVEUR DES PEUPLES AUTOCHTONES (PPA)

Octobre 2026

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES **2**
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES **4**
SIGLES ET ACRONYMES **5**
AVANT-PROPOS **8**
RÉSUMÉ EXÉCUTIF **9**
1. INTRODUCTION **13**
1.1. Contexte et justification de HeSP 13
1.2. Objectif du Plan en faveur des Populations Autochtones 14
1.3. Objectifs spécifiques et méthodologie 15
1.4. État de mise en œuvre du PPA 16
2. DESCRIPTION DU PROJET **17**
2.1. Objectif de Développement du Projet 17
2.2. Composantes du projet HeSP 17
2.3. Tableau de conformité NES 7 (bénéfices / contraintes par composante) 19
2.4. Bénéficiaires du projet 20
2.5. Zone d'intervention du projet 20
2.6. Arrangement institutionnel de mise en œuvre du projet 21
3. SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE DES PA DANS LES ZONES DU PROJET **22**
3.1. Informations de base sur les PA en RCA 22
3.2. Organisation sociale et culturelle 23
3.3. Mode de vie et accès aux moyens de production 24
3.4. Habitat 25
3.5. Éducation 26
3.6. Santé, eau potable et assainissement chez les PA 27
3.7. Éducation familiale et communautaire et santé 29
3.8. Activités et sources de revenus 30
3.9. Importance des ressources forestières 31
3.10. Dynamique sociale entre les PA et les autres groupes ethniques 32
3.11. Situation des communautés peuhles (groupe vulnérable) 33
4. CADRE JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL RELATIF AUX PA **34**
4.1. Cadre législatif national 34
4.2. Cadre institutionnel 37
4.3. Cadre international 39
5. CONSULTATIONS PUBLIQUES DES PA ET DES PARTIES PRENANTES **43**
5.1. Approche méthodologique des consultations 43
5.2. Catégories des parties prenantes consultées 44
5.3 Thématiques abordées 44
5.4 Limites des consultations 45

5.5. Couverture des consultations 45
5.6. Résultats des consultations communautaires 46
5.7. Points forts et difficultés rencontrées 47
5.8. Recommandations stratégiques consolidées 48
5.9. Mesures environnementales et sociales intégrées au projet 48
5.10. Analyse de la prise en compte des consultations 49
6. IMPACTS DU PROJET SUR LES PA ET MESURES D'ATTÉNUATION 50
6.1. Impacts positifs 50
6.2. Impacts négatifs potentiels 50
6.3. Mesures d'atténuation des impacts négatifs 51
6.4. Risques complémentaires identifiés lors des consultations de 2026 52
7. PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES 53
8. DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI 57
8.1. Responsabilités de mise en œuvre 57
8.2. Suivi, évaluation et établissement de rapports 57
9. BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DU PPA 60
10. DIFFUSION DE L'INFORMATION 61
11. MÉCANISME DE GESTION DES PLAINTES 62
11.1. Types de plaintes possibles 62
11.2. Enregistrement des plaintes 62
11.3. Tri des plaintes et orientation 64
11.4. Voies d'accès 65
11.5. Évaluation de la satisfaction sur la mise en œuvre du MGP 66
CONCLUSION 67
BIBLIOGRAPHIE 68
Documents d'ordre général 68
Lois et règlements 69
Webographie 69
ANNEXES 70
Annexe 1 : Mécanisme de gestion des plaintes 70
Annexe 2 : Équipes de mission et localités des consultations publiques de 2026 75
Annexe 3 : Procès Verbale 76
Annexe 4 : Liste de Présence 79
Annexe 5 : Les images de Focus avec les Ba-Aka 81

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1: Conformité NES 7 – Bénéfices, contraintes et mesures clés par composante 19
Tableau 2: Régions sanitaires et localités couvertes par les consultations publiques de 2026 21
Tableau 3: Répartition des participants par type de consultation 46
Tableau 4: Synthèse consolidée des préoccupations, attentes et mesures 48
Tableau 5: Prise en compte des résultats des consultations dans le PPA 48
Tableau 6: Synthèse des impacts positifs par composante 50
Tableau 7: Synthèse des impacts négatifs potentiels par composante 50
Tableau 8: Mesures d'atténuation des impacts négatifs 51
Tableau 9: Risques complémentaires et mesures retenues 52
Tableau 10: Plan d'action actualisé 53
Tableau 11: Indicateurs de suivi du PPA 57
Tableau 12: Budget estimatif de la mise en œuvre du PPA 60
Tableau 13: Composition, processus de soumission et résolution des griefs par niveau 65

Figure 1: Localisation des communautés autochtones en République Centrafricaine 22
Figure 2: Un modèle d'habitat des Ba-Aka 26
Figure 3: Deuxième modèle d'habitat des Ba-Aka 26

SIGLES ET ACRONYMES

Sigle	Signification
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
CCGP	Comité Communal de Gestion des Plaintes
CCP	Cellule de Coordination du Projet
CEFPA	Centre d'enseignement et formation professionnelle et d'alphabétisation
CERC	Composante d'intervention d'urgence contingente
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
CIRGL	Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs
CLC	Comité Local de Concertation
CLGP	Comité Local de Gestion des Plaintes
CLPE	Consentement libre, préalable et éclairé
CLSP	Conseil local de santé publique
CMOP	Cellule de Mise en Œuvre du Projet
CNEDD	Commission Nationale pour l'Environnement et le Développement Durable
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement Durable
COGES	Comité de Gestion
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPLCC	Consentement préalable, libre et en connaissance de cause
CPPA	Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones
CREC	Communication des risques et engagement communautaire
DDR	Démobilisation, désarmement et réintégration
DGH	Direction Générale de l'Hydraulique
DPAM	Droits de Propriétés et Artisanat Miniers
DSRP	Document Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
EAS/HS	Exploitation et abus sexuels / Harcèlement sexuel
EFP	Enseignement et formation professionnelle

Sigle	Signification
EFPA	Enseignement et formation professionnelle et d'alphabétisation
EIES	Étude d'impact environnemental et social
EPI	Équipement de protection individuelle
ESMS	Espace sûr / sécurisé en milieu scolaire
FCFA	Franc de la Coopération Financière en Afrique centrale
FOSA	Formations Sanitaires
FPI	Financement de projets d'investissement
GIRAF	Gestion Intégrée de la Rémunération des Agents et Fonctionnaires de l'État
HCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés
HeSP	Programme de Sécurité Sanitaire en Afrique de l'Ouest et du Centre
IEC	Information, éducation et communication
IGF	Inspection Générale des Finances
IST	Infection sexuellement transmissible
MCD	Médecin Chef de District
MEDD	Ministère de l'Environnement et du Développement Durable
MEFCP	Ministère des Eaux, Forêts, Chasse et Pêche
MEFP	Maison de l'Enfant et la Femme Pygmée
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MEPC	Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale
MESA	Ministère de l'Élevage et de la Santé Animale
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
ODP	Objectif de Développement du Projet
OEV	Orphelins et autres enfants rendus vulnérables
OFCA	Organisation des Femmes Centrafricaines
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONI	Office National d'Informatique
ONU	Organisation des Nations Unies

Sigle	Signification
OSC	Organisation de la société civile
PA	Peuple Autochtone / Population Autochtone
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PFNL	Produits forestiers non ligneux
PGDBM	Plan de Gestion des Déchets Biomédicaux
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
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PO	Politique opérationnelle
PPA	Plan en faveur des Peuples / Populations Autochtones
PREADF	Programme « Rendre l'école amie des filles »
PTBA	Plan de Travail et Budget Annuel
RAM	Résistance aux antimicrobiens
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
RS	Région sanitaire
RSI	Règlement sanitaire international
TDR	Termes de référence
UEP	Unité d'exécution du Projet
UGP	Unité de Gestion de Projet
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USD	Dollar américain
USS	Une seule santé
VBG	Violence basée sur le genre
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise

AVANT-PROPOS

Le présent Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA) s'inscrit dans le cadre du Projet HeSP (Programme de Sécurité Sanitaire en Afrique de l'Ouest et du Centre – Phase II), financé par la Banque mondiale et mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de la Population (MSP). Une version provisoire du PPA a été produite en décembre 2025 sur la base de données issues du PPA du Projet SENI-Plus. La présente version actualisée intègre les résultats des consultations publiques réalisées en 2026 par la Coordination générale du projet SENI Plus / HeSP dans les Régions sanitaires n°1, 2, 3 et 4 & 5, notamment le focus group conduit avec les peuples autochtones Ba-Aka (RS n°1) et celui conduit avec les communautés peuhles (RS n°3 et 5).

Dans ce contexte, la mise en œuvre du PPA vise à garantir que les Populations Autochtones soient pleinement prises en compte dans les activités du Projet. Les 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. Les zones d'intervention où résident les populations autochtones (Ba-Aka) se situent principalement dans les régions de forêts équatoriales du Sud-Ouest ; il est donc nécessaire d'identifier les localités potentiellement concernées 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.

Les consultations publiques de 2026 ont mis en évidence, chez les Ba-Aka, des problèmes de malnutrition, de paludisme, d'anémie, de tuberculose et de hernie chez les femmes, l'absence de poste de santé dédié, le manque de forages, la discrimination, un taux élevé de choléra, les VBG et un manque de sensibilisation sur l'hygiène et le VIH/SIDA. Elles ont permis de recueillir des recommandations précises (poste de santé spécifique, équipes mobiles de santé, forages, relais communautaires autochtones, plan de lutte contre la discrimination, point focal VBG, circuit de prise en charge des victimes, comité de suivi avec réunions trimestrielles) qui ont été intégrées dans le plan d'action du présent document.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

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 face aux maladies humaines , 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) ,le Ministère de l'Economie Forestière, des Ressources Fauniques et Aquatiques (MEFRFA) et le Ministère de l'Elevage et de la Santé Animale (MESA).

Les activités du Projet sont organisées autour des cinq 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 PPA vise à s'assurer que le processus de développement proposé par la 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 non-accès 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 d'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.

Les principaux obstacles auxquels répondent les mesures du plan d'action sont les suivants :

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 lies 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.

Consultations publiques de 2026 et principaux enseignements

Les consultations publiques réalisées dans le cadre du Projet HeSP ont couvert les Régions sanitaires n°1 (Mongoumba, Zinga, Gouga, Mbaïki, avec un focus group auprès des peuples autochtones Ba-Aka), n°2 (Bouar, Gamboula, Beloko, Berbérati, du 17 au 31 août 2026), n°3 (Bossangoa, Paoua, poste frontalier de Bembéré, avec un focus group auprès des communautés peuhles) et n°4 & 5 (Sibut, Kaga-Bandoro, Ndélé, du 04 au 13 septembre 2026). Elles ont combiné réunions publiques, focus groups, entretiens semi-directifs, ateliers communautaires et questionnaires individuels.

Selon le rapport des RS n°4 & 5, près de 79 % des personnes interrogées n'avaient jamais entendu parler du projet avant la mission ; après présentation, 78 % expriment une appréciation générale très positive. La perception des VBG/EAS/HS est unanime (22 avis positifs sur 22) et 21 avis sur 22 soulignent l'importance de l'implication communautaire.

Pour les Ba-Aka, les recommandations portent sur un poste de santé spécifique, des équipes mobiles de santé, des forages, des relais communautaires autochtones, un plan de lutte contre la discrimination, un point focal VBG, un circuit de prise en charge des victimes et un comité de suivi (réunions trimestrielles). Pour les communautés peuhles, elles portent sur les vaccins et antidotes, leur inclusion dans les campagnes de vaccination et de sensibilisation et le recours à des médiateurs communautaires. Ces recommandations ont été traduites en activités du plan d'action (chapitre 8), en indicateurs de suivi (chapitre 9) et en ajustements du mécanisme de gestion des plaintes (chapitre 12).

1. INTRODUCTION

Le contexte et la justification du Projet HeSP ainsi que les objectifs et la méthodologie d'élaboration du Plan en faveur des Populations Autochtones sont abordés dans cette introduction.

1.1. Contexte et justification de HeSP

La République Centrafricaine (RCA), pays enclavé d'Afrique centrale, a une population estimée à6 656 269 habitants (RGPH-4 résultat provisoire 2025 ICASESS°. 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. rès de 70 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et la crise sécuritaire actuelle continue d'exacerber les besoins humanitaires (Banque Mondiale et PNUD). Les risques identifiés démontrent que les contraintes auxquelles sont confrontées les Populations Autochtones ne constituent pas des phénomènes isolés, mais résultent d'un effet combiné de plusieurs facteurs qui se superposent, mêlant la fragilité nationale, vulnérabilité structurelle, spécificité socioculturelle et contrainte sécuritaire persistante.

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, c'est ce qui facilite les épidémies.

Le système de santé de la République Centrafricaine est fragile et manque cruellement de ressources, 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 des 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 2024 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 à 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.

1.2. Objectif du Plan en faveur des Populations Autochtones

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 tirés 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.

1.3. Objectifs spécifiques et méthodologie

1.3.1. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agit de :

- Collecter les données en vue de l'élaboration d'un Plan en faveur des Populations Autochtones se trouvant dans les zones ciblées du Projet 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, , les données socioéconomiques qualitatives et quantitatives actualisées sur les populations autochtones dans la zone du projet en fonction de la situation sécuritaire dans les zones ciblées, 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.

1.3.2. Méthodologie d'élaboration et d'actualisation 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 conduites en 2026 dans le cadre du Projet HeSP dans les Régions sanitaires n°1, 2, 3 et 4 & 5, combinant des réunions publiques avec les autorités politico-

administratives, des consultations dans les communautés, des focus groups (hommes/femmes et groupes spécifiques, dont un focus group avec les peuples autochtones Ba-Aka et un autre avec les communautés peuhles), des entretiens semi-directifs, des ateliers communautaires et des questionnaires individuels administrés par des enquêteurs.

Les résultats de ces consultations, présentés au chapitre 5, ont été utilisés pour actualiser l'analyse de la situation des PA, l'évaluation des impacts, l'analyse des risques VBG/EAS/HS, le plan d'action, le dispositif de suivi et le mécanisme de gestion des plaintes.

1.4. État de mise en œuvre du PPA

Depuis l'élaboration de la version provisoire du PPA (décembre 2025), les activités suivantes ont été planifiées ou réalisées :

- la planification des activités du PPA dans le PTBA 2026 ;
- **la réalisation des consultations du public** dans les Régions sanitaires ciblées : RS n°1 (Mongoumba, Zinga, Gouga, Mbaïki), RS n°2 (Bouar, Gamboula, Beloko, Berbérati), RS n°3 (Bossangoa, Paoua, Bembéré) et RS n°4 & 5 (Sibut, Kaga-Bandoro, Ndélé), dont les résultats sont intégrés dans la présente version ;
- la sensibilisation des PA et des autorités sur le PPA ;
- l'élaboration des TDR, en cours de discussion interne, pour la célébration de la Journée internationale des populations autochtones, le 09 août de chaque année.

2. DESCRIPTION DU PROJET

2.1. Objectif de Développement du Projet

Renforcer la collaboration régionale et les capacités du système de santé à prévenir, détecter et répondre aux urgences sanitaires en République Centrafricaine.

2.2. 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)
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 de surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMAR) élaboration d'un guide de surveillance des environnementale (à discuter) ;
- 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 basée sur les événements 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.

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 Une Seule 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.

Le renforcement de la capacité opérationnelle du laboratoire, y compris la formation à la maintenance des équipements, à la gestion des risques biologiques 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.

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 d'intervention 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.

2.3. Tableau de conformité NES 7 (bénéfices / contraintes par composante)

Le tableau ci-dessous synthétise, pour chaque composante, les bénéfices attendus pour les PA, les contraintes susceptibles de limiter leur accès à ces bénéfices et les mesures clés retenues dans le présent PPA.

Tableau 1: Conformité NES 7 – Bénéfices, contraintes et mesures clés par composante

Composante	Bénéfices pour les PA	Contraintes / risques	Mesures clés du PPA
C1 – Prévention des urgences sanitaires	Prévention et détection précoce des maladies dans les zones autochtones ; communication adaptée ; intégration des PA dans les mécanismes locaux d'alerte.	Campements éloignés, dispersés ou mobiles mal intégrés dans la prévention et la surveillance.	Équipes mobiles ; messages en langues PA ; cartographie des campements ; implication des leaders autochtones.
C2 – Détection des urgences sanitaires	Détection rapide ; participation des leaders et relais PA à la surveillance communautaire ; zones PA intégrées aux cartes de risque.	Barrières culturelles et linguistiques ; méfiance envers les équipes sanitaires.	Traduction des alertes ; utilisation des canaux traditionnels ; relais communautaires autochtones.
C3 – Réponse aux urgences sanitaires	Intervention rapide ; équipes mobiles ; prise en charge des cas graves ; communication d'urgence en langues locales.	Perturbation des modes de vie traditionnels lors des interventions d'urgence.	Adaptation des exercices et protocoles aux pratiques culturelles ; implication des leaders.
C4 – Gestion du programme	Inclusion des représentants PA dans la gouvernance ; MGP accessible ; redevabilité.	Exclusion décisionnelle des PA des plateformes de coordination.	Représentants PA dans les comités ; comité de suivi trimestriel ; MGP adapté.

Composante	Bénéfices pour les PA	Contraintes / risques	Mesures clés du PPA
C5 – CERC	Accès immédiat aux soins, médicaments et équipes mobiles en situation de crise.	Réponse tardive ou inadaptée ; pression économique sur les soins.	Appui économique ciblé ; solidarité communautaire ; communication adaptée.

Source : *synthèse des tableaux 5 à 7 du présent PPA.*

2.4. Bénéficiaires du projet

Le projet s'adressera à l'ensemble de la population de la RCA, estimée à 6 656 269 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.

2.5. 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.

Les consultations publiques de 2026 ont couvert les Régions sanitaires et localités présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Régions sanitaires et localités couvertes par les consultations publiques de 2026

Région sanitaire	Localités consultées	Groupes spécifiques consultés
RS n°1	Mongoumba, Zinga, Gouga, Mbaïki	Focus group avec les peuples autochtones Ba-Aka
RS n°2	Bouar, Gamboula, Beloko (Cantonnier), Berbérati	15 focus groups ; 150 enquêtes individuelles
RS n°3	Bossangoa, Paoua, poste frontalier de Bembéré (RCA–Tchad)	Focus group avec les communautés peuhles
RS n°4 & 5	Sibut, Kaga-Bandoro, Ndélé	06 focus groups ; 145 enquêtes individuelles (focus group prévu au campement peuhl situé à 30 km de Ndélé non tenu pour raison d'insécurité)

Source : *Rapport de synthèse des consultations publiques HeSP, 2026.*

2.6. 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 et de la population, de l'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 la population, ministères de l'élevage et de la santé animale, ministère de l'environnement et du développement durable, Ministère de l'économie forestière, des ressources faunique et aquatique fourniront des conseils techniques. Le ministère de la santé et de la population nommera le représentant de la République centrafricaine au sein du comité de pilotage régional (CPR).

Au sein de l'UGP, la responsabilité globale de la mise en œuvre du PPA incombe à la Coordonnatrice générale, qui valide les TDR des activités du PPA. La Responsable de la gestion des risques sociaux planifie et coordonne l'ensemble des activités du PPA conformément à la NES 7.

3. SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE DES PA DANS LES ZONES DU PROJET

3.1. Informations de base sur les PA en RCA

En RCA, les Ba- aka sont reconnus comme les peuples autochtones au regard des critères de la NES 7 (voir section 4.3). Dans le cadre du présent PPA, les Peuhls Mbororos sont pris en compte dans les stratégies globales de gestion des groupes vulnérables du projet (au même titre que les personnes en situation de handicap et les personnes du troisième âge). Le présent PPA met donc l'accent sur les PA Ba- aka, tout en intégrant les préoccupations exprimées par les communautés peuhles lors des consultations (section 3.11).

3.1.1. Les populations autochtones (les Ba-Aka)

En RCA, les PA sont des chasseurs, , 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 Sango et locale 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.

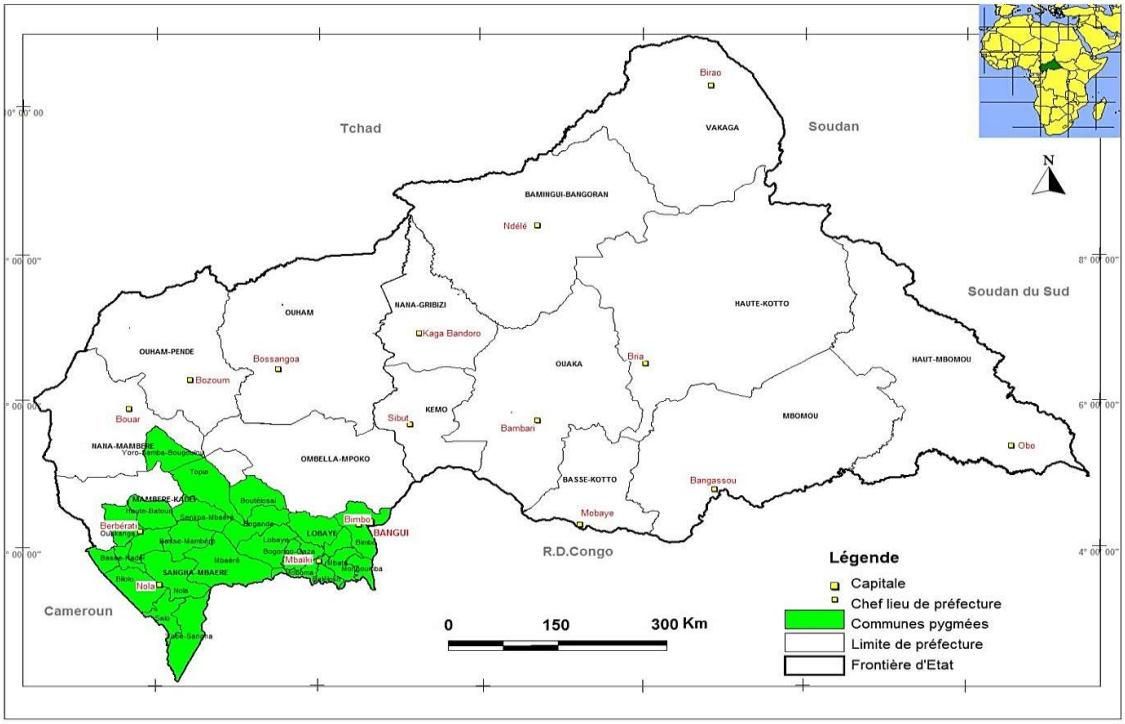

Figure 1: Localisation des communautés autochtones en République Centrafricaine

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 Ba-Aka (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

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.

3.2. 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 campement 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 Ba-aka varie entre deux cent quatre-vingts et quatre cent 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 Ba- 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.

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 à 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 due généralement à une combinaison de causes : appauvrissement des ressources alimentaires, mais aussi l'augmentation de la taille de la population, 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.

3.3. Mode de vie et accès aux moyens de production

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;
- 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.

3.4. 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 1,60m de rayon 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 revéler queraditionnellement, 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, Mbati, 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 2: *Un modèle d'habitat des Ba-Aka*



Figure 3: *Deuxième modèle d'habitat des Ba-Aka*

3.5. Éducation

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 Bélamboké (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 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.

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.

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 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.

3.6. Santé, eau potable et assainissement chez les PA

3.6.1. Situation sanitaire générale

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

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 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.

3.6.2. Constats issus de la consultation des Ba-Aka (2026)

Le focus group conduit avec les peuples autochtones Ba-Aka dans la Région sanitaire n°1 a permis d'actualiser la situation sanitaire et d'accès aux services de base. Les préoccupations exprimées sont les suivantes:

- Malnutrition, paludisme, anémie et tuberculose ;
- hernie chez les femmes;
- absence de poste de santé dédié aux Ba-Aka ;
- manque de forages (accès à l'eau potable) ;
- taux élevé de choléra ;
- discrimination et violences basées sur le genre (VBG) ;
- manque de sensibilisation sur l'hygiène et le VIH/SIDA.

Les autorités et personnels de santé de la même région (Mongoumba, Zinga, Gouga, Mbaïki) ont par ailleurs signalé le manque de personnel médical, l'insuffisance de sages-femmes, l'absence de médicaments de premiers soins, l'insuffisance de points d'eau, le manque d'ambulances et de moyens roulants, et le manque de réactifs et de médicaments essentiels, contraintes qui affectent directement l'accès des PA aux soins.

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.

3.7. Éducation 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 observes 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

3.8. 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 épics, par exemple, sont enfumés à cet effet.

La pèche. 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 bruler la biomasse en vue de planter.

Dans la Sangha-Mbaéré et la Mambéré-Kadéi 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.

3.9. 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.

3.10. 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 basée sur le genre, des diverses formes ; en ce sens que les femmes des PA épousées par les bantoues 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 payement 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 » diton 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 disparaitre 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.

Les consultations de 2026 confirment la persistance de ces rapports défavorables : la discrimination figure parmi les préoccupations exprimées par les Ba-Aka, qui ont recommandé l'élaboration d'un plan de lutte contre la discrimination et la mise en place de relais communautaires autochtones.

3.11. Situation des communautés peuhles (groupe vulnérable)

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.

Le focus group conduit avec les communautés peuhles dans la Région sanitaire n°3 a fait ressortir les préoccupations suivantes :

- risques liés aux déplacements transfrontaliers (fièvre aphteuse, anthrax, zoonoses) ;
- insuffisance de vétérinaires ;
- paludisme, diarrhées et poliomyélite chez les enfants ;
- manque de centres de santé et barrière linguistique ;
- morsures de serpents.

Les communautés peuhles ont recommandé la mise à disposition de vaccins et d'antidotes, leur inclusion dans les campagnes de vaccination et de sensibilisation, et le recours à des médiateurs communautaires. Dans les RS n°4 & 5, le focus group prévu au campement peuhl situé à 30 km de Ndélé n'a pu se tenir en raison de l'insécurité liée aux groupes armés.

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 lies 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.

4. CADRE JURIDIQUE ET INSTITUTIONNEL RELATIF AUX PA

4.1. Cadre législatif national

4.1.1. La Constitution de la République Centrafricaine du 30 août 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.

4.1.2. 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, 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 ; 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.

4.1.3. 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.

4.1.4. 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.

4.1.5. 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.

4.1.6. Le Plan National de Développement (PND 2024-2028)

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.

4.1.7. 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.

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.

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 et avantages sur le mode de vie des autochtones Aka et des Peuhls pourront se mesurer principalement à travers la Composante 2 (Détection des urgences sanitaires, 31,66 millions USD) et la Composante 3 (Réponse aux urgences sanitaires, 20,20 millions USD), décrites à la section 2.2.

4.2. Cadre institutionnel

4.2.1. Le Ministère 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.

4.2.2. 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 de l'économie forestière et des ressources fauniques et aquatiques ministère des arts, de la culture 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

4.2.3. Le Ministère du Développement de l'Énergie et des Ressources Hydrauliques

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.

4.2.4. 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.

4.2.5. Les organisations communautaires de base (OCB) et 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.

Les consultations de 2026 ont en outre souligné le rôle des autorités locales et judiciaires (prévention et sanction des VBG/EAS/HS), des Médecins Chefs de District et des Médecins Chefs d'Hôpital, ainsi que des acteurs non institutionnels (ONG, OSC, OFCA, associations de femmes et de jeunes, confessions religieuses, médias) dans l'accompagnement du projet.

4.3. Cadre international

4.3.1. La 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.

4.3.2. 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 à 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.

4.3.3. Le Cadre Environnemental et Social (CES) de la Banque mondiale

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 : Dans le cadre de ce PPA, les Peuhls Mbororos sont considérés comme « autres groupes vulnérables » qui bénéficieront des avantages du projet. Le présent PPA met donc l'accent sur les PA Aka et intègre les préoccupations des Peuhls Mbororos exprimées lors des consultations.*

5. CONSULTATIONS PUBLIQUES DES PA ET DES PARTIES PRENANTES

Dans le cadre de la préparation du **Projet de Renforcement des Systèmes de Santé et de Préparation aux (HeSP)**, le Gouvernement de la République centrafricaine, à travers le Ministère de la Santé et de la Population, a engagé un processus de consultations des parties prenantes conformément aux exigences du **Cadre Environnemental et Social (CES)** de la Banque mondiale, notamment à la **Norme Environnementale et Sociale n°10 (NES 10)** relative à la mobilisation des parties prenantes et à la diffusion de l'information.

La participation publique constitue un processus de dialogue ouvert, inclusif et transparent qui permet d'associer les parties prenantes à l'identification des enjeux, des besoins et des solutions liées au projet. Elle favorise la prise en compte des préoccupations des populations concernées, l'exploration des alternatives possibles ainsi que le renforcement de l'appropriation des interventions par les bénéficiaires. Dans cette perspective, des consultations ont été organisées dans les **Régions sanitaires n°1, n°2, n°3, n°4 et n°5**, afin de garantir une participation effective des communautés, des autorités administratives et locales, des acteurs institutionnels, des organisations de la société civile et des autres parties concernées par le projet.

Ces consultations ont permis de recueillir les perceptions, préoccupations, attentes et recommandations des parties prenantes concernant les activités envisagées dans le cadre du projet, les risques et impacts environnementaux et sociaux susceptibles d'être associés à leur mise en œuvre, ainsi que les mesures de prévention et d'atténuation à privilégier.

De manière spécifique, les consultations visaient à :

- Informer les parties prenantes sur les objectifs, les composantes et les résultats attendus du projet ;
- Identifier les préoccupations environnementales et sociales des populations concernées ;
- Recueillir les recommandations des bénéficiaires et des acteurs institutionnels ;
- Renforcer l'appropriation du projet par les communautés ;
- Alimenter l'élaboration du **Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (CGES)**, du **Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP)**, du **Plan en Faveur des Peuples Autochtones (PPA)** et du **Plan d'Action relatif aux risques de Violences Basées sur le Genre (VBG), d'Exploitation et d'Abus Sexuels (EAS) et de Harcèlement Sexuel (HS)**.

Le présent chapitre décrit le déroulement et les résultats des consultations publiques réalisées en 2026 dans le cadre du Projet HeSP. Ces résultats viennent actualiser ceux issus des consultations menées en 2022 pour le **Projet SENI-Plus**, qui avaient servi de base à l'élaboration de la version provisoire du paquet de préparation du projet (PPA) et dont un rappel est présenté à la section 5.10.

5.1. Approche méthodologique des consultations

Les consultations ont été conduites selon une approche participative, inclusive et itérative visant à assurer la représentation des différentes catégories d'acteurs concernés par le projet.

Cette approche a reposé sur les principes de participation éclairée, d'inclusion sociale, de transparence, de redevabilité et de prise en compte des besoins spécifiques des groupes

vulnérables.Elle a permis de favoriser un dialogue constructif entre les équipes de mission, les autorités locales et les communautés bénéficiaires.

Afin de garantir la diversité des points de vue et la qualité des informations recueillies, plusieurs outils de collecte ont été utilisés :

- Focus groupes ;
- Réunions communautaires ;
- Entretiens semi-structurés avec les autorités administratives, sanitaires et locales ;
- Enquêtes individuelles ;
- Consultations ciblées auprès des groupes vulnérables.

Cette combinaison méthodologique a permis de recueillir des données quantitatives et qualitatives nécessaires à l'analyse des risques, des attentes et des mesures d'atténuation proposées.

5.2. Catégories des parties prenantes consultées

Les consultations ont mobilisé un large éventail de parties prenantes, notamment :

- Les autorités administratives ;
- Les autorités sanitaires nationales, régionales et de district ;
- Les responsables des formations sanitaires ;
- Les leaders communautaires et religieux ;
- Les représentants des organisations de la société civile ;
- Les organisations féminines ;
- Les associations de jeunes ;
- Les peuples autochtones ;
- Les communautés pastorales et transfrontalières ;
- Les personnes vulnérables ;
- Les populations bénéficiaires des zones d'intervention.

Une attention particulière a été accordée à la participation des groupes vulnérables afin de garantir une représentation équilibrée des différentes catégories sociales.

5.3 Thématiques abordées

Les consultations ont porté principalement sur :

- La connaissance et la perception du projet ;
- Les besoins prioritaires du système de santé ;
- Les risques environnementaux et sociaux potentiels ;
- La gestion des déchets biomédicaux ;
- Les risques liés aux VBG/EAS/HS ;
- Les mécanismes de gestion des plaintes ;
- La surveillance sanitaire transfrontalière ;
- La participation communautaire ;
- L'inclusion sociale ;
- Les mesures de prévention, d'atténuation et de suivi des risques.

5.4 Limites des consultations

Malgré les efforts déployés pour assurer une participation élargie des parties prenantes, plusieurs contraintes ont été relevées notamment :

- Le mauvais état de certaines infrastructures routières limitant l'accès à certaines localités ;
- L'insécurité persistante dans certaines zones ;
- Les contraintes climatiques ayant occasionné des retards dans l'exécution des missions ;
- Le temps relativement limité consacré à certaines localités ;
- La disponibilité réduite de certains acteurs pendant les week-ends ;
- La sous-représentation des femmes dans certaines activités ;
- Les contraintes linguistiques rencontrées auprès de certaines communautés ;
- L'impossibilité d'accéder à certaines localités pour des raisons sécuritaires.

Toutefois, ces contraintes n'ont pas remis en cause la représentativité globale des consultations ni la qualité des résultats obtenus.

5.5. Couverture des consultations

5.5.1. Couverture géographique

Les consultations ont été réalisées dans les Régions Sanitaires n°1, n°2, n°3, n°4 et n°5 afin de prendre en compte la diversité des contextes géographiques, sanitaires, sociaux et sécuritaires des zones d'intervention du projet.

Région Sanitaire n°1

Les consultations ont fait ressortir des préoccupations relatives à l'insuffisance du personnel qualifié, à l'accès limité aux médicaments essentiels, aux besoins de réhabilitation des infrastructures sanitaires, à l'insuffisance des points d'eau ainsi qu'aux difficultés d'accès aux soins pour certains groupes vulnérables, notamment les peuples autochtones.

Région Sanitaire n°2

Les consultations se sont déroulées dans des conditions satisfaisantes et ont permis de couvrir l'ensemble des sites initialement programmés. Les préoccupations exprimées concernaient principalement le renforcement des infrastructures sanitaires, la disponibilité des équipements médicaux et les capacités du personnel de santé.

Région Sanitaire n°3

Les consultations ont mis en évidence les préoccupations liées à la couverture vaccinale, à la gestion des déchets biomédicaux, à la surveillance sanitaire transfrontalière, aux risques environnementaux et sociaux ainsi qu'aux dispositifs de prévention des VBG/EAS/HS.

Régions Sanitaires n°4 et n°5

Les consultations ont porté principalement sur le renforcement des services de santé, l'amélioration des infrastructures sanitaires, la gestion des risques environnementaux et sociaux, ainsi que le renforcement de la participation communautaire et des mécanismes de prévention des VBG/EAS/HS.

5.5.2 Participation aux consultations

Au total, 2 302 personnes ont participé aux consultations, dont 575 femmes (25,0 %) et 1 727 hommes (75,0 %).

Tableau 3: Répartition des participants par type de consultation

Type de consultation	Participants	Femmes	Hommes	Part des femmes
Focus groups	1 134	200	934	17,6%
Reunions Communautaire	468	136	332	29,1%
Enquêtes individuelles	700	239	461	34,1%
Total	**2 302**	**575**	**1 727**	**25,0%**

Source : *Consultations des parties prenantes du Projet HeSP, 2026.*

Les focus groups ont représenté le principal mode de consultation avec 49,3 % des participants, suivis des enquêtes individuelles (30,4 %) et des réunions communautaires (20,3 %).
La participation féminine demeure relativement faible, avec une représentation globale de 25,0 %. Cette situation justifie la mise en œuvre de mesures spécifiques visant à renforcer la participation des femmes dans les prochaines phases du projet.
Malgré les contraintes logistiques, climatiques et sécuritaires observées dans certaines zones, les consultations ont permis d'assurer une couverture géographique satisfaisante et de recueillir des informations pertinentes pour l'élaboration des instruments de gestion environnementale et sociale du projet.

5.6. Résultats des consultations communautaires

5.6.1 Niveau de connaissance du projet

Les résultats indiquent qu'avant les consultations, le niveau de connaissance du projet demeurait limité. Parmi les répondants ayant renseigné cette question, 11 sur 14 (78,6 %) ont déclaré n'avoir jamais entendu parler du projet avant la mission de consultation.
Ce constat souligne la nécessité de renforcer les activités d'information et de sensibilisation des communautés tout au long du cycle du projet.

5.6.2 Appréciation générale du projet

Après présentation du projet, 14 répondants sur 18 (77,8 %) ont exprimé une appréciation positive des activités proposées.
Ce résultat traduit une bonne acceptabilité sociale du projet et une adéquation perçue entre les interventions prévues et les besoins des populations.

5.6.3 Perception des risques environnementaux et sociaux

Les consultations ont révélé une forte sensibilité des communautés aux enjeux environnementaux et sociaux.
Au total, 16 avis ont été exprimés concernant les impacts potentiels du projet. Par ailleurs, parmi les 20 avis recueillis sur les craintes et préoccupations :
11 avis (55,0 %) exprimaient des préoccupations ;
9 avis (45,0 %) considéraient les risques comme maîtrisables.

Ces résultats démontrent l'importance accordée par les communautés à la prévention et à la gestion des risques environnementaux et sociaux.

5.6.4 Prévention des risques de VBG/EAS/HS

L'ensemble des répondants (100 %) a reconnu la pertinence des mesures proposées pour prévenir et traiter les risques liés aux VBG/EAS/HS.
Ce résultat traduit une forte adhésion communautaire aux dispositifs de prévention et de prise en charge envisagés dans le cadre du projet.

5.6.5 Participation communautaire

Les consultations ont mis en évidence une forte volonté d'implication communautaire.
Ainsi 21 répondants sur 22 (95,5 %) ont souligné l'importance de l'engagement communautaire dans la mise en œuvre et le suivi du projet ; 15 répondants sur 18 (83,3 %) ont formulé des propositions concrètes de mitigation des risques.
Ces résultats témoignent d'une forte appropriation du projet par les communautés consultées.

5.6.6 Participation des femmes

Bien que 575 femmes aient participé aux consultations, elles ne représentent que 25,0 % de l'ensemble des participants.
Cette proportion varie selon les modalités de consultation :

- Focus groupes : 17,6 % ;
- Réunions communautaires : 29,1 % ;
- Enquêtes individuelles : 34,1 %.

Le renforcement de l'inclusion des femmes devra constituer une priorité dans les futures activités de mobilisation des parties prenantes.

5.7. Points forts et difficultés rencontrées

5.7.1 Points forts

- Forte implication des autorités administratives et sanitaires ;
- Participation active des parties prenantes ;
- Mobilisation des Médecins Chefs de District et Médecins Chefs d'Hôpital ;
- Climat de dialogue favorable ;
- Engagement des autorités locales ;
- Couverture complète des sites programmés dans certaines régions.

5.7.2 Difficultés rencontrées

- Dégradation des infrastructures routières ;
- Difficultés d'accès à certaines localités ;
- Contraintes sécuritaires ;
- Durée limitée des missions ;
- Contraintes logistiques et administratives.

Tableau 4: Synthèse consolidée des préoccupations, attentes et mesures

Thématique	Préoccupations exprimées	Mesures proposées dans le CGES
Ressources humaines en santé	Insuffisance de personnel qualifié	Renforcement des effectifs, formation et appui institutionnel
Infrastructures et équipements sanitaires	Infrastructures insuffisantes ou dégradées	Réhabilitation et équipement des structures sanitaires
Médicaments et vaccins	Disponibilité limitée des intrants médicaux	Renforcement des chaînes d'approvisionnement
Surveillance sanitaire	Faibles capacités de surveillance transfrontalière	Renforcement des points d'entrée et systèmes d'alerte
Gestion des déchets biomédicaux	Risques de pollution environnementale	Mise en œuvre du PGDBM et installation d'incinérateurs
VBG/EAS/HS	Risques de violences et mécanismes insuffisants	Plan d'action VBG/EAS/HS
Inclusion sociale	Difficultés d'accès des groupes vulnérables	Mesures spécifiques d'inclusion
Communication	Faible connaissance du projet	Mise en œuvre du PMPP

5.8. Recommandations stratégiques consolidées

- Axe 1. Renforcement du système de santé, de la vaccination et de la prise en charge
- Axe 2. Renforcement de la surveillance transfrontalière et de l'approche « Une seule santé » ;
- Axe 3. Renforcement de la gestion environnementale et sociale ainsi que de la prévention des VBG/EAS/HS ;
- Axe 4. Renforcement de l'inclusion sociale, de la communication et de l'engagement communautaire.

5.9. Mesures environnementales et sociales intégrées au projet

Tableau 5: Prise en compte des résultats des consultations dans le PPA

Thématique	Mesures intégrées dans le PPA	Responsable principal	Indicateur de suivi
Accès aux services de santé	Organisation de campagnes de santé mobiles dans les zones habitées par les peuples autochtones et accompagnement des patients vers les structures de santé	MSP / UGP / DRS	Nombre de missions médicales réalisées ; nombre de bénéficiaires autochtones touchés
Médiation communautaire	Recrutement et formation de relais communautaires issus des peuples autochtones pour faciliter l'accès aux services du projet	UGP / DRS	Nombre de relais communautaires formés et opérationnels
Sensibilisation adaptée	Développement d'outils de communication en langues locales et adaptés aux réalités socioculturelles des peuples autochtones	UGP	Nombre de supports élaborés et diffusés
Surveillance transfrontalière	Intégration des représentants autochtones dans les activités de sensibilisation sur les risques sanitaires transfrontaliers	MSP / DRS	Nombre de représentants impliqués
Déchets biomédicaux	Sensibilisation des communautés riveraines aux risques liés aux déchets biomédicaux et aux mesures de prévention	UGP / Formations sanitaires	Nombre de séances de sensibilisation réalisées

Eau Hygiène et Assainissement	Réhabilitation ou installation de points d'eau et d'ouvrages d'assainissement dans les localités à forte présence autochtone	MSP / UGP	Nombre d'infrastructures EHA réalisées
VBG/EAS/HS	Mise en œuvre d'activités de prévention et de prise en charge adaptées aux femmes, filles et autres personnes vulnérables des communautés autochtones	UGP	Nombre d'activités réalisées ; nombre de bénéficiaires touchés
Inclusion sociale	Mise en place de quotas ou de mécanismes favorisant la participation des peuples autochtones aux consultations, formations et instances communautaires	UGP / DRS	Taux de participation des peuples autochtones aux activités du projet
Renforcement des capacités	Formation des prestataires de santé et des acteurs du projet sur les droits, la culture et les spécificités des peuples autochtones	UGP / MSP	Nombre d'acteurs formés
MGP	Mise en place de points focaux communautaires autochtones et adaptation du MGP aux langues et pratiques locales	UGP	Nombre de plaintes reçues et traitées provenant des communautés autochtones ; taux de résolution
Participation et consultation	Organisation régulière de consultations libres, préalables et éclairées avec les communautés autochtones pendant toute la durée du projet	UGP / DRS	Nombre de consultations réalisées et taux de participation

5.10. Analyse de la prise en compte des consultations

Les consultations ont révélé que les peuples autochtones continuent de faire face à des obstacles spécifiques dans l'accès aux services sociaux de base, notamment les services de santé, l'information, les mécanismes de participation et les voies de recours. Les communautés consultées ont également souligné la nécessité d'une approche culturellement appropriée, prenant en compte leurs modes de vie, leurs langues et leurs structures de gouvernance traditionnelles.

En réponse à ces préoccupations, le PPA prévoit des mesures spécifiques visant à renforcer l'accès aux services de santé, promouvoir une communication adaptée, favoriser la participation effective des peuples autochtones aux processus décisionnels et garantir un accès équitable au mécanisme de gestion des plaintes. Ces mesures contribueront à assurer que les peuples autochtones bénéficient pleinement des retombées du projet, conformément aux exigences de la **NES n°7 de la Banque mondiale** relatives aux Peuples Autochtones et aux Communautés Locales Traditionnelles Historiquement Défavorisées d'Afrique subsaharienne.

6. IMPACTS DU PROJET SUR LES PA ET MESURES D'ATTÉNUATION

6.1. Impacts positifs

Tableau 6: 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 de la détection précoce des maladies dans les zones où vivent les peuples autochtones, renforce 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 où vivent les peuples 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 où vivent les peuples 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 où vivent les peuples 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. Elle 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.

Les consultations de 2026 confirment ces impacts positifs attendus : après présentation du projet, 78 % des personnes interrogées dans les RS n°4 & 5 en ont une appréciation générale très positive, et les atouts du programme pour la communauté sont reconnus par la quasi-totalité des répondants (20 avis positifs en RS n°2 et 20 en RS n°4 & 5).

6.2. Impacts négatifs potentiels

Tableau 7: 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	Synthèse des impacts négatifs pour les PA
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 l'incompréhension ou la 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.

6.3. Mesures d'atténuation des impacts négatifs

Le tableau qui suit fait la synthèse des mesures d'atténuation des impacts négatifs potentiels du projet sur les populations autochtones.

Tableau 8: Mesures d'atténuation des impacts négatifs

Composante	Impact négatif potentiel	Mesures d'atténuation proposées
Composante 1 : Prévention	Campements éloignés, dispersés ou mobiles mal intégrés dans la prévention et la surveillance.	• Déployer des équipes mobiles et adapter les messages aux langues et pratiques PA • Impliquer les leaders autochtones et cartographier les campements pour garantir une couverture équitable • Favoriser l'octroi des actes de naissance et des cartes nationales d'identité aux PA
Composante 2 : Détection	Barrières culturelles et linguistiques : réglementations et protocoles ignorant les pratiques traditionnelles et les langues locales.	• 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
Composante 3 : Réponse	Perturbation des modes de vie traditionnels par les exercices de simulation et les nouvelles pratiques de biosécurité.	• 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
Composante 4 : Gestion du programme	Exclusion décisionnelle : PA souvent absents des plateformes de coordination et du système sanitaire.	• Intégrer les PA aux plateformes de coordination • Adapter les cadres de concertation à leurs langues et contraintes • Renforcer leurs capacités pour garantir une représentation réelle

Composante	Impact négatif potentiel	Mesures d'atténuation proposées
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 l'augmentation de leurs dépenses de santé

6.4. Risques complémentaires identifiés lors des consultations de 2026

Les consultations de 2026 ont fait ressortir des risques et contraintes complémentaires pour les PA et les groupes vulnérables, ainsi que les mesures correspondantes retenues dans le présent PPA.

Tableau 9: Risques complémentaires et mesures retenues

Risque / contrainte exprimé	Groupe / localité	Mesures retenues dans le PPA
Absence de poste de santé dédié, éloignement des FOSA	Ba-Aka (RS n°1) ; Bossangoa	Équipes mobiles de santé ; étude d'un poste de santé spécifique (activité 7)
Manque de forages, taux élevé de choléra	Ba-Aka (RS n°1)	Forages et points d'eau ; sensibilisation à l'hygiène (activité 8)
Discrimination	Ba-Aka (RS n°1)	Plan de lutte contre la discrimination ; relais communautaires autochtones (activités 9 et 10)
VBG et retard de prise en charge dans les 72 heures	Ba-Aka ; Gouga ; Bossangoa ; Paoua	Point focal VBG, circuit de prise en charge, implication des autorités judiciaires (activité 11)
Barrière linguistique, manque de centres de santé, zoonoses transfrontalières, morsures de serpents	Communautés peuhles (RS n°3)	Médiateurs communautaires ; inclusion dans les campagnes de vaccination ; vaccins, antidotes et sérums antivenimeux (activités 9 et 12)
Faible notoriété initiale du projet (près de 79 % ne le connaissaient pas)	RS n°4 & 5	Plan de communication continue et canaux diversifiés (activité 14)
Insécurité empêchant l'accès à certains campements	Campement peuhl près de Ndélé	Prise en compte des contraintes sécuritaires dans la planification ; consultation à reprogrammer

7. PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES

Le plan d'action ci-dessous reprend les activités de la version provisoire du PPA et intègre les activités nouvelles issues des consultations publiques de 2026.

Tableau 10: Plan d'action actualisé

N°	Activités	Actions envisagées	Lien avec le projet	Responsables de mise en œuvre	Responsable du suivi	Calendrier
A. Activités de la version provisoire du PPA (actualisées)						
1	Traduction des alertes sanitaires	• Identifier les langues PA (Aka, Baka, etc.) • Traduire les alertes, consignes et signaux de détection • Produire des supports audio, visuels et pictographiques • Tester la compréhension auprès de groupes PA	Inclusion linguistique et communication adaptée exigées par la NES 7 ; améliore la détection communautaire (Composante 2)	MSP ; MPGPFFE ; organisations et associations locales et autres structures citoyennes	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Avant le démarrage de la phase d'exécution du projet
2	Diffusion via les canaux de communication adaptés aux femmes et adolescentes 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 MGP en milieu PA	Diffusion efficace et culturellement appropriée des alertes ; rapidité de détection dans les zones PA (Composante 2)	MSP ; FOSA ; ONG locales ; relais communautaires PA	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
3	Implication des leaders autochtones	• Identifier et mobiliser les leaders, sages et femmes influentes • Associer les leaders à toutes les étapes des protocoles de détection adaptés • Intégrer les leaders dans les comités de surveillance • Former les équipes sanitaires à la communication interculturelle	Confiance, participation et légitimité des mécanismes de surveillance ; mise en œuvre du PPA et du PMPP	Chefs coutumiers et relais communautaires PA (leaders femmes, hommes et jeunes)	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
4	Adaptation des exercices de réponse	• Adapter les simulations aux pratiques culturelles PA • Impliquer les leaders dans la préparation • Identifier les rituels sensibles et ajuster les interventions	Réduit les tensions lors des interventions d'urgence ; réponse respectueuse des modes de vie PA (Composante 3)	MSP ; ministère en charge de l'énergie et de l'hydraulique ; ONG locales du secteur santé	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet

N°	Activités	Actions envisagées	Lien avec le projet	Responsables de mise en œuvre	Responsable du suivi	Calendrier
5	Participation des PA à la gouvernance sanitaire et aux comités de gestion	• Intégrer des représentants PA dans les plateformes de coordination et les comités locaux de gestion • Adapter les cadres de concertation (langue, lieu, format) et traduire documents et réunions • Renforcer leurs capacités en gouvernance sanitaire et gestion des ressources • Prévoir un appui logistique (transport, indemnités de participation) • Respecter les pratiques culturelles (lieux, calendrier, cérémonies) et valoriser les savoirs traditionnels	Représentativité et équité dans la prise de décision ; exigences de la NES 7 (Composante 4)	MSP ; MPGPFFE ; ONG locales du secteur santé	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
6	Appui économique en situation d'urgence (CERC)	• Mettre en place un mécanisme d'appui financier pour les soins des 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)	MSP ; ONG locales du secteur santé	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
B. Activités nouvelles issues des consultations publiques de 2026						
7	Amélioration de l'accès aux soins des Ba-Aka (équipes mobiles et poste de santé spécifique)	• Cartographier les communautés autochtones éloignées ou mal desservies • Déployer des équipes / unités mobiles de santé dans les campements, équipées pour la saisie DHIS2 avec ventilation des données par groupe autochtone • Étudier avec le MSP la mise en place d'un poste de santé spécifique dans les zones à forte présence Ba-Aka • Orienter les interventions vers les pathologies signalées : malnutrition, paludisme, anémie, tuberculose, hernie chez les femmes • Renforcer le référencement des malades des campements vers les FOSA	Accès équitable aux services de santé (Composantes 2 et 3) ; recommandation des Ba-Aka (RS n°1)	MSP ; Districts sanitaires ; FOSA ; ONG locales	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
8	Accès à l'eau potable et promotion de l'hygiène en milieu PA	• Construire des forages / points d'eau dans les zones où vivent les PA • Mener des sensibilisations sur l'hygiène (lavage des mains, prévention du choléra) et sur le VIH/SIDA • Promouvoir les latrines améliorées par des démonstrations pratiques	Prévention des maladies liées à l'eau et des épidémies (Composantes 1 et 3) ; recommandation des Ba-Aka et de Mongoumba	MSP ; ministère en charge de l'hydraulique (DGH) ; ONG locales	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet

N°	Activités	Actions envisagées	Lien avec le projet	Responsables de mise en œuvre	Responsable du suivi	Calendrier
9	Relais communautaires autochtones et médiateurs communautaires peuhls	• Identifier, recruter et former des relais communautaires Ba-Aka (hommes et femmes) • Former les relais sur la prévention sanitaire, les VBG/EAS/HS, le MGP et le référencement • Identifier et former des médiateurs communautaires peuhls • Créer des passerelles entre relais et structures institutionnelles	Surveillance et engagement communautaires (Composantes 1 et 2) ; recommandations des Ba-Aka et des Peuhls	MSP ; FOSA ; ONG de défense des PA	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
10	Plan de lutte contre la discrimination des PA	• Élaborer, avec les leaders autochtones, un plan de lutte contre la discrimination • Sensibiliser les personnels de santé et les communautés voisines • Suivre les plaintes liées à la discrimination à travers le MGP	Accès non discriminatoire aux services (NES 7) ; recommandation des Ba-Aka	MSP ; MPGPFFE ; ONG de défense des PA ; autorités locales	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
11	Prévention et prise en charge des VBG/EAS/HS en milieu PA	• Nommer un point focal VBG dans les zones à présence autochtone • Établir un circuit de prise en charge des victimes et réduire les délais de prise en charge (72 heures) • Créer des espaces sûrs communautaires adaptés (cartographie participative, aménagement, accessibilité) • Mettre en place un mécanisme de signalement accessible et confidentiel • Impliquer les autorités locales et judiciaires • Mener des campagnes multilingues et visuelles sur les droits des femmes et filles autochtones	Mise en œuvre du plan d'action EAS/HS ; recommandations des Ba-Aka, de Gouga, Bossangoa et Paoua	MSP ; MPGPFFE ; autorités judiciaires ; prestataires de services VBG ; ONG	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet
12	Inclusion des communautés peuhles dans la vaccination et la prévention	• Inclure les Peuhls dans les campagnes de vaccination (humaine et animale) et de sensibilisation • Mettre à disposition vaccins, antidotes et sérums antivenimeux dans les FOSA concernées • Programmer la consultation du campement peuhl de Ndélé dès que la sécurité le permet	Approche « Une santé » et réponse aux zoonoses (Composantes 1 et 3) ; recommandations des Peuhls, de Bossangoa et Paoua	MSP ; MESA ; FOSA ; médiateurs communautaires	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet

N°	Activités	Actions envisagées	Lien avec le projet	Responsables de mise en œuvre	Responsable du suivi	Calendrier
13	Comité de suivi du PPA et reporting participatif	• Mettre en place un comité local / multisectoriel de suivi incluant les leaders Ba-Aka et des représentants peuhls • Tenir des réunions trimestrielles de suivi • Intégrer les propositions de mitigation des bénéficiaires et instaurer un reporting participatif	Gouvernance, suivi et redevabilité (Composante 4) ; recommandation des Ba-Aka, de Gouga et Mbaïki	UGP ; autorités locales ; leaders communautaires	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Trimestriel
14	Communication inclusive et continue	• Élaborer un plan de communication continue sur le projet et le PPA • Utiliser des canaux diversifiés : radios locales, réunions communautaires, affiches, banderoles • Développer des outils pédagogiques adaptés aux langues et au niveau d'alphabétisation des PA	Visibilité du projet et information des PA (NES 10) ; recommandations consolidées	UGP ; MSP ; radios locales ; ONG	Coordination générale du projet HeSP (Unité de gestion des risques sociaux)	Durant la phase d'exécution du projet

8. DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

8.1. Responsabilités 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'entraine 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.

Conformément aux recommandations des consultations de 2026, un comité local / multisectoriel de suivi du PPA, associant les autorités locales, les leaders Ba-Aka et des représentants des communautés peuhles, se réunira chaque trimestre. Les autorités locales seront associées au suivi trimestriel des indicateurs, et un reporting participatif sera instauré.

8.2. Suivi, évaluation et établissement de rapports

Un cadre de suivi-évaluation est défini pour suivre les résultats du PPA. Les indicateurs ci-dessous feront l'objet d'un suivi régulier mensuel ou trimestriel. Les données seront, dans la mesure du possible, collectées via DHIS2 avec ventilation par groupe autochtone et par sexe, et feront l'objet de rapports trimestriels.

Tableau 11: Indicateurs de suivi du PPA

N°	Activité	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Fréquence
1	Traduction des alertes sanitaires	• Nombre de réunions des PA organisées • Nombre de membres des PA sensibilisés • Nombre de supports traduits dans les langues PA	Rapports trimestriels de réunions communautaires	Trimestrielle
2	Diffusion via les canaux de communication PA	• Listes des femmes et adolescentes PA participantes • Nombre de relais et matrones PA formés	Rapports de formation ; rapports trimestriels d'activités de l'UEP ; supports et images	Trimestrielle

N°	Activité	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Fréquence
3	Implication des leaders autochtones	• Nombre de chefs de ménage et leaders identifiés et sensibilisés • Liste des femmes PA participantes	Rapports d'activités ; listes de présence	Trimestrielle
4	Adaptation des exercices de réponse	• Nombre d'exercices de simulation adaptés aux pratiques culturelles PA • Nombre de leaders impliqués dans la préparation	Rapports d'exercices	Semestrielle
5	Participation des PA à la gouvernance	• % de comités locaux incluant au moins 1 représentant autochtone • Nombre de représentants des PA ayant participé aux réunions	Procès-verbaux des comités	Trimestrielle
6	Appui économique en situation d'urgence	• Nombre de PA ayant bénéficié d'un appui pour leurs soins	Registres de prise en charge ; rapports CERC	En cas d'activation
7	Accès aux soins des Ba-Aka	• Nombre d'unités mobiles déployées dans les zones PA • Nombre de PA pris en charge par les équipes mobiles • Nombre de moyens de référencement (vélos, brancards) distribués	Rapports des équipes mobiles ; DHIS2 ; factures et décharges	Mensuelle / trimestrielle
8	Eau potable et hygiène	• Nombre de forages / points d'eau réalisés ou sources aménagées en milieu PA • Nombre de latrines construites • Nombre de séances de sensibilisation hygiène et VIH/SIDA	PV de réception ; rapports d'activités ; images	Trimestrielle
9	Relais et médiateurs communautaires	• Nombre de relais Ba-Aka formés (hommes / femmes) • Nombre de médiateurs peuhls formés	Rapports de formation ; listes de présence	Trimestrielle
10	Lutte contre la discrimination	• Plan de lutte contre la discrimination élaborée et validé • Nombre de plaintes liées à la discrimination reçues et traitées	Document du plan ; registres du MGP	Semestrielle
11	VBG/EAS/HS en milieu PA	• Nombre de points focaux VBG nommés en zone PA • % de femmes / filles autochtones sensibilisées aux risques VBG/EAS/HS • Nombre d'espaces sûrs fonctionnels ; nombre de survivantes accueillies et taux de référencement effectif	Rapports du point focal VBG ; registres codifiés ; rapports des prestataires	Trimestrielle
12	Inclusion des Peuhls	• Nombre de Peuhls touchés par les campagnes de vaccination et de sensibilisation • Disponibilité des antidotes et sérums antivenimeux dans les FOSA concernées	Rapports de campagnes ; fiches de stock	Trimestrielle
13	Comité de suivi	• Nombre de réunions trimestrielles tenues • Nombre de représentants PA et peuhls participants	Procès-verbaux de réunions	Trimestrielle
14	Communication inclusive	• Nombre d'émissions radio, réunions communautaires et affiches réalisées • Nombre d'outils pédagogiques produits	Rapports de communication ; supports	Trimestrielle

N°	Activité	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Fréquence
S&E	Suivi-évaluation participatif	• Nombre de visites de suivi-évaluation • Nombre de participants PA dans les équipes de suivi et d'évaluation	Rapports de suivi-évaluation	Au début, pendant et à la fin de la mise en œuvre

Ces tableaux ont été actualisés sur la base des consultations publiques réalisées en 2026 dans les Régions sanitaires n°1, 2, 3 et 4 & 5.

9. BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DU PPA

Tableau 12: Budget estimatif de la mise en œuvre du PPA

Description	Activités du plan d'action rattachées	Budget (FCFA)
Action 1 : Sensibilisation et mobilisation des PA et du personnel soignant sur le projet et les maladies à caractère épidémiologique / pandémies	Activités 1, 2, 3, 10 et 14	10 000 000
Action 2 : Renforcement de capacité des agents de santé communautaires Aka	Activité 9	20 000 000
Action 3 : Amélioration des services pour faciliter l'accès équitable des PA aux soins de santé	Activités 4, 5, 6, 7, 8, 11 et 12	60 000 000
Action 4 : Suivi et évaluation du PPA	Activité 13 et suivi-évaluation	10 000 000
Total		**100 000 000**

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

Le budget reste le même puisqu'il n'y a pas l'implication de la composante 5 dans les activités de ce PPA.

> *Le montant global du budget n'a pas été modifié. Les activités nouvelles issues des consultations de 2026 sont rattachées aux rubriques existantes ; leur chiffrage détaillé devra être précisé lors de l'élaboration du PTBA.*

10. 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.

Les consultations de 2026 ayant révélé un déficit de notoriété initiale du projet (près de 79 % des personnes interrogées dans les RS n°4 & 5 n'en avaient jamais entendu parler), la diffusion du PPA s'appuiera sur un plan de communication continue et des canaux diversifiés : radios locales, réunions communautaires, affiches et banderoles, ainsi que des outils pédagogiques adaptés et une communication inclusive. Les relais communautaires autochtones et les médiateurs communautaires peuhls seront mobilisés pour relayer l'information dans les campements.

11. MÉCANISME 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.

Les consultations de 2026 ont recommandé la mise en place d'un mécanisme de gestion des plaintes (Mongoumba, Mbaïki) et d'un mécanisme de signalement accessible et confidentiel, avec des points focaux VBG. Ces recommandations sont prises en compte dans les dispositions ci-après.

11.1. Types de 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.

11.2. Enregistrement des plaintes

Au niveau central, le projet utilise la ligne verte (1212), un numéro WhatsApp 00236 73049340, une 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, un registre de plaintes sera déposé auprès du responsable social ou des structures désignées. Les organes de gestion des plaintes et leur composition sont les suivants :

- 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).

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 au 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 au 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.

11.3. Tri des plaintes et orientation

Au niveau du centre d'appel 1212, l'adresse mail mgp@seniplus.org, les plaintes reçues sont enregistrées, triées, puis acheminer 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.

11.3.1. 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 VGB. 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.

Conformément aux recommandations des consultations, des points focaux VBG seront nommés dans les zones à présence autochtone, un circuit de prise en charge des victimes sera établi et les autorités judiciaires seront impliquées dans l'investigation des cas, afin notamment de réduire les retards de prise en charge dans les 72 heures liés à l'éloignement des FOSA.

11.3.2. 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 chargé de la gestion de la plainte. Les relais communautaires autochtones et le comité de suivi trimestriel du PPA contribueront à la remontée et au suivi de ces plaintes, y compris celles liées à la discrimination.

11.3.3. Cas 3 : Plaintes ordinaires ou non liées aux VBG

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 13: Composition, processus de soumission et résolution des griefs par niveau

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.	• Autorités locales / administratives • Représentant de la FOSA • Représentante des associations des femmes Ba-Aka / leaders Ba-Aka • Représentant de l'association locale des PA • Représentant d'une ONG locale	Le comité se réunit de façon périodique chaque semaine. Après avoir entendu le plaignant, il délibère et notifie sa décision. Si le plaignant est satisfait, le grief est clos ; dans le cas contraire, il peut saisir le niveau supérieur. Quelle que soit la suite donnée, l'information est communiquée au niveau supérieur et à la Coordination du projet.
Niveau District Sanitaire	Le comité intermédiaire (niveau sous-préfectoral) est présidé par le Sous-préfet.	• Sous-préfet • Spécialistes en gestion des risques sociaux et genre et en gestion des risques environnementaux du projet • Représentant départemental de l'Action sociale • Représentant du comité de gestion des plaintes • Représentante de l'association des femmes • Représentant de l'association des réfugiés • Représentant du Réseau national des Populations Autochtones de la RCA • Représentant du COGES	Le comité se réunit dans les 3 jours qui suivent l'enregistrement de la plainte, délibère et notifie sa décision. Si le plaignant n'est pas satisfait, il peut saisir la Direction départementale de la Santé. Quelle que soit la suite donnée, l'information est communiquée à la Direction départementale de la Santé et à la Coordination du projet HeSP.

11.4. 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, boites 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.

Les PA peuvent déposer leurs plaintes par plusieurs voies faciles d'accès :

- 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 messager traditionnel (quelqu'un qui porte l'information)
- Par téléphone (ligne verte 1212 du projet)
- Aux équipes mobiles (lorsqu'elles passent dans les campements)

11.5. Évaluation de la satisfaction sur la mise en œuvre du 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.

CONCLUSION

Le présent PPA actualisé constitue le cadre de référence pour assurer une prise en compte adéquate et équitable des Populations Autochtones dans l'ensemble des activités du Projet HeSP, conformément à la NES 7 de la Banque mondiale.

Les consultations publiques menées dans les Régions sanitaires n°1, 2, 3 et 4 & 5 se sont déroulées dans des conditions jugées satisfaisantes et ont permis de recueillir des recommandations essentielles. Un déficit de notoriété initiale du projet a été constaté, mais la sensibilisation directe a suscité une adhésion positive. Les communautés se montrent vigilantes face aux risques environnementaux et sociaux, unanimes sur la lutte contre les VBG/EAS/HS et désireuses d'être actrices du projet. Les autorités locales ont exprimé leur engagement à accompagner la mise en œuvre du projet HeSP et ont insisté sur la nécessité d'un appui renforcé en ressources humaines, infrastructures sanitaires et mécanismes communautaires de prévention.

Pour les peuples autochtones Ba-Aka et les communautés peuhles, ces consultations ont permis d'identifier des besoins précis — accès aux soins de proximité, eau potable, lutte contre la discrimination, prévention et prise en charge des VBG, vaccination et médiation communautaire — désormais traduits dans le plan d'action, le dispositif de suivi et le mécanisme de gestion des plaintes. Ces contributions renforcent la pertinence et l'appropriation du projet par les communautés et les autorités, tout en garantissant la conformité aux exigences de la Banque mondiale.

BIBLIOGRAPHIE

Documents d'ordre général

- Aguilar, M. (2000), « Pastoral Disruption and Cultural Continuity in a Pastoral Town », in D. L. Hodgson (ed.), Rethinking Pastoralism in Africa. Gender, Culture and the Myth of the Patriarchal Pastoralist, Oxford : James Currey.
- 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.
- BONOZOUI 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.
- 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.
- Ministère de la Santé et de la Population, Coordination générale du projet SENI Plus / HeSP (2026), Rapport de synthèse des consultations publiques pour l'élaboration des documents de sauvegarde environnementale et sociale (CGES, PMPP, Plan d'action EAS/HS/VBG) – Projet HeSP.

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 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.

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 sur le site de l'IWGIA (https://iwgia.org).

ANNEXES

Annexe 1 : Mécanisme 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.

II. 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.

III. 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 réfèreront 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 ;
- Deux (02) représentants 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.

IV. Fonctionnement

Le MGP comprend les étapes suivantes :

Étape 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.

Étape 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 habiletés 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.

Étape 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 agrée 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.

Étape 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.

Étape 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 : Équipes de mission et localités des consultations publiques de 2026

Région sanitaire	Localités consultées	Équipe de mission
RS n°1	Mongoumba, Zinga, Gouga, Mbaïki ; focus group Ba-Aka	M.NGOMA-MAKA Victorien Max (chef de mission) ;Mme GUERE Melvine (coordination) ; Mme YARAMANDJI Aline ; Mme KAPEAU Bénédicte (rapporteures)
RS n°2	Bouar, Gamboula, Beloko (Cantonnier), Berbérati	M. BOKA Henri (Chef de mission) ; Mme Mélissa LIOSSO ; Mme Noella SERVICE SIKAYANI ; Mme Princicia Eurole DJALLA SENDEMA
RS n°3	Bossangoa, Paoua, poste frontalier de Bembéré ; focus group Peuhls	M. Roger ALLY (Chef de mission) ; Mme GUERE Melvine Julia ; Mme Aline YARAMANDJI ; Mme Bénédicte KAPEAU
RS n°4 & 5	Sibut, Kaga-Bandoro, Ndélé	M. BOKA Henri (Chef de mission) ; Mme Mélissa LIOSSO ; Mme Noella SERVICE SIKAYANI ; Mme Princicia Eurole DJALLA SENDEMA

Annexe 3 : Procès Verbale

PROCÈS-VERBAL DU FOCUS GROUPE AVEC LES PEUPLES AUTOCHTONES Ba-AKA

Date : 06 septembre 2026

Lieu : Sous-préfet de Mongoumba

Objet : Prise en compte des préoccupations et crainte et recommandations des peuples autochtones dans le projet HeSP (Programme de sécurité sanitaire et de réponse aux épidémies)

Présidence : Sous-préfet de Mongoumba

Participants : Autocités locales, représentants du projet HeSP, leaders communautaires Ba-Aka, Communautés **représentées :** GOTOGBE, MONTOGA, MOSOGUE.

Heure : 14h-16h30,

Ordre du jour

1. Présentation du projet HeSP et de ses objectifs
2. Recueil des préoccupations des peuples autochtones Ba-Aka
3. Discussion sur les mesures prioritaires à mettre en œuvre

Déroulement

Le Sous-préfet de Mongoumba a procédé à l'ouverture de la séance en rappelant l'importance d'intégrer les peuples autochtones dans la mise en œuvre du projet HeSP afin de garantir une réponse inclusive aux urgences sanitaires et aux épidémies.

Les échanges ont permis de mettre en évidence les préoccupations majeures des communautés Ba-Aka :

- Maladies récurrentes :
- Malnutrition, paludisme, anémie, fièvre typhoïde, tuberculose, hernie chez les femmes :
- Le Harcèlement et exploitations sexuelles ;
- Absence de poste de santé dédié aux Ba-Aka :
- Absence de forages dans les campements :
- Discrimination et stigmatisation des peuples autochtones par certaines communautés bantoues y compris le personnel soignant :
- Taux élevé de choléra dans les communautés Aka ;
- Violences basées sur le genre (VBG) : cas fréquents de viols, agressions physiques, absence de prise en charge des victimes ;

- L'éloignement de poste de santé aux camps pour le dépistage rapide ou pour la prise en charge rapide des cas épidémies ;
- Manque de sensibilisation sur l'hygiène, les VGB/EAS/HS et sur le VIH/SIDA.

Recommandations

1. Santé et infrastructures

- Créer un **poste de santé spécifique pour les Ba-Aka**, doté de personnel qualifié et de médicaments essentiels ;
- Déployer des équipes mobiles de santé pour assurer un suivi régulier dans les campements reculés ;
- Mettre en place des **points d'eau** afin de garantir l'accès à l'eau potable et réduire les risques de maladies hydriques.

2. Surveillance et prévention des maladies

- Organiser des campagnes de sensibilisation sur les maladies récurrentes (paludisme, tuberculose, choléra, VIH/SIDA).
- Former des **relais communautaires autochtones** pour faciliter la communication et le suivi sanitaire.
- Mettre en place un système d'alerte précoce pour détecter rapidement les cas suspects d'épidémie.

3. Protection sociale et lutte contre les discriminations

- Élaborer un plan de lutte contre la discrimination et la stigmatisation des peuples autochtones.
- Promouvoir la coexistence pacifique entre communautés autochtones et bantoues par des activités de sensibilisation et de médiation.
- Impliquer les représentants autochtones dans les comités locaux de santé et de sécurité.

4. Violences basées sur le genre (VBG)

- Désigner un **point focal VBG** au sein des communautés autochtones pour assurer le référencement et la prise en charge des victimes ;
- Mettre en place un circuit de prise en charge avec appui psychosocial, médical et juridique ;
- Garantir la disponibilité de médicaments et de services adaptés pour les victimes ;
- Organiser des campagnes de sensibilisation communautaire sur la prévention des VBG, EAS/HS et la protection des mineurs.

5. Coordination et suivi

- Créer un **comité de suivi** composé des autorités locales, des représentants du projet HeSP et des leaders autochtones ;
- Tenir des réunions trimestrielles pour évaluer les progrès et ajuster les actions ;
- Assurer une remontée régulière des données sanitaires et sociales pour une meilleure planification.

Clôture de la séance

La séance était clôturé par les mots de remerciement du Sous-Préfet de Mongoumba à l'endroit des représentants des communautés Ba-Aka (GOTOGBE, MONTOGA, MOSOGUE) pour leur participation active. Ce dernier a réaffirmé son engagement à veiller à ce que leurs préoccupations soient dans la mise en œuvre du projet HeSP.

Ont Signé :

Ont Signé :

Le chef de groupe

Pour la coordination du projet Sni Plus/HeSP, la spé VBG

Melvine Julia GUERE

Annexe 4 : Liste de Présence

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION
◇◇◇◇◇◇◇◇

DIRECTION DE CABINET
◇◇◇◇◇◇◇◇

COORDINATION GENERALE
DES PROJETS SENI-Plus-HeSP
◇◇◇◇◇◇◇◇



République Centrafricaine
Unité – Dignité – Travail
◇◇◇◇

FICHE DE PRESENCE DES PARTICIPANTS

Activité : Focus Groupe avec les BA-AKA

CONSULTATIONS DU PUBLIC POUR L'ELABORATION DU CADRE DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE (CGES), DU PLAN EN FAVEUR DES PEUPLES AUTOCHTONES (PPA), DU PLAN DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTE (PMPP), DU PLAN DE GESTION ENVIRONNEMENTALE ET SOCIALE (PGES), DU PLAN DE GESTION DES MAINS D'ŒUVRE (PGMO) ET DU PLAN D'ACTION EAS/HS DU PROGRAMME DE SECURITE SANITAIRE EN AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE (HESP)

Date le 06/09/2026

Lieu : Sous-Préfecture de Mongoumba

N°	Noms et Prenoms	Fonction /Entité	Telephone	Email	Signature
01	KOMBATERIC	PASTEUR	70 98 90 47		
02	MAKPOKOPO GABRIEL	MOKONZI			
03	KIBOKO-J-P				
04	GUELEME-GASTON				
05	NOMIE				

06	MPALO Edoire				
07	MBOMA MICHEL				
08	MONZEBE Edoire				
09	Ollo Josephe				
10	MOTONGOLO				
11	MOKAYA Pauline				
12	MOKEMBAMichel				
13	MOBOUTOU ENDRE				
14	BETA AMBROSE				
15	MOKOSSA Pierre				
16	BEZAMAIN				
17	SSOBE MICHEL				
18	NGBANGO AGNES				
19	SAMEBI				
20	YAKI MARITHESE				
21	MBOLI TOSEPHINE				
22	EBANGA AGATHE				
23	MBONGO				
24	BANJE HELEINE				
25	MBENGIA				
26	MBENGIA				
27	NIBANA				
28	BOKOUMA				
29	LOGO				

030	MBONZO				
031	KPENZELI				
032	NGARO Louise				
033	KPOBA SIMONE				
034	PHI PHI Louise				
035	BOLEBA				
036	YOUNGOU VÉRONIQUE				
037	SSOKÈ KATHERINA				
038	NZANIO THERESE				
039	ZADU MARIE				
040	GOULEANDRE				
041	ESOUNGAPIERRE				
042	NIKOLA				
043	KO POU ANDRE				

044 GANZA

045 SSAKAFE

046 OGUSTIN

047 MOWO

048 AKPOTOLO

049 SSAMEJI Jean

050 BOWOKO

051 WAWOUKOU

052 BOUAMBE

053 BATELA

Préparé par : KAPEAU-Bénédicte ASS.

054 YAKPO

055 LEA

056 REGUNA

057 MAIDO

058 FASSASE

059

060

Préparé par:
KAPEAU-Bénédicte
ASS.

validé par

Annexe 5 : Les images de Focus avec les Ba-Aka

Illustrations de la localité de Mongoumba







