

Unité – Dignité – Travail



Ministère de la Santé et de la Population (MSP)

.....

Projet d'Appui et de Renforcement du Système de Santé et de la Prestation de Service (SENI-PLUS)

P177003

=====

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

Rapport provisoire

Juillet 2022

TABLE DES MATIERE	
SIGLES ET ACRONYMES	4
LISTE DES TABLEAUX	6
RESUME EXECUTIF	7
I. INTRODUCTION	16
I.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	16
I.2. L'OBJECTIF DU PLAN EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PA)	17
I.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE	18
1.3.1. Objectifs spécifiques.....	18
1.3.2. Méthodologie pour l'élaboration du PPA.....	18
II. DESCRIPTION DU PROJET	20
2.1. COMPOSANTES DU PROJET	20
2.1. BENEFCIAIRES ET ZONES D'INTERVENTION DU PROJET	21
2.1.1. Les bénéficiaires du projet.....	21
2.1.2. Zone d'intervention du projet	21
III. SITUATION SOCIOECONOMIQUE DES PA DE LES ZONES DU PROJET	24
3.1. INFORMATIONS DE BASE SUR LES PA EN RCA.....	24
3.1.1. Les populations autochtones.....	24
3.2. SITUATION DES PA ET LEURS RELATIONS AVEC LEURS VOISINS.....	27
3.3. MODE DE VIE DES PA DANS LA ZONE DU PROJET	27
3.4. HABITAT	28
3.5. SANTE, EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT CHEZ LES PA DE LA ZONE DU PROJET	29
3.6. EDUCATION FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE ET SANTE.....	30
IV. CADRE POLITIQUE, INSTITUTIONNEL ET LÉGAL DE COORDINATION ET D'ÉVALUATION DES DROITS DES POPULATIONS AUTOCHTONES EN CENTRAFRIQUE, PERTINENTS POUR LE PROJET	31
4.1. EXAMEN DU CADRE LEGAL NATIONAL	31
4.1.1. La Constitution de la République Centrafricaine de 2016.....	31
4.1.2. La Loi n° 08.022 du 17 octobre 2008 portant Code Forestier de la République Centrafricaine	31
4.1.3. L'ordonnance n° 84.045 du 27 juillet 1984 portant protection de la faune sauvage et réglementant l'exercice de la chasse Faune.....	33
4.1.4. La loi n° 09.004 portant Code du Travail de la République Centrafricaine	34
4.1.5. La loi n° 06.002 portant Charte Culturelle de la République Centrafricaine.....	34
4.1.6. Le Code de l'environnement	34
4.1.7. Le Code d'hygiène.....	35
4.1.8. Le Code domanial et foncier.....	35
4.1.9. La politique de lutte contre la pauvreté: Le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017-2021 (RCPCA)	37
4.2. CADRE INSTITUTIONNEL: MINISTERES IMPLIQUES ET INSTITUTIONS/ORGANISMES DIRECTEMENT CONCERNES	38
4.2.1. Le Ministère en charge de la santé publique et de la population	38
4.2.2. Le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable	39
4.2.3. Le Ministère en charge de l'Education Nationale	39
4.2.4. Le Ministère de Développement de l'Energie et des Ressources Hydrauliques (Direction Générale de l'Hydraulique (DGH))	40
4.2.5. Les Municipalités	40
4.2.6. Les organisations communautaires de base (OCB) et / ou de la société civile.....	40
4.3. CADRE INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE INTERNATIONAL ET/OU REGIONAL (TRAITES ET ACCORDS INTERNATIONAUX).....	41
4.3.1. La convention 169 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT).....	41
4.3.2. Le Nouveau Cadre Environnemental et Social (CES) de la Banque Mondiale à travers la Norme Environnementale et Sociale 7 (NES 7)	42

V. CADRE DE CONSULTATION LIBRE ET INFORMEE DES PA DANS LA ZONE DU PROJET	45
5.1. ACTEURS CONSULTES.....	45
5.2. RESULTATS DES CONSULTATIONS AVEC LES POPULATIONS AUTOCHTONES.....	45
5.2.1. Synthèse des échanges et discussions avec les PA	45
VI. EVALUATION DES IMPACTS DU PROJET SUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET MESURES D'ATTENUATION	48
6.1. IMPACTS POSITIFS.....	48
6.2. IMPACTS NEGATIFS.....	48
6.3. MESURES D'ATTENUATION DES IMPACTS NEGATIFS	49
VII. PLAN EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PPA)	52
7.1. PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES PA.....	52
7.2. DISPOSITIF ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE.....	54
7.3. SUIVI, EVALUATION ET ETABLISSEMENT DE RAPPORTS	56
7.4. DIFFUSION DE L'INFORMATION	59
VIII.MECANISME DE GESTION DE PLAINTES.....	60
IX. BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DU PPA.....	61
ANNEXES	62
ANNEXE1 : MECANISMES DE GESTION DES PLAINTES.....	62
Annexe 2 - Bibliographie consultée.....	67
Annexe 3: Liste des personnes rencontrées lors de l'élaboration du PPA	69
Annexe 4 - Quelques Photos des consultations publiques.....	75

SIGLES ET ACRONYMES

ACEDD	Agence Centrafricaine de l'Environnement et du Développement Durable
ACFPE	Agence centrafricaine pour la formation professionnelle et l'emploi
ACTBA	Association Centrafricaine pour la Traduction de la Bible et Alphabétisation
ADC	Agent de développement communautaire
APP	Avance de préparation de projet
ASC	Agent de santé communautaire
BM	Banque mondiale
CEFPA	Centre d'enseignement et formation professionnelle et d'alphabétisation
CES	Cadre environnemental et social de la Banque mondiale
CEV	Compétences essentielles de vie
CGES	Cadre de gestion environnementale et sociale
CGS	Comité de gestion scolaire
CLSP	Conseil local de santé publique
EIES	Étude d'impact environnemental et social
ESMS	Espace Sécurisé en Milieu Scolaire
CCP	Cellule de Coordination du Projet
CLC	Comité Local de Concertation
CLSP	Conseil local de santé publique
CLPE	Consentement libre, préalable et éclairé
CNEDD	Commission Nationale pour l'Environnement et le Développement Durable
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement Durable
CPLCC	Connaissance de cause (CPLCC).
CPA	Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones
CMOP	Cellule de Mise en Œuvre du Projet
CIRGL	Conférence Internationale sur la Région des Grands Lacs
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DDR	Démobilisation, de désarmement et de réintégration
DGH	Direction Générale de l'Hydraulique
DPAM	Droits de Propriétés et Artisanat Miniers
DSRP	Document Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
EFP	Enseignement et formation professionnelle
EFPA	Enseignement et formation professionnelle et d'alphabétisation
ESMS	Espace sûr en milieu scolaire
FCFA	Franc pour la Coopération Financière de l'Afrique centrale
FOSA	Formations Sanitaires
FPI	Financement de projets d'investissement
HCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés
IEC	Information, éducation, et communication
IST	Infection sexuellement transmissible
MEDD	Ministère de l'environnement et du développement durable
MEFP	Maison de l'Enfant et la Femme Pygmée
MEPC	Ministère de l'économie, du plan et de la coopération Internationale
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MGP	Mécanisme de Gestion des Plaintes
MPGPFFE	Ministère de la Promotion du Genre, de la Protection de la Femme, de la Famille et de l'Enfant
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MTEPSFP	Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle

NES	Norme environnementale et sociale de la Banque mondiale
OCB	Organisations communautaires de base
OEV	Orphelins de guerre et autres enfants rendus vulnérables
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PA	Peuple Autochtone/Population Autochtone
PGES	Plan de gestion environnementale et sociale
PGMO	Plan de gestion de la main d'œuvre
PGS	Plan de gestion de la sécurité
PIB	Produit Intérieur Brut
PMPP	Plan de mobilisation des parties prenantes
PFNL	Produits forestiers non ligneux
PO	Politique opérationnelle
PPA	Plan d'action en faveur des Populations Autochtones
PREAAF	Programme « Rendre l'école amie des filles »
PREADF	le programme « Rendre les écoles amies des filles »
PEV	Programme Elargi de Vaccination
RCA	République centrafricaine
RCPCA	Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique
RGPH03	Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003
UEP	Unité d'exécution du Projet
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
USD	Dollar américain
VBG	Violence basée sur le genre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Districts ciblés SENI-plus, zones de desserte des centres de santé et communautés	22
Tableau 2: Suggestions et recommandations pour le PPA	45
Tableau 3: Consultation de PA de Lindjombo dans la Sangha-Mbaéré.....	46
Tableau 4: Synthèse des impacts positifs par composante	48
Tableau 5: Synthèse des impacts négatifs potentiels par composante.....	48
Tableau 6: Mesures d'atténuation des impacts négatifs	50
Tableau 7: Plan d'action proposé	52
Tableau 8: Indicateurs de suivi.....	56
Tableau 9: Budget estimatif	61

RESUME EXECUTIF

La situation de la RCA reste préoccupante puisque toujours dominée par les violences et conflits malgré l'accord de paix signé entre les différents protagonistes en février 2019 et le cessez le feu décrété par le Gouvernement en octobre 2021. Toutefois le processus de démobilisation, de désarmement et de réintégration (DDR) se poursuit.

Ces crises ont fragilisé les tissus socioéconomiques du pays et affaibli les capacités de l'Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l'accès universel à la santé constitue l'un des pans importants.

Fort des acquis et des résultats du projet SENI le Gouvernement centrafricain a sollicité un appui supplémentaire à la Banque Mondiale pour poursuivre et consolider les efforts réalisés. C'est dans ce contexte qu'a vu le jour le projet SENI-PLUS.

Les principales composantes du Projet SENI-PLUS sont:

- **Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés, USD 38 millions [IDA : USD 31 millions, GFF : USD 8 millions]**

Elle est subdivisée en deux (02) Sous composantes, à savoir:

- Sous-composante 1.1 : renforcement de la prestation de services de première ligne et de soins de santé gratuits ciblés [USD 34 millions], Elle soutiendra la prestation de soins de santé gratuits ciblés pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de cinq ans et les survivants de VBG en subventionnant les coûts grâce à l'utilisation du FBR comme modèle de prestation
- Sous-composante 1.2 : renforcement des prestations de services de santé essentielles à base communautaire [USD 4 millions]. Elle vise la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire, qui est actuellement en cours d'élaboration et devrait être finalisée et validée au moment où le projet entrera en vigueur.
- **Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels, USD 18 millions (USD 12 millions IDA, USD 6 millions GFF).**

. Ces activités vont s'organiser autour de 3 sous-composantes qui suivent:

- Sous-composante 2.1: renforcement de la Chaîne Nationale d'Approvisionnement du Système de Santé [USD 7 millions]. Elle appuiera la reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement intégrée pour les produits de santé.
- Sous-composante 2.2: renforcement des soins holistiques aux survivants de VBG [USD 4 millions]. Cette sous-composante soutiendra les prestations de services conformément à la Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG, les Pratiques Préjudiciables et le Mariage des Enfants. Les activités liées aux VBG renforceront la réponse du secteur de la santé en collaboration avec le Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de la Protection de l'Enfance
- Sous-composante 2.3: appui à la mise en œuvre des réformes du système de santé et amélioration de la coordination [USD 4 millions]. Cette sous-composante soutiendra certaines réformes clés du système de santé qui sont essentielles pour faire progresser la CSU et améliorer la coordination entre le Gouvernement et les nombreux bailleurs de fonds et agences humanitaires opérant dans le pays.

- **Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation [USD 2 millions]** Cette composante permettra d'assurer une gestion et une mise en œuvre technique et fiduciaire efficaces et efficientes du projet. La composante appuiera la mise en œuvre du projet à travers le financement (i) des frais de fonctionnement, de formation et d'équipement, (ii) le paiement des salaires des consultants internationaux et nationaux, (iii) les audits et communications, et (iv) la mise en œuvre et le suivi des normes environnementales et sociales ainsi que des indicateurs de résultats du projet.
- **Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente (USD 0 million)**

Le projet est fortement orienté vers la génération d'une demande ciblant:

- les femmes enceintes et allaitantes ;
- les enfants de moins de cinq ans et les survivants de VGB;
- les adolescents, SENI-PLUS travaillera en étroite collaboration avec le projet Maïngo pour s'assurer qu'une capacité suffisante, pour traiter les aspects liés à l'offre de services adaptés aux adolescents, est construite conformément à la Stratégie.

Le projet SENI-PLUS vise ainsi à soutenir les efforts du Gouvernement pour améliorer les prestations de services de santé essentiels et renforcer le système de santé du pays et s'appuie sur les gains réalisés dans le cadre du projet SENI 1 tout en poursuivant des améliorations continues dans les domaines qui nécessitent un ajustement supplémentaire pour atteindre une pérennité et une efficacité accrues.

Il se trouve que parmi les 22 districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS, se trouvent des populations autochtones (Ba-Aka) et les peulhs, notamment dans les préfectures de Sangha-Mbaéré, Mambéré -Kadeï et Nana-Mambéré, d'où la pertinence de la Norme N° 7 du Cadre Environnemental et Social de la Banque Mondiale, relative aux Peuples autochtones qui vise à garantir un processus de développement qui respecte pleinement la dignité, les droits de la personne, les systèmes économiques et les cultures des Populations autochtones

Toutefois, il est important de mentionner qu'en RCA, seuls les Ba-Aka seront considérés comme les Populations Autochtones selon la Norme Environnementale et Sociale 7. Les Peulhs Mbororos, considérés comme populations autochtones par la législation nationale, quant à eux sont considérés sous le Cadre Environnemental et Social, comme vulnérables, minoritaires et bénéficieront des avantages du projet.

Tout cela parce que les Peuples Autochtones du fait qu'ils sont dans leur majorité exclus du système de vaccination en Centrafrique et ne sont non plus suffisamment informés sur les calendriers de vaccination ainsi que sur les besoins spécifiques relevant dans ce domaine (santé en générale).

De façon opérationnelle, l'objectif principal de la présente mission est l'élaboration et la mise œuvre du Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA) dans le cadre du projet SENI-

PLUS 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.

La méthodologie utilisée sur le terrain pour réaliser le PPA est essentiellement participative:

- une revue documentaire sur la situation des PA dans les zones du projet (les données générales sur les Peuples Autochtones leur répartition géographique, démographique, leur mode d'éducation, de santé, etc.) ;
- Analyse des documents techniques du projet et d'autres documents stratégiques concernant les exigences de la Banque mondiale dans la réalisation des projets sociaux et d'études environnementales et sociales;
- des consultations publiques de groupe avec les PA (hommes et femmes), notamment les PA : BaAka (Aka) de la Sous-préfecture de Bayanga, Lidjombo et les peulhs de Plamaouaka à Bambari, conjointement avec des entretiens approfondis avec les médecins chefs de zone, les autorités locales et les leaders d'opinion, des rencontres avec les acteurs institutionnels et des partenaires principalement concernés par le projet.

Au total, l'on peut retenir que les trois premières composantes du projet constituent des aspects bénéfiques pour ces communautés autochtones et elles y adhèrent largement.

Toutefois, 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 de PA et peulhs) rencontrent toujours des difficultés pour accéder aux services essentiels de santé.

Tableau : Synthèse des impacts positifs par composante

Composante	Synthèse des impacts positifs pour les PA (AKA)
Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés	<ul style="list-style-type: none"> ○ La poursuite et l'extension de la prestation de soins de santé gratuits profiteront aux PA souvent marginalisées, grâce à l'utilisation continue du FBR comme modèle de prestation mais avec une approche adaptée et le soutien de la mise en œuvre de la stratégie de santé essentielle à base communautaire [USD 4 millions] .Elle vise la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire, qui est actuellement en cours d'élaboration et devrait être finalisée et validée au moment où le projet entrera en vigueur.
Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels	<ul style="list-style-type: none"> ○ La reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement nationale, le renforcement du système de santé pour fournir un soutien global aux survivants de VBG tout comme l'appui à la mise en œuvre des réformes clés qui s'attaquent aux goulots d'étranglement du système constituent des opportunités qui pourront bénéficier de meilleurs services essentiels à base communautaire.

Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'appui a la mise en œuvre du projet à travers le financement des frais de fonctionnement, de formation et d'équipement tout comme le paiement des salaires des consultants internationaux et nationaux et le suivi des normes environnementales et sociales ainsi que des indicateurs de résultats du projet sont des atouts majeurs pour le renforcement des capacités de l'Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l'accès universel à la santé est souvent difficile. Par conséquent, les Populations Autochtones localisées dans les districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS.
Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ces situations de Besoin Urgent d'Assistance ou de Contraintes de Capacité, en cas de catastrophe naturelle ou humaine ou de crise ayant causé, ou étant susceptible d'avoir dans l'immédiat, un impact économique et/ou social négatif majeur seront bénéfiques pour les PA et les peulhs qui ont aussi subi les aléas des crises récurrentes en centrafriques.

Tableau: Synthèse des impacts négatifs potentiels par composante

Composante	Synthèse des impacts négatifs pour les PA
Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les les formations sanitaires et dans communautés	<ul style="list-style-type: none"> • Marginalisation ou exclusion des PA quant à la prestation de soins de santé gratuits ; • La distance entre les villages/campements PA et les hôpitaux des références environnants.
Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Le faible revenu des parents qui ne leur permet pas de s'acquitter des frais des services de santé essentiels ; • Le risque de ne pas tenir compte des PA dans le processus de reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement nationale tout comme la fourniture d'un soutien global aux survivants de VBG.
Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des capacités de l'Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l'accès universel à la santé est souvent difficile ne pourra bénéficier aux Populations Autochtones localisées dans les districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS que si ces dernières sont prises en compte. Le contraire ne permettra pas au Prjet SENI PLUS d'atteindre les objectifs de cette composante.
Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs de cette composante ne seront que partiellement atteints si des communautés vulnérables telles que les PA et les peulhs ne sont pas pris en compte.

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

Tableau: Mesures d'atténuation des impacts négatifs

Composante	Synthèse des impacts négatifs pour les PA	Mesures d'atténuation proposées dans le cadre du projet
<p>Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés</p>	<p>Marginalisation ou exclusion des PA quant à la prestation de soins de santé gratuits Non détention des pièces de l'état civil par la majorité des membres des communautés des PA (<i>actes de naissance, pièce d'identité, etc.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer Éduquer, et Communiquer (IEC) les PA sur la nécessité d'aller à l'hôpital ; • Informer et sensibiliser les PA sur les établissements hospitaliers les plus proches de leurs villages ou campement ; • Sensibiliser les leaders des PA et les responsables des FOSA sur la gratuité (coûts des soins et des médicaments) réservée aux PA et faciliter leurs accès aux services essentiels dans les formations sanitaires de leur localité ; • . • Mettre en place les services mobiles réguliers pour rapprocher les services des campements des Aka ; • Favoriser l'octroi des actes de naissances et des cartes nationale d'identité aux PA.
<p>Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels</p>	<p>Le risque de ne pas tenir compte des PA dans le processus de reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement nationale tout comme la fourniture d'un soutien global aux survivants de VBG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter l'égalité d'accès des familles PA aux médicaments à travers la gratuité des soins; ▪ Dotation des médicaments essentiels et des intrants des dépistages de paludisme aux centres communautaires ou cases de santé destinées aux PA.
<p>Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation</p>	<p>Le renforcement des capacités de l'Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l'accès universel à la santé est souvent difficile ne pourra bénéficier aux Populations Autochtones localisées dans les districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS que si ces dernières sont prises en compte. Le</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de capacité des relais communautaires PA et de leur intégration dans la gestion du projet, suivi et évaluation.

	contraire ne permettra pas au Prjet SENI PLUS d'atteindre les objectifs de cette composante.	
Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente	Les objectifs de cette composante ne seront que partiellement atteint si des communautés vulnérables telles que les pygmées et les peulhs dans la zone d'exécution du projet, ne sont pas pris en compte.	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre au point des méthodes ou stratégies (sensibiliser le personnel soignant, les membres des communautés non-Aka sur les droits des Aka) pour éliminer la discrimination à l'égard des enfants, femmes, personnes de 3° âge PA le processus de l'intervention d'urgence contingente du projet. • En cas d'urgence, continuer avec le principe de gratuité ciblée à tous les PA.

Tableau : Plan d'action proposé pour déclencher des impacts positifs sur les populations autochtones

Activités	Action envisagée	Responsables de mise en oeuvre	Responsable chargé du suivi	Calendrier
Activité 1 : Citoyenneté	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de vulgarisation des droits et devoirs, information sur l'importance de l'enregistrement des naissances pour les enfants PA a l'état civil et de possession d'une carte d'identité par les adultes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère en charge de la santé et de la population ; • Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la femme, de la famille et de l'enfant ; • Organisations et associations locales et toutes autres structures citoyennes. 	Coordination du projet SENI PLUS	Durant la phase d'exécution du projet
Activité 2 : L'éducation ; information et communication des PA y compris les femmes en vue de renforcer leur accès aux systèmes formels afin d'améliorer la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des femmes et des jeunes PA, les Relais communautaires ainsi que des matrones sur la Stratégie Nationale de Santé Communautaire • Animer des séances de sensibilisation pour l'adoption des pratiques positives de la promotion de santé au sein des communautés PA, notamment en matière d'hygiène et d'assainissement • Éduquer, informer et informer les PA (Leaders) sur la nécessité d'aller à l'hôpital ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère en charge de la santé et de la population ; • FOSA ; COGES ; • ONG locales ; • Chefs coutumiers et relais communautaires PA 	Coordination du projet SENI PLUS	Durant la phase d'exécution du projet

	<ul style="list-style-type: none"> • Éduquer, informer et informer les PA sur les établissements hospitaliers les plus proches de leurs villages ou campement ; • Informer et sensibiliser les PA sur les critères de gratuités ciblées du projet et faciliter leurs, accès aux services essentiels dans les formations sanitaires de leur localité ; • 			
Activité 3 : Equipement	<ul style="list-style-type: none"> • Dotation de médicaments essentiels et des intrants de dépistage du paludisme ; • ; • Dotation des moyens d'évacuation des malades par les relais communautaires vers les FOSA ou centres de santé. • Organisation des campagnes mobiles réguliers pour rapprocher les services des campements des Aka 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère en charge de la santé et de la population ; • Ministère en charge l'énergie et de l'hydraulique • ONG locales impliquées dans le secteur de santé 	Coordination du projet SENI PLUS	Durant la phase d'exécution du projet

Tableau : Budget estimatif de la mise en oeuvre du PPA

Description	Budget (FCFA)
<p>Action 1: Sensibilisation et mobilisation des PA et personnels soignant sur le projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • information sur la gratuité des soins ciblés et sensibilisation à fréquenter les FOSA les plus proches ; • Senibilisation des femmes Aka enceintes à fréquenter les FOSA pour l'accouchement dans les FOSA, pour la déclaration et l'enregistrement des naissances des enfants; • appuis à l'obtention des actes de naissance pour les enfants nés dans les FOSA 	10 000 000
<p>Activition 2 : Renforcement des agents de santés communautaires Aka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des femmes et des jeunes PA ainsi que des matrones locales en matière de fécondité ou sur la santé reproductive; • Animer des séances de sensibilisation pour l'adoption des pratiques positives de promotion de santé au sein des communautés Aka y compris les thmatiques d'hygiène, d'assainissement, aménagement communautaire des sources d'eau etc. en faveur des ménages Aka; • Formation des relais communautaires Aka 	20 000 000
<p>Action 3: amelioration des services pour faciliter l'accés équitale des PA aux soins de santés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotation des moyens ou facilités d'évacuation des malades par les relais communautaires vers les FOSA ou centres de santé; • Organisation des campagnes mobiles réguliers pour rapprocher les services des campements des Aka 	60 000 000
<p>Action 4: Suivi et évaluation du PPA</p>	10 000 000
<p>Total</p>	100 000 000

I. INTRODUCTION

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

I.1. Contexte et justification

La République Centrafricaine (RCA) connaît depuis son indépendance en 1960, des cycles prolongés de conflits dont le dernier qui a commencé en 2013 a été particulièrement violent et a provoqué un grave ralentissement économique avec une contraction estimée à 36 % du PIB. La majorité de la population vit dans une totale précarité avec un niveau de pauvreté élevé. En 2017, on estimait que 71% de la population vivent en dessous du taux d'extrême pauvreté (<1,90 \$ par jour) ; contre 66 % en 2018.

Plus globalement, la situation de la RCA reste préoccupante puisque toujours dominée par les violences et conflits malgré l'accord de paix signé entre les différents protagonistes en février 2019 et le cessez le feu décrété par le Gouvernement en octobre 2021. Toutefois le processus de démobilisation, de désarmement et de réintégration (DDR) se poursuit.

Ces crises ont fragilisé les tissus socioéconomiques du pays et affaibli les capacités de l'Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l'accès universel à la santé constitue l'un des pans importants.

Fort des acquis et des résultats du projet SENI le Gouvernement centrafricain a sollicité un appui supplémentaire à la Banque Mondiale pour poursuivre et consolider les efforts réalisés. C'est dans ce contexte qu'a vu le jour le projet SENI-PLUS.

Le projet SENI-PLUS vise ainsi à soutenir les efforts du Gouvernement pour améliorer les prestations de services de santé essentiels et renforcer le système de santé du pays et s'appuie sur les gains réalisés dans le cadre du projet SENI tout en poursuivant des améliorations continues dans les domaines qui nécessitent un ajustement supplémentaire pour atteindre une pérennité et une efficacité accrues.

Ce renforcement du système de santé se fera par : (i) un soutien continu à la mise en œuvre de gratuité ciblée du Gouvernement ; (ii) le renforcement des prestations de services de santé au niveau communautaire grâce à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire ; (iii) le développement et la mise en œuvre d'une chaîne logistique d'approvisionnement fonctionnelle pour le pays ; (iv) le renforcement du système de santé pour fournir un soutien holistique aux survivants de VBG ; (v) renforcement de la gouvernance et le financement de la santé ; (vi) le renforcement des systèmes d'information sanitaire par la mise en place d'un nouveau système national d'information sanitaire basé sur le logiciel DIHS2.

Il se trouve que parmi les 22 districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS, se trouvent des populations autochtones (Ba-Aka) et les minorités peulhs, notamment dans les préfectures de Sangha-Mbaéré, Mambéré -Kadeï et Nana-Mambéré, d'où la pertinence de la NES N° 7 du cadre environnemental et social de la Banque mondiale relative aux Peuples autochtones qui vise à garantir un processus de développement qui respecte pleinement la dignité, les droits de la personne, les systèmes économiques et les cultures des Populations autochtones.

En fait, chaque fois que la Banque Mondiale est sollicitée pour financer un projet affectant directement des Populations Autochtones (PA), elle exige de l'emprunteur qu'il s'engage à procéder, au préalable, à une consultation libre et significative fondée sur une communication des informations aux populations concernées.

Le financement de la Banque ne sera accordé que, si lors de la consultation libre et fondée sur des informations nécessaires à se faire une opinion, le projet obtient un soutien massif dans la communauté de la part des populations autochtones.

Tout cela parce que les Peuples Autochtones du fait qu'ils sont dans leur majorité exclus du système de vaccination en Centrafrique et ne sont non plus suffisamment informés sur les calendriers de vaccination ainsi que sur les besoins spécifiques relevant dans ce domaine (santé en générale).

C'est toute cette réalité qui nécessite l'élaboration du Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA) dans le cadre du projet SENI-PLUS.

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

De façon opérationnelle, l'objectif principal de la présente mission l'élaboration et la mise en oeuvre d'un Plan en faveur des Populations Autochtones (PPA) dans le cadre du projet SENI-PLUS 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 dans les districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS 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 SENI-PLUS, à savoir les préfectures de Sangha-Mbaéré, Mambéré-Kadeï et Nana-Mambéré, un Plan de développement en leur faveur afin qu'elles puissent tirer des avantages sociaux et économiques culturellement adaptés au projet.

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

plans destinés à promouvoir un accès équitable aux avantages d'un projet ou à atténuer les effets néfastes de celui-ci.

Toutefois, il est important de mentionner qu'en RCA, seuls les BA-Aka seont considérés comme les Populations Autochtones selon la Norme Environnementale et Sociale 7. 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 de l'étude

1.3.1. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agit de:

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

1.3.2. Méthodologie pour l'élaboration du PPA

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

- une revue documentaire sur la situation des PA dans les zones du projet (les données générales sur les peuples Autochtones, leur répartition géographique, démographique, leur mode d'éducation, de santé, etc.) ;
- Analyse des documents techniques du projet et d'autres documents stratégiques concernant les exigences de la Banque mondiale dans la réalisation des projets sociaux et d'études environnementales et sociales;
- des consultations publiques de groupe avec les PA (hommes et femmes), notamment les BaAka (Aka) de la Sous-préfecture de Bayanga, Lidjombo et les peulhs de Pladama-ouaka à Bambari, conjointement avec des entretiens approfondis avec les médecins chefs de zone, les autorités locales et les leaders d'opinion, des rencontres avec les acteurs institutionnels et des partenaires principalement concernés par le projet.

Au total, cette approche participative et qualitative vise à atténuer les impacts négatifs qui peuvent surgir lors de la mise en œuvre du projet; et s'assurer que les bénéfices qui ont été prévus sont culturellement appropriés.

II. DESCRIPTION DU PROJET

Quelles sont les principales composantes et bénéficiaires du Projet SENI-PLUS ?

2.1. Composantes du projet

Les activités du Projet SENI-PLUS sont organisées autour de trois principales composantes, à savoir :

- **Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés, USD 38 millions [IDA : USD 31 millions, GFF : USD 8 millions]**

Cette composante vise à (i) poursuivre et étendre la prestation de soins de santé gratuits ciblés grâce à l'utilisation continue du FBR comme modèle de prestation mais avec une approche adaptée, (ii) soutenir la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire en finançant un ensemble de services de base comprenant l'exploration de différentes approches pour encourager les agents de santé communautaires, ainsi que le développement d'outils et de matériels pour faciliter la coordination.

Elle sera subdivisée en deux (02) Sous composantes, à savoir:

- Sous-composante 1.1 : renforcement de la prestation de services de première ligne et de soins de santé gratuits ciblés [USD 34 millions], Elle soutiendra la prestation de soins de santé gratuits ciblés pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de cinq ans et les survivants de VBG en subventionnant les coûts grâce à l'utilisation du FBR comme modèle de prestation
- Sous-composante 1.2 : renforcement des prestations de services de santé essentielles à base communautaire [USD 4 millions]. Elle vise la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire, qui est actuellement en cours d'élaboration et devrait être finalisée et validée au moment où le projet entrera en vigueur.
- **Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels, USD 18 millions (USD 12 millions IDA, USD 6 millions GFF).**

La Composante 2 s'attaquera aux goulots d'étranglement critiques pour un système de santé fonctionnel en RCA. Les activités à soutenir dans le cadre de cette composante comprendront: (i) la reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement nationale, (ii) le renforcement du système de santé pour fournir un soutien global aux survivants de VBG, (iii) l'appui à la mise en œuvre des réformes clés qui s'attaquent aux goulots d'étranglement du système, y compris dans les domaines du financement de la santé, des ressources humaines et des systèmes d'information sanitaire. Ces activités vont s'organiser autour de 3 sous-composantes qui suivent:

- Sous-composante 2.1: renforcement de la Chaîne Nationale d'Approvisionnement du Système de Santé [USD 7 millions]. Elle appuiera la reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement intégrée pour les produits de santé.

- Sous-composante 2.2: renforcement des soins holistiques aux survivants de VBG [USD 4 millions]. Cette sous-composante soutiendra les prestations de services conformément à la Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG, les Pratiques Préjudiciables et le Mariage des Enfants. Les activités liées aux VBG renforceront la réponse du secteur de la santé en collaboration avec le Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de la Protection de l'Enfance
- Sous-composante 2.3: appui à la mise en œuvre des réformes du système de santé et amélioration de la coordination [USD 4 millions]. Cette sous-composante soutiendra certaines réformes clés du système de santé qui sont essentielles pour faire progresser la CSU et améliorer la coordination entre le Gouvernement et les nombreux bailleurs de fonds et agences humanitaires opérant dans le pays.
- **Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation [USD 2 millions]** Cette composante permettra d'assurer une gestion et une mise en œuvre technique et fiduciaire efficaces et efficientes du projet. La composante appuiera la mise en œuvre du projet à travers le financement (i) des frais de fonctionnement, de formation et d'équipement, (ii) le paiement des salaires des consultants internationaux et nationaux, (iii) les audits et communications, et (iv) la mise en œuvre et le suivi des normes environnementales et sociales ainsi que des indicateurs de résultats du projet.
- **Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente (USD 0 million)**

June Composante de Réponse d'Urgence Contingente (CERC) sera incluse dans le projet conformément aux paragraphes 12 et 13 de la Politique Opérationnelle (PO) 10.00, pour les projets dans des Situations de Besoin Urgent d'Assistance ou de Contraintes de Capacité. Cela permet une réaffectation rapide des fonds du projet en cas de catastrophe naturelle ou humaine ou de crise ayant causé, ou étant susceptible d'avoir dans l'immédiat, un impact économique et/ou social négatif majeur. De ce qui précède, la ou lesquelles composantes sont susceptibles de présenter des risques ou des impacts négatifs et qui nécessitent des mesures d'atténuation ou de mitigation à travers ce PPA ?

2.1. Bénéficiaires et zones d'intervention du projet

2.1.1. Les bénéficiaires du projet

Le projet est fortement orienté vers la génération d'une demande ciblant:

- Les femmes enceintes et allaitantes ;
- Les enfants de moins de cinq ans et les survivants de VGB;
- les adolescents, SENI-PLUS travaillera en étroite collaboration avec le projet Maïngo pour s'assurer qu'une capacité suffisante, pour traiter les aspects liés à l'offre de services adaptés aux adolescents, est construite conformément à la Stratégie.

2.1.2. Zone d'intervention du projet

Le projet couvrira dans les mêmes régions que le SENI (Régions 2, 3, 4, 5 et 6), ce qui représente environ 400 formations sanitaires (voir tableau ci-dessous). En fonction de l'approche adoptée, des coûts et de la disponibilité budgétaire, cela peut être étendu progressivement aux districts où les résultats sanitaires sont médiocres et où aucun autre partenaire n'est présent. La sensibilisation communautaire et la prestation de services communautaires seront progressivement étendues, en commençant par les 15 districts SENI et en s'étendant aux sept districts restants au fur et à mesure de l'avancement du projet. Les PA se trouvent dans trois prefectures (Sangha-Mbaéré, Mambéré-Kadeï et Nana-Mambéré) de la région II.

Tableau 1: Districts ciblés SENI-plus, zones de desserte des centres de santé et communautés

Région		Préfectures	Quartier	Nombre de centres de santé	Nombre estimé de communautés	Population	Femmes enceintes	Enfants U5
I	1	LOBAYE	BODA	24	240	116 081	4 643	20 082
I	2		MBAIKI	53	530	212 347	8 494	36 736
I	3	OMBELLA MPOKO	BÉGOUA	31	310	164 872	6 595	28 523
I	4		BIMBO	26	260	170 217	6 809	29 448
I	5		BOSSEMBELE	38	380	139 476	5 579	24 129
II	6	NANA MAMBERE	BABOUA-ABBA	34	340	100 765	4 031	17 432
II	7		BOUAR-BAORO	37	370	210 090	8 404	36 346
II	8	MAMBERE KADEI	BERBERATI	26	260	181 868	7 275	31 463
II	9		CARNOT-GADZI	24	240	195 345	7 814	33 795
II	10		GAMBOULA	20	200	108 088	4.324	18 699
II	11	SANGHA-MBAERE	SANGHA-MBAERE	36	360	134 463	5 379	23 262
III	12	OUHAM	BATANGAF O	18	180	137 169	5 487	23 730
III	13		BOSSANGO A	33	330	166 825	6 673	28 861
III	14		BOUCA	18	180	74 458	2 978	12 881
III	15		NANGA-BOGUILA	21	210	112 736	4 509	19 503
III	16	OUHAM PENDÉ	BOCARANG A-KOUI	30	300	146 254	5.850	25 302
III	17		BOZOOM-BOSSEMPTELE	26	260	95 939	3 838	16 597
III	18		NGAOUNDAYE	36	360	118 396	4 736	20 483
III	19		PAOUA	41	410	212 134	8 485	36 699
IV	20	KEMO	KEMO	39	390	157 539	6 302	27 254
IV	21	NANA GREBIZI	NANA GREBIZI (Kaga)	33	330	156 735	6 269	27 115
IV	22	OUAKA	BAMBARI	42	420	222 110	8 884	38 425
IV	23		KOANGO-GRIMARI	24	240	146008	5 840	25 259
V	24	HAUTE KOTTO	HAUTE KOTTO	24	240	120154	4 806	20 787

V	25	BAMINGUI I BANGORAN	BAMINGUI BANGORAN	29	290	57509	2 300	9 949
V	26	VAKAGA	VAKAGA	19	190	69517	2 781	12 026
VI	27	MBOMOU	BANGASSOU	40	400	133459	5 338	23 088
VI	28		OUANGO- GAMBO	26	260	84728	3 389	14 658
VI	29	BASSE KOTTO	ALINDAO- MINGALA	27	270	122273	4 891	21 153
VI	30		KEMBE- SATEMA	14	140	80371	3 215	13 904
VI	31		MOBAYE- ZANGBA	24	240	128810	5.152	22 284
VI	32	HAUT MBOMOU	HAUT MBOMOU	24	240	76630	3 065	13 257
VII	33	BANGUI	BANGUI 1	28	280	177363	7 095	30 684
VII	34		BANGUI 2	31	310	461159	18 446	79 781
VII	35		BANGUI 3	18	180	264746	10 590	45 801
	Total	16	35	1 014	10140	5 256 634	210 265	909 398

Source : PAD du SENI Plus, 2022.

SENI : 15 districts

SENI-plus : 7 districts supplémentaires

Trois prefectures abritant les PA : (Sangha-Mbaéré, Mambéré-Kadeï et Nana-Mambéré) de la region II.

III. SITUATION SOCIOECONOMIQUE DES PA DE LES ZONES DU PROJET

3.1. Informations de base sur les PA en RCA

En RCA les Aka et Peulhs Mbororos sont reconnues comme les peuples autochtones, mais au regard des critères de la Norme 7 (voir point 4.3.2), *Il est important de signaler que dans le cadre de ce PPA et même par la suite les Peulhs Mbororos seront considérés comme des groupes vulnérables bénéficieront aussi des bénéfices du projet. Donc le présent PPA marquera l'accent sur les PA -Aka.*

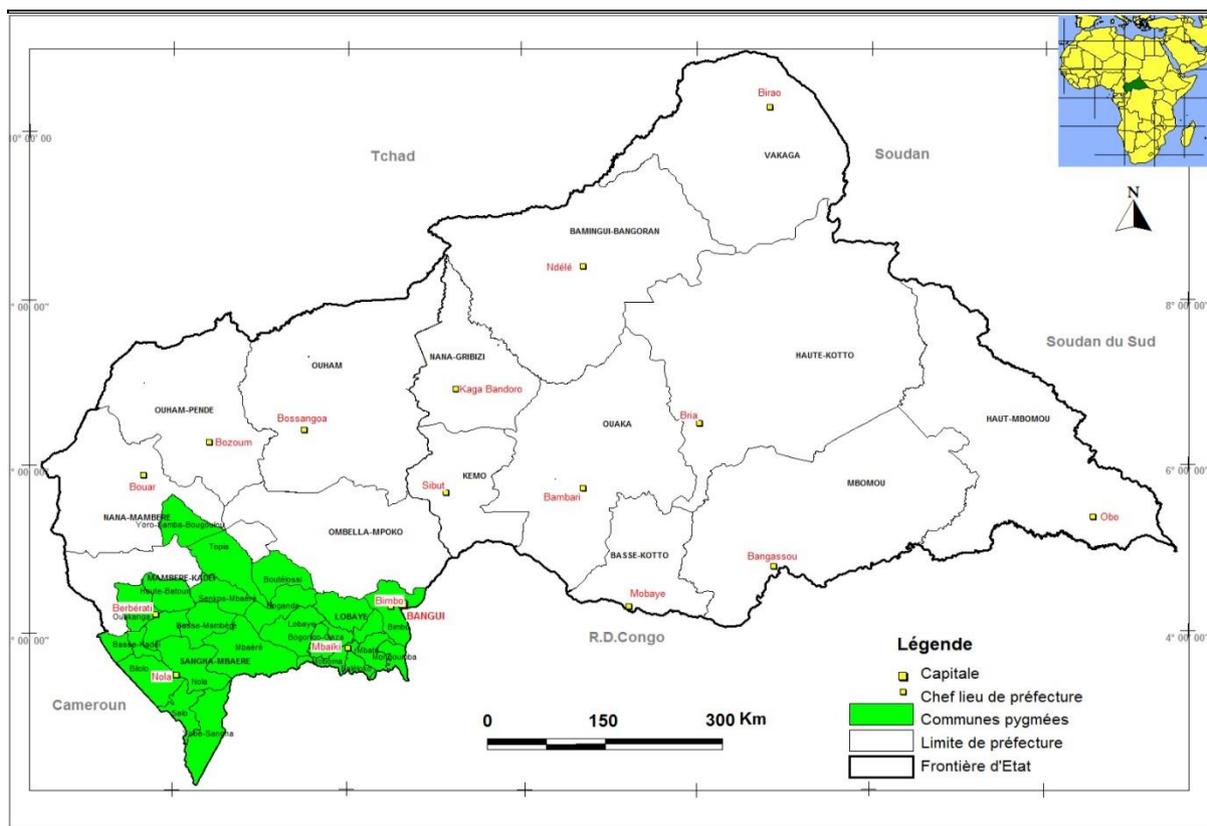
3.1.1. Les populations autochtones

En RCA, les PA sont des chasseurs, cueilleurs et nomades qui vivent dans la forêt, au sud-ouest de la République Centrafricaine, précisément dans quatre préfectures suivantes :

L'Ombella-Mpoko, la Lobaye, la Mambéré-Kadei et la Sangha-Mbaéré. Ils sont reconnus comme les tous premiers habitants de la forêt centrafricaine. On les retrouve dans le sud-ouest du pays représentés dans quatre préfectures qui sont : L'OMBELLA-M'POKO, la LOBAYE, la SANGHA-MBAERE et la MAMBERE-KADEI.

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

Carte 1: Carte de présentation de territoire abritant les populations autochtones La carte et les zones couvertes par projet SENI-PLUS



Source: LACCEG, Université de Bangui

Au total, cinq préfectures de la RCA abritent les peuples autochtones à savoir:

- ✓ la Lobaye ;
- ✓ l’Ombella-Mpoko ;
- ✓ la Nana-Mambéré ;
- ✓ la Mambéré – Kadei ;
- ✓ la Sangha – Mbaéré.

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) ont estimé le nombre de PA à 12.393 soit 0,3% de la population totale. Cependant, un recensement organisé par l’ONG italienne COOPI, après 2003, dans la seule préfecture de la Lobaye révèle qu’ils y sont au nombre de 15.880. Cela démontre donc que la population pygmée 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 , dans la Sangha – Mbaéré , l’effectif total de la population BaAka (Aka) de la Réserve de Dzanga-Sangha, par exemple, serait de 12.050 alors que le recensement de 2003 chiffre cette même population à

7.638 et un ancien recensement, effectué par Anna Kretsinger en 1993 dans les villages aka de Koundapapaye, Yobe, Babongo, Mossapoula, Yandoumbe et Lidjombo avance le chiffre 1.052.

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

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

- les PA sédentarisés ;
- les PA nomades ou mobiles.

Les PA dits sédentarisés sont installés le long des routes à proximité des villages tandis que les plus mobiles vivent en forêt. Ces deux groupes ont été recensés dans des ménages classés ordinaires. Le rapport de masculinité montre qu'il y a autant d'hommes que de femmes autochtones. La quasi-totalité des PA (98 %) vivent en milieu rural où ils représentent 0,5 % de la population rurale.

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

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

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

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

3.2. Situation des PA et leurs relations avec leurs voisins

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

- des violences verbales telles que des injures ou insultes ;
- des violences psychologiques comme la méprise, la dévalorisation ou la brimade conjugale ;
- etc

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

3.3. Mode de vie des PA dans la zone du projet

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

- la cession de terre par les propriétaires bantous aux PA afin qu'ils cultivent les champs pour leur propre compte ; ou
- le système de métayage qui est un mode d'exploitation agricole dans lequel le propriétaire (bantou) cède sa terre, ses matériels aratoires et les semences à l'exploitant (PA) en vue de se partager la récolte dans des proportions négociées de commun accord.

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

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

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

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

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

3.4. Habitat

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



Photo 1: un modèle traditionnel de construction d'habitat des PA en RCA



Photo 2: un deuxième modèle traditionnel de construction d'habitat des PA

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

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

a) Situation sanitaire

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

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

Tout ceci résulte de :

- leur enclavement, qui rend particulièrement difficile leur encadrement sanitaire et par exemple, l'accouchement dans des campements, loin des services de santé essentiels ;
- leurs représentations socioculturelles de la maladie pour lesquelles toute maladie est liée à des croyances ou superstitions et à des rites ancestraux;
- rapports sexuels précoces ;
- la pauvreté humaine et monétaire, qui ne leur permet pas de payer les soins et/ou les médicaments ;
- l'attitude méprisante et discriminatoire des voisins bantous, voire des agents de santé qui, souvent, les marginalise quant à la distribution de moustiquaires ou de la campagne des vaccinations, par exemple.

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, l'on ne dispose pas de chiffres ni d'études scientifiques fiables sur les indicateurs les concernant à l'échelle nationale.

3.6. Education familiale et communautaire et santé

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

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

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

IV. CADRE POLITIQUE, INSTITUTIONNEL ET LÉGAL DE COORDINATION ET D'ÉVALUATION DES DROITS DES POPULATIONS AUTOCHTONES EN CENTRAFRIQUE, PERTINENTS POUR LE PROJET

4.1. Examen du Cadre légal national

4.1.1. La Constitution de la République Centrafricaine de 2016

Dans son préambule, la Constitution de 2016 fait une référence directe à la question des minorités affirmant le principe d'un Etat de droit fondé sur une démocratie pluraliste, garantissant 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 ».

Le Principe d'égalité est affirmé par l'article 5: « Tous les êtres humains sont égaux devant la loi sans distinction de race, d'origine ethnique, de région, de sexe, de religion, d'appartenance politique et de position sociale. La loi garantit à l'homme et à la femme des droits égaux dans tous les domaines. Il n'y a en République Centrafricaine ni sujet, ni privilège de lieu de naissance, de personne ou de famille ».

L'article 72 de la Constitution établit que « les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des Lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie ». Ceci implique qu'au niveau du droit interne, la ratification de la Convention N°169 confère à ce traité une valeur supérieure aux lois nationales.

Les communautés autochtones et les organisations de la société civile peuvent ainsi accéder à la constitution et à l'utiliser efficacement pour défendre leurs droits.

4.1.2. La Loi n° 08.022 du 17 octobre 2008 portant Code Forestier de la République Centrafricaine

La Loi N° 08.022 du 17 octobre 2008 portant Code Forestier de la République Centrafricaine a pris en compte les intérêts des Populations Autochtones. Ainsi l'article 1er du Titre 1er 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 Populations Autochtones qui y sont culturellement et intimement associés ainsi que de la faune sauvage. »

La section 2 du Code Forestier traite spécifiquement des droits coutumiers d'usage et des Populations Autochtones (arts. de 14 à 22).

De même, les droits d'usage sont reconnus aux populations riveraines en vertu du droit coutumier « en vue d'exploiter à titre gratuit pour leur subsistance, les produits forestiers à l'exception des espèces dites protégées » sous réserve du respect des textes en vigueur (art. 14). Les droits d'usage sont énumérés dans l'art. 15 et comprennent: les droits portant sur le

sol forestier; les droits portant sur les produits de la forêt naturelle dénommée Produits Forestiers Autres que le Bois d'Œuvre (PFABO).

L'Arrêté n° 09.021 du 30 avril 2008 fixant les modalités d'application du Code Forestier précise, à son article 41, que « les personnes physiques, les communautés de base et les collectivités locales exploitant les produits forestiers autres que le bois d'œuvre pour leur subsistance bénéficient de la gratuité d'exploitation en vertu du droit coutumier d'usage ».

Pour cause d'utilité publique, l'exercice du droit d'usage peut être suspendu ou supprimé par le Ministre en charge des forêts. Cette suspension ou suppression est décidée après concertation avec les populations concernées (art. 16 du Code Forestier).

L'art. 17 du Code Forestier établit que « les droits d'usage ne s'exercent pas dans les réserves naturelles intégrales et les parcs nationaux. Si les populations autochtones sont déjà établies avant le classement d'une zone dans l'une des catégories des aires protégées mentionnées à l'article 9 du présent Code, des dispositions sont prises pour préserver leurs droits de faire la cueillette, d'exercer la chasse de subsistance et la pêche traditionnelle, pourvu que ces activités ne portent pas atteinte à leur propre intégrité, aux intérêts des autres communautés et à l'environnement ». L'article 18 spécifie aussi que les Populations Autochtones ne peuvent pas être expulsés des territoires qu'ils occupent avant la création des aires protégées. « Dans le cas où l'on considère que la réimplantation des Populations Autochtones constitue une mesure exceptionnelle, elle ne peut avoir lieu sans leur libre consentement exprimé au préalable et en toute connaissance de cause ». Il s'agit d'un cas de figure exceptionnel puisqu'à son article 10 le Code Forestier affirme que « nul n'est autorisé à résider de façon permanente dans les parcs nationaux, les sanctuaires, les réserves et les forêts récréatives qui constituent les aires protégées, ni à y exercer une activité autre que celles nécessaires à l'aménagement, à la conservation ou à la restauration des richesses naturelles ».

Dans la section relative à l'exploitation industrielle du domaine forestier permanent, le Code Forestier évoque à nouveau la question des Populations Autochtones. Plus précisément, l'article 33 indique que « toute concession d'une partie du domaine forestier de l'Etat en vue d'une exploitation industrielle est subordonnée à une consultation préalable des populations riveraines y compris les Populations Autochtones ». L'Arrêté n° 09.021 du 30 avril 2008 fixant les modalités d'application du Code forestier dans son chapitre 4 précise les conditions de la procédure de consultation. L'article 32 établit que le service forestier local est en charge de recueillir l'opinion des populations et d'établir un procès-verbal des consultations qui sera transmis au Préfet et Ministre en charge des forêts.

Le Titre V du Code Forestier concerne la gestion participative des ressources naturelles forestières et évoque directement la participation des populations autochtones. L'article 152 définit la gestion participative comme « un mode de gestion des ressources naturelles associant les parties prenantes à la prise de décisions relatives aux activités de protection, de restauration de l'écosystème et de valorisation des produits forestiers ligneux et non ligneux sur un espace bien défini ». L'article 154 inclue les populations autochtones comme partie intégrante de la société civile associée aux activités de gestion participative en vue de la conservation et de la restauration des peuplements forestiers.

Le chapitre III du Code Forestier, traitant des forêts communautaires, fait une référence directe aux Populations Autochtones. Les forêts communautaires « font partie du domaine

forestier non permanent, ayant fait l'objet d'une convention de gestion entre une communauté villageoise et/ou autochtone organisée et intéressée, d'une part, et l'Etat représenté par l'Administration des forêts, d'autre part » (art. 133).

L'article 134 précise : « Une convention de gestion est un contrat par lequel l'Administration des forêts confie à une communauté une portion de forêt du domaine national, en vue de sa gestion, sa conservation et de son exploitation dans l'intérêt de cette communauté.

La convention de gestion est assortie d'un plan simple de gestion ». Et l'article 139 stipule que « les produits forestiers de toute nature résultant de l'exploitation des forêts communautaires, les ressources ligneuses, les espèces animales et végétales, les produits des pêches ainsi que les produits spéciaux, à l'exception de ceux qui sont réglementés ou interdits par la loi, appartiennent entièrement aux populations concernées ».

Le Décret 15-463 fixant les modalités d'attribution et de gestion des forêts communautaires en République Centrafricaine, tout en rappelant, en son article 3, que les forêts communautaires font partie du domaine forestier non permanent, introduit une ambiguïté juridique en établissant, à l'article 8, que les forêts communautaires peuvent être attribuées « dans les séries agricoles des Permis d'Exploitation et d'Aménagement sur base d'un plan de gestion spécifique selon les normes d'aménagement ». Etant donné que les Permis d'Exploitation et d'Aménagement sont attribués dans le domaine forestier permanent, l'article 8 risque de donner lieu à une interprétation contradictoire de la norme. D'autant plus qu'à son article 11, le même Arrêté évoque, dans la composition du dossier de demande d'attribution d'une forêt communautaire, la « preuve d'un partenariat avec un exploitant forestier ». Cette pièce confirmerait que l'attribution d'une forêt communautaire est possible dans le domaine forestier permanent, du moment où c'est le domaine où l'exploitant forestier intervient. Cette ambiguïté a été relevée par les ONG nationales et internationales qui œuvrent dans le domaine de l'appui aux Populations Autochtones et qui voudraient arriver à la stabilisation de procédures claires permettant la sécurisation des droits des communautés sur les forêts communautaires.

Jérémy Gilbert, dans son analyse du cadre juridique centrafricain au vu de la Convention 169 (2012: 58), observe que le Code Forestier met en place:

- Un droit coutumier d'usage des produits forestiers (autres que le bois d'œuvre) pour les Populations Autochtones ;
- Un processus de consultation des populations autochtones avant l'autorisation d'une concession d'exploitation industrielle d'une partie du domaine forestier de l'Etat ;
- Un processus de gestion directe des ressources forestières dans le cadre des forêts communautaires ;
- un processus de gestion participative en ce qui concerne les décisions relatives aux activités de protection de l'écosystème.

4.1.3. L'ordonnance n° 84.045 du 27 juillet 1984 portant protection de la faune sauvage et réglémentant l'exercice de la chasse Faune

L'accès aux ressources fauniques est régi par l'ordonnance 84-045 de 1984. L'article 34 affirme que « nul ne peut se livrer à un acte de chasse s'il n'est titulaire d'un droit coutumier de chasse ou détenteur d'un permis de chasse valide ».

La section I (articles 35 à 39) régit la chasse coutumière. Le Principe est que « la chasse coutumière est exercée pour la subsistance du ou des chasseurs, et celle des autres membres de la communauté villageoise à laquelle celui-ci ou ceux-ci appartiennent, sur le territoire de la commune rurale ou celle-ci est située » (article 36).

4.1.4. La loi n° 09.004 portant Code du Travail de la République Centrafricaine

Le Code du Travail (Loi 09-004 de 2009) contient des articles qui intéressent les conditions auxquelles sont très souvent confrontés les membres des communautés autochtones lorsqu'ils accèdent à des relations de travail salarié. Le Code contient des dispositions garantissant les droits à l'emploi, à la non-discrimination en matière d'emploi, et à une rémunération égale.

L'article 7 établit que le travail forcé ou obligatoire est interdit de façon absolue sous toutes ses formes notamment « en tant que mesure de discrimination raciale, sociale, nationale ou religieuse ». L'article 11 affirme le droit à une rémunération juste. L'article 262 indique aussi que l'expression 'pires formes de travail des enfants s'entend: « toutes formes d'esclavage ou pratiques analogues tels que la vente et la traite des enfants, la servitude pour dette et le servage ainsi que le travail forcé ou obligatoire ».

4.1.5. La loi n° 06.002 portant Charte Culturelle de la République Centrafricaine

La Charte Culturelle de 2006 a été élaborée dans l'objectif de protéger les 'patrimoines culturels nationaux, comprenant notamment les itinéraires culturels et les aires culturelles des minorités ethniques (article 6). A ce titre, d'après J. Gilbert, « la Charte intègre potentiellement la protection du patrimoine matériel et immatériel des autochtones en incluant les savoirs et les savoir-faire. La Charte met aussi en avant le dialogue interculturel et la promotion de la diversité culturelle en Centrafrique » (2012: 22). L'un des objectifs de la charte, est notamment celui de « combattre toutes formes d'aliénation, d'oppression et de domination culturelle » (art. 10).

4.1.6. Le Code de l'environnement

En son chapitre 2, section 7, la Loi portant Code de l'Environnement en République centrafricaine dispose des Etudes d'Impact Environnemental (EIE). La Loi précise que « des textes réglementaires fixent le contenu, la méthodologie et la procédure des études d'impact, ainsi que les conditions dans lesquelles ces études sont rendues publiques et les modalités par lesquelles le Ministre en charge de l'environnement peut se saisir ou être saisi pour avis de toute étude d'impact environnemental ». La Loi dispose également sur la tenue de l'audience publique; sur l'évaluation environnementale et sur l'audit environnemental dont les modalités d'exécution seront fixées par voie réglementaire. En matière d'EIE, il restera à déterminer par d'autres actes réglementaires les procédures d'EIE, la catégorisation détaillée des projets devant faire l'objet d'une EIE, la procédure de consultation et de participation du public ainsi que de la diffusion des informations relatives aux EIE. Le code de l'Environnement comporte certains arrêtés qui peuvent permettre d'éviter cela et par exemple:

- l'Arrêté N°3/MEEDD/DIRCAB du 23 octobre 2013 portant création d'un registre au

sein du Ministère de l'environnement relatif aux projets soumis à une évaluation environnementale ;

- l'Arrêté N°16/MEEDD/DIRCAB du 28 octobre 2013 fixant les modalités d'agrément des experts autorisés à réaliser l'évaluation environnementale ;
- l'Arrêté N°4/MEED/DIRCAB/ du 21 janvier 2014 fixant les règles et procédures relatives à la réalisation des études d'impact ;
- l'Arrêté N°05/MEEDD/DIRCAB du 21 janvier 2014 fixant les différentes catégories d'opérations dont la réalisation est soumise à l'obligation d'une étude d'impact environnemental ;
- l'Arrêté N°7/MEEDD/DIRCAB/ du 29 janvier 2014 fixant les modalités de réalisation de l'audit environnemental ;

A ces textes officiels précités, l'on pourrait joindre d'autres dans les domaines liés à l'environnement concernent cette étude.

4.1.7. Le Code d'hygiène

Il est à préciser que la loi n°03.04 du 20 janvier 2003 portant Code d'hygiène en République Centrafricaine comporte des dispositions relatives à hygiène de l'environnement (pollution des eaux, du sol, de l'air) ; à la gestion des déchets solides et liquides ; à l'hygiène de l'habitat et de l'eau ; à la lutte contre le bruit. L'avantage pour la mise en œuvre du projet SENI Plus, c'est que ce Code a prévu une police de l'hygiène (recherche et constatation des infractions).

Les travaux prévus dans le cadre du développement des infrastructures du projet vont générer potentiellement des déchets qu'il faudra gérer en respectant les exigences de ce texte.

4.1.8. Le Code domanial et foncier

Le Code domanial et foncier précise que la terre appartient à l'Etat en RCA, toutefois la loi N°63.441 du 09 Janvier 1964 relative au domaine national de la RCA reconnaît aux populations la libre jouissance des terrains présumés appartenir à l'Etat. Le code foncier détermine les procédures nationales d'expropriation et d'indemnisation. Le Projet est interpellé par ce texte car les activités pourraient causer une réinstallation.

L'article 1^{er} de la loi n° 63/441 du 9 Janvier 1964 relative au domaine national dispose que: « *le domaine public comprend tous les biens qui, par leur nature ou leur destination sont à l'usage de tous, et qui ne sont pas susceptibles de propriété privée, sont inaliénables et imprescriptibles* ».

Ainsi, aux termes de l'article 15 alinéa 1 de la loi, « *Nul ne peut sans autorisation délivrée par l'autorité compétente, occuper une dépendance du domaine public national, ou l'utiliser dans les limites excédant le droit d'usage qui appartient à tous* ».

Cette loi reconnaît la primauté de la propriété de l'Etat sur les terres vacantes subordonne désormais la reconnaissance des droits fonciers coutumiers en dehors des titres de propriété que lorsque le terrain a été mis en valeur d'une part et d'autre part, la loi ne reconnaît aussi

que les simples droits d'usage ou de jouissance des collectivités traditionnelles sur les terres exploitées selon les usages du moment et des lieux.

Les articles 46 et suivants de la loi qui visent la concession des terrains non affectés à un service public indiquent également leurs modalités d'attribution.

En effet, aux termes de l'article 47 « *les terrains urbains et ruraux peuvent faire l'objet de concessions, à titre provisoire, obligatoirement soumises, dans un délai maximum de deux ans pour les terrains urbains et de cinq ans pour les ruraux, à des conditions de mise en valeur. A l'expiration du délai de mise en valeur, le concessionnaire qui a rempli ses obligations, bénéficie d'une cession en pleine propriété* ».

Les demandes de concession sont examinées par la commission d'attribution des terrains qui a pour mission de fixer les délais et les conditions de mise en valeur, le montant de la redevance ainsi que le prix éventuel de cession.

L'article 50 précise que des décrets d'application fixent pour les terrains urbains et ruraux, les prix minima de vente et de location et le montant minimum de la mise en valeur.

La composition de la commission d'attribution des terrains aux termes de l'article 51 est composée comme suit:

- Communes de plein exercice :
 - Le Maire ou son représentant, spécialement désigné par lui, Président;
 - Deux membres du Conseil Municipal désignés par ledit conseil;
 - Un député de la circonscription;
 - Un représentant de l'administration générale désigné par le Préfet.
- Autres communes :
 - Le Sous-préfet, Président;
 - Le Maire;
 - Deux membres du Conseil Municipal désignés par ledit conseil;
 - Un député de la circonscription.

La commission peut être assistée, à titre consultatif, d'un ou de plusieurs experts. La demande en triple exemplaire doit être adressée soit au Maire, soit au Sous-préfet.

Lorsque la demande concerne un terrain dont l'Etat est présumé propriétaire, en vertu des dispositions de l'article 38 de la loi, il est procédé de la façon suivante:

- Le public est informé de la demande au moyen de placards apposés aux emplacements réservés à cet effet dans les locaux de la mairie ou de la sous-préfecture ainsi que sur le terrain et aux lieux d'affichage habituels.
- Le délai d'affichage, fixé à quinze jours commence à courir le lendemain de l'apposition des placards. Pendant ce même délai, il est procédé à la reconnaissance du terrain par un ou plusieurs membres de la commission, en présence du demandeur.
- Les oppositions, réclamations ou observations, qui peuvent être reçues jusqu'au dernier jour du délai d'affichage, doivent être formulées par écrit et déposées au bureau des affaires domaniales de la mairie ou de la Sous-préfecture : elles sont inscrites à leur date sur le registre d'inscription des demandes.

- Ne sont admises que les oppositions formulées par les personnes visées à l'article 38. Dans cette hypothèse, le demandeur et l'opposant sont convoqués devant la commission d'attribution.
- En cas d'accord amiable se traduisant par l'abandon de ses droits par l'opposant, soit gratuitement, soit moyennant le paiement d'une indemnité par le demandeur, une convention est immédiatement passée entre les parties, signée par elles et contresignée par le président de la commission. Ladite convention doit faire l'objet d'un jugement d'homologation rendu par le tribunal coutumier.
- En cas de désaccord, la concession ne peut, en principe, être attribuée.

Cependant, si la commission estime être en présence d'une opposition injustifiée ou abusive, elle peut proposer à l'autorité supérieure, le dépôt d'une réquisition d'immatriculation au nom de l'Etat du terrain en cause. Lorsque toutes les formalités ont été accomplies, le dossier complet est soumis à la commission d'attribution.

La commission, après examen du dossier, décide si la demande peut ou non être retenue. Le demandeur est informé de la décision de la commission et invité, le cas échéant, à signer le cahier des charges.

Le dossier, complété par le cahier des charges ainsi que le projet d'arrêté de concession, en triple exemplaire, est transmis au Directeur des domaines. Celui-ci y annexe, l'extrait cadastral et soumet à la signature du Ministre, l'arrêté de concession.

Le concessionnaire est censé bien connaître le terrain qui lui est attribué et le prendre dans l'état où il se trouve au jour de son attribution, sans aucune réclamation ultérieure de sa part. En cas de décès du concessionnaire se produisant avant la fin du délai de mise en valeur, ses héritiers lui sont substitués de plein droit s'ils se font connaître dans les six mois du décès.

A l'expiration du délai de mise en valeur ou à une date antérieure si le concessionnaire en fait la demande, une commission dont le président et les membres sont les mêmes que ceux de la commission d'attribution, se réunit sur convocation de son président, en vue de procéder en présence de l'intéressé ou de son représentant à la constatation de la mise en valeur effectuée.

L'attribution en pleine propriété fait l'objet d'un arrêté du Ministre.

4.1.9. La politique de lutte contre la pauvreté: Le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017-2021 (RCPCA)

Les défis auxquels la République Centrafricaine se trouve confrontée, après plus de deux années d'affrontements armés continus et plusieurs décennies de mauvaise gouvernance et de sous-développement, sont considérables et urgents. Comme réponse à ces défis, le Gouvernement centrafricain a sollicité, en mai 2016, l'appui de l'Union Européenne, de l'Organisation des Nations Unies et du Groupe de la Banque mondiale pour réaliser l'Evaluation des besoins pour le relèvement et la consolidation de la paix (RCPCA). L'évaluation a permis d'identifier les priorités pour les cinq premières années de la période post-électorale, avec trois objectifs précis comme suit:

- aider le Gouvernement de la RCA à identifier les besoins et les priorités en matière de relèvement et de consolidation de la paix ainsi que les coûts associés ;

- identifier les modalités opérationnelles, institutionnelles et financières qui faciliteront la réalisation des priorités identifiées, compte tenu des contraintes relatives aux capacités et à la sécurité ; et
- créer une plateforme permettant de suivre l'avancement de la mise en œuvre, notamment des grandes réformes engagées, et faire en sorte que toutes les activités de développement, humanitaires, politiques et de sécurité soient menées de façon efficace.

Le Projet SENI PLUS est entièrement aligné sur le deuxième pilier du Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique qui se concentre sur le renouvellement du contrat social entre l'Etat et la population en fournissant des services de base à la population à travers le pays dans les domaines *de l'éducation, de la santé et de l'eau*;

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

- 1) La Composante 1 du projet SENI PLUS qui vise à **améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés, USD 38 millions (IDA : USD 31 millions, GFF : USD 8 millions).**

Surtoit à travers les deux (02) Sous composantes, à savoir:

- Sous-composante 1.1 : renforcement de la prestation de services de première ligne et de soins de santé gratuits ciblés [USD 34 millions], Elle soutiendra la prestation de soins de santé gratuits ciblés pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de cinq ans et les survivants de VBG en subventionnant les coûts grâce à l'utilisation du FBR comme modèle de prestation
- Sous-composante 1.2 : renforcement des prestations de services de santé essentielles à base communautaire [USD 4 millions] .Elle vise la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire, qui est actuellement en cours d'élaboration et devrait être finalisée et validée au moment où le projet entrera en vigueur.

- 1) La Composante 2 qui vise **le renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels, USD 18 millions (USD 12 millions IDA, USD 6 millions GFF).**

4.2. Cadre Institutionnel: Ministères impliqués et Institutions/Organismes directement concernés

4.2.1. Le Ministère en charge de la santé publique et de la population

La politique de santé du pays est fondée sur les soins de santé primaires (SSP). Pour faire face aux problèmes majeurs et défis relevés, quatre axes stratégiques sont retenus dans le PNDS 2006-2015, à savoir : le renforcement des capacités du cadre institutionnel ; la promotion de la Santé de la Reproduction ; le renforcement de la lutte contre la maladie, et la gestion des urgences et catastrophes ; la promotion d'un environnement propice à la santé. Dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement, le PNDS met un accent particulier sur: l'élimination des excréta et autres déchets y compris les déchets bio médicaux; la sensibilisation des communautés sur les bienfaits de l'hygiène du milieu; la vulgarisation d'ouvrages d'assainissement à moindre coût; la vulgarisation et l'application du code d'hygiène; etc. En plus, on notera la Politique et Plan Nationale de la sécurité des injections

dans le domaine du PEV et des vaccins contre le Covid 19. Par ailleurs, le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires, a élaboré en plus de la politique nationale de santé, des politiques sous sectorielles, notamment la Politique pharmaceutique nationale et la Politique Nationale de Santé de la Reproduction. La politique sanitaire est mise en œuvre par le Ministère en charge de la Santé Publique et de la Population, ses Directions nationales et ses structures décentralisées.

Les pratiques familiales essentielles (PFE) sont les comportements à favoriser auprès des ménages et des familles en général et autochtones, en particulier pour améliorer la santé, en brisant le cycle de transmission des maladies hydriques, surtout chez les PA.

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

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

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

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

En Somme, le lien ici avec les PA et le projet SENI PLUS, 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 en charge de l'Education Nationale

L'éducation est la base du développement durable. Selon l'UNESCO, aujourd'hui dans le monde, un adulte sur cinq, dont deux tiers de femmes, n'est pas alphabétisé. 72 millions d'enfants ne sont pas scolarisés, et un enfant sur trois n'est jamais entré dans une salle de classe.

L'éducation au développement a la santé renforcera cette base, en enseignant aux enfants PA les bienfaits des pratiques familiales essentielles (PFE), de l'hygiène du milieu, de l'assainissement à moindre coût, des injections dans le domaine du PEV et des vaccins contre le Covid 19 par exemple .

4.2.4. Le Ministère de Développement de l'Energie et des Ressources Hydrauliques (Direction Générale de l'Hydraulique (DGH))

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

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

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

4.2.5. Les Municipalités

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

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

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

organisations s'activent dans le renforcement des capacités, l'information, la sensibilisation, la mobilisation sociale et l'accompagnement social, le respect des droits de l'homme, etc.

Ces organisations doivent être associées à la mise en œuvre des projets des composantes 1 et 2 du projet SENI PLUS.

4.3. Cadre institutionnel et réglementaire international et/ou régional (traités et accords internationaux)

4.3.1. La convention 169 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)

La République centrafricaine a été le premier pays africain à ratifier la Convention 169 relative aux peuples indigènes et tribaux. Adoptée par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en 1989, elle a été ratifiée par la République Centrafricaine en 2010.

La Convention oblige les États qui la ratifient à établir qu'il incombe au gouvernement, avec la participation des peuples intéressés, de développer une action coordonnée et systématique visant à protéger les droits de ces peuples et à garantir le respect de leur intégrité.

La première partie (articles 1 à 12) traite des Dispositions Générales, qui concernent notamment le droit à l'identification, la non-discrimination, les droits coutumiers et l'accès à la justice.

La deuxième partie traite de l'accès aux ressources foncières et aux droits relatifs à l'accès aux ressources naturelles (articles 13 à 19).

La troisième partie est consacrée au recrutement et aux conditions d'emploi (art. 20).

La quatrième partie traite de formation professionnelle et artisanat (articles 21 à 23).

La cinquième partie est consacrée aux thèmes de la sécurité sociale et de la santé (art. 24 et 25).

La sixième partie (articles de 26 à 31) traite d'éducation et de moyens de communication. Elle porte sur les conditions d'accès, la qualité et l'adaptabilité de l'éducation aux Populations Autochtones.

La septième partie (art. 32) traite des mesures que les gouvernements doivent prendre pour faciliter les contacts et la coopération entre les peuples indigènes et tribaux à travers les frontières.

La huitième partie (art. 33) traite d'Administration et établit la responsabilité de l'autorité gouvernementale la mise en œuvre de la Convention.

Au niveau du droit international, après avoir ratifié la Convention, un pays dispose d'un an pour rendre sa législation, ses politiques et ses programmes conformes à la Convention eu égard au caractère contraignant de celle-ci (cf. J. Gilbert, 2012). Les pays qui ont ratifié la Convention sont soumis à un contrôle quant à sa mise en œuvre. Les obligations du Gouvernement centrafricain concernant la mise en œuvre des dispositions de la Convention sont:

- œuvrer à la mise en conformité des lois nationales par rapport aux dispositions de la Convention et établir des mécanismes pour assurer la mise en pratique effective des réformes ;
- élaborer des rapports détaillés pour l'OIT sur la mise en œuvre de la Convention.

Il reste que l'application réelle de cette convention n'est pas encore à l'ordre du jour.

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

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

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

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

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

- a) *aider les Emprunteurs à appliquer de bonnes pratiques internationales en matière de viabilité environnementale et sociale ;*
- b) *aider les Emprunteurs à s'acquitter de leurs obligations environnementales et sociales au niveau national et international ;*
- c) *favoriser la non-discrimination, la transparence, la participation, la responsabilisation et la gouvernance ; et*
- d) *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 no 1 : Évaluation et gestion des risques et effets environnementaux et sociaux ;**
- **Norme environnementale et sociale no 2 : Emploi et conditions de travail ;**

- **Norme environnementale et sociale no 3 : Utilisation rationnelle des ressources et prévention et gestion de la pollution ;**
- **Norme environnementale et sociale no 4 : Santé et sécurité des populations ;**
- **Norme environnementale et sociale no 5 : Acquisition de terres, restrictions à l'utilisation de terres et réinstallation involontaire ;**
- **Norme environnementale et sociale no 6 : Préservation de la biodiversité et gestion durable des ressources naturelles biologiques ;**
- **Norme environnementale et sociale no 7 : Populations Autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées ;**
- **Norme environnementale et sociale no 8 : Patrimoine culturel ;**
- **Norme environnementale et sociale no 9 : Intermédiaires financiers ; et**
- **Norme environnementale et sociale no 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 CPPA du projet SENI-PLUS

En effet, cette NES no 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 SENI-PLUS déclenche automatiquement l'application de la Norme environnementale et sociale no 7: Populations Autochtones/Communautés locales traditionnelles d'Afrique subsaharienne historiquement défavorisées.

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

V. CADRE DE CONSULTATION LIBRE ET INFORMEE DES PA DANS LA ZONE DU PROJET

Ce chapitre résume le déroulement et les résultats des consultations publiques.

5.1. Acteurs consultés

Du 3 au 12 février 2022 s'est tenue dans les quatre (03) zones de la mise en œuvre du projet SENI à savoir Bouar, Bayanga et Lindjombo des consultations du public dans le cadre d'élaboration des instruments de la sauvegarde du projet SENI PLUS regroupant plus de 30 personnalités (parmi lesquelles les PA) dans chaque localité issue de toutes les couches sociales (cf liste de présence).

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

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

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

- Présenter aux parties prenantes les objectifs, les composantes et les activités du projet ;
- Recueillir les avis/commentaires, les observations, les craintes et les suggestions des parties prenantes ;
- Examiner les commentaires des parties prenantes ;
- Prendre en compte les points de vue des parties prenantes y compris les groupes vulnérables en general et les PA en particulier dans la préparation du projet.

5.2. Résultats des consultations avec les populations autochtones

5.2.1. Synthèse des échanges et discussions avec les PA

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

Tableau 2: Suggestions et recommandations pour le PPA

DEFIS/DIFFICULTES	RECOMMANDATIONS
Les BA- AKA ont des difficultés dans la prise en charge sanitaire	Former les matrones BA- AKA ;
Barrière linguistique	Avoir des relais communautaire BA- AKA
Absence et faible circuit de référencement	Prise en charge efficace des BA- AKA qui seront formé pour travailler à l'hôpital

<p>Insuffisance des outils de gestion</p> <p>L'indicateur de la gratuité total des BA- AKA n'ont pas été prise en compte dans le PBF</p>	<p>Fournir une ambulance à l'hôpital secondaire de Bayanga</p> <p>Prendre en compte les indicateurs de la gratuité totale dans le paiement de subside</p> <p>Renforcer les dispositifs de référencement (moyen roulant) des PA malades de campement au centre de prise en charge</p>
--	--

A Lindjombo, les résultats des consultations avec les PA sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Consultation de PA de Lindjombo dans la Sangha-Mbaéré

Thème	REPOSES
Nombre total de la population de votre localité ?	2662 habitants (combien des femmes et hommes?)
Nombre du personnel de santé	7
Nombre de relais communautaire PA	3 dont une femme Ba aka
Principales pathologies courantes dans la communauté	<p>Lèpre</p> <p>Le paludisme</p> <p>La tuberculose</p> <p>La diarrhée</p> <p>Ulcère</p> <p>Carrie dentaire</p> <p>Infection cutanée</p> <p>Règle douloureuse</p> <p>Mal de dos</p>
Principales causes de ces pathologies	<p>manque de moustiquaire</p> <p>condition d'hygiène</p> <p>allaitement non hygiénique</p>
DEFIS/DIFFICULTES	RECOMMANDATIONS
<p>Fréquentation de FOSA par les Ba Aka</p> <p>Accueil des Ba aka par le personnel soignant</p> <p>Prise en compte des indicateurs de performance de la gratuité totale</p>	<p>Augmenter l'effectif des personnels soignants</p> <p>Réhabiliter le centre de santé (élargir la maternité)</p> <p>Paiement réguliers des subsides</p> <p>Doter la FOSA en moyen de transport des malades de moyen de transport</p> <p>Augmenter le nombre des relais communautaire et</p>

	<p>les doter avec les outils de travail</p> <p>Recruter en nombre suffisant et former les relais communautaire Ba aka (hommes et femmes) dans les FOSA</p> <p>Prendre en compte les indicateurs de la gratuité totale des soins aux Ba aka dans le paiement des subsides</p>
--	--

Les images ci-dessous montrent les participants lors des consultations à Lindjombo.



Photo 3 : Images de la consultation du public avec les peuples autochtones de Lindjombo

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

6.1. Impacts positifs

Tableau 4: Synthèse des impacts positifs par composante

Composante	Synthèse des impacts positifs pour les PA
Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés	<ul style="list-style-type: none"> ○ La poursuite et l'extension de la prestation de soins de santé gratuits profiteront à ces PA souvent marginalisées, grâce à l'utilisation continue du FBR comme modèle de prestation mais avec une approche adaptée et le soutien de la mise en œuvre de la stratégie de santé essentielle à base communautaire [USD 4 millions] .Elle vise la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé Communautaire, qui est actuellement en cours d'élaboration et devrait être finalisée et validée au moment où le projet entrera en vigueur.
Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels	<ul style="list-style-type: none"> ○ La reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement nationale, le renforcement du système de santé pour fournir un soutien global aux survivants de VBG/EAS/HS tout comme l'appui à la mise en œuvre des réformes clés qui s'attaquent aux goulots d'étranglement du système constituent des opportunités qui pourront bénéficier de meilleurs services essentiels à base communautaire.
Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'appui à la mise en œuvre du projet à travers le financement des frais de fonctionnement, de formation et d'équipement tout comme le paiement des salaires des consultants internationaux et nationaux et le suivi des normes environnementales et sociales ainsi que des indicateurs de résultats du projet sont des atouts majeurs pour le renforcement des capacités de l'Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l'accès universel à la santé est souvent difficile. Par conséquent, les Populations Autochtones localisées dans les districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS.
Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ces situations de Besoin Urgent d'Assistance ou de Contraintes de Capacité, en cas de catastrophe naturelle ou humaine ou de crise ayant causé, ou étant susceptible d'avoir dans l'immédiat, un impact économique et/ou social négatif majeur seront bénéfiques pour les PA (pygmées et peulhs) qui ont aussi subi les aléas des crises récurrentes en centrafriques.

6.2. Impacts négatifs

Tableau 5: Synthèse des impacts négatifs potentiels par composante

Composante	Synthèse des impacts négatifs pour les PA
------------	---

Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés	<ul style="list-style-type: none"> • Marginalisation ou exclusion des PA quant à la prestation de soins de santé gratuits ; • La distance entre les villages/campements PA et les hôpitaux des références environnants.
Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Le faible revenu des parents qui ne leur permet pas de s'acquitter des frais des services de santé essentiels ; • Le risque de ne pas tenir compte des PA dans le processus de reconstruction d'une chaîne logistique d'approvisionnement nationale tout comme la fourniture d'un soutien global aux survivants de VBG.
Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement des capacités de l'Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l'accès universel à la santé est souvent difficile ne pourra bénéficier aux Populations Autochtones localisées dans les districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS que si ces dernières sont prises en compte. Le contraire ne permettra pas au Prjet SENI PLUS d'atteindre les objectifs de cette composante.
Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente	<ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs de cette composante ne seront que partiellement atteints si des communautés vulnérables telles que les PAs et ne sont pas prise en compte.

6.3. Mesures d'atténuation des impacts négatifs

Le tableau n° 9 qui suit fait la synthèse des mesures d'atténuation ou de mitigation des potentiels impacts négatifs du projet sur les populations autochtones

Tableau 6: Mesures d’atténuation des impacts négatifs

Composante	Synthèse des impacts négatifs pour les PA	Mesures d’atténuation proposées dans le cadre du projet
<p>Composante 1: améliorer la prestation des services essentiels dans les formations sanitaires et dans les communautés</p>	<p>Marginalisation ou exclusion des PA quant à la prestation de soins de santé gratuits Non détention des pièces de l’état civil par la majorité des membres des communautés pygmées et peulhs (<i>actes de naissance, pièce d’identité, etc.</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer Éduquer, et Communiquer (IEC) les PA sur la nécessité d’aller à l’hôpital ; • Informer et sensibiliser les PA sur les établissements hospitaliers les plus proches de leurs villages ou campement ; • Sensibiliser les leaders des PA et les responsables des FOSA sur la gratuité (coûts des soins et des médicaments) réservée aux PA et faciliter leurs accès aux services essentiels dans les formations sanitaires de leur localité ; • . • . • Mettre en place les services mobiles réguliers pour rapprocher les services des campements des Aka ; • Favoriser l’octroi des actes de naissances et des cartes nationale d’identité aux PA.
<p>Composante 2: renforcement du système de santé pour dispenser de meilleurs services essentiels</p>	<p>Le risque de ne pas tenir compte des PA dans le processus de reconstruction d’une chaîne logistique d’approvisionnement nationale tout comme la fourniture d’un soutien global aux survivants de VBG/EAS/HS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter l’égalité d’accès des familles PA aux médicaments de premières nécessités (contre la diarrhée ; le paludisme, soins de blessures, etc.) ; ▪ Dotation des médicaments essentiels et des intrants des dépistages de paludisme aux centres communautaires ou cases de santé destinées aux PA. ▪ Sensibiliser les PA sur la procédure et fonctionnement du système pour un accès rapide aux soins médicaux
<p>Composante 3: Gestion de Projet, Suivi et Évaluation</p>	<p>Le renforcement des capacités de l’Etat à répondre aux besoins sans cesse croissants de la population dont l’accès universel à la santé est souvent difficile ne pourra bénéficier aux Populations Autochtones localisées dans les districts de santé bénéficiaires du projet SENI-PLUS que si ces dernières sont prises en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de capacité des relais communautaires PA et leur intégration dans la gestion du projet, suivi et évaluation.

	compte. Le contraire ne permettra pas au Projet SENI PLUS d'atteindre les objectifs de cette composante.	Les leaders communautaires et religieux
Composante 4: Intervention d'Urgence Contingente	Les objectifs de cette composante ne seront que partiellement atteints si des communautés vulnérables telles que les pygmées et les peulhs ne sont pas pris en compte.	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre au point des méthodes ou stratégies (sensibiliser le personnel soignant, les membres des communautés non-Aka sur les droits des Aka) pour éliminer la discrimination à l'égard des enfants, femmes, personnes de 3^e âge PA le processus de l'intervention d'urgence contingente du projet. • de telles stratégies devront mettre l'accent sur une double dimension individuelle et collective au niveau individuel: intégrer le point de vue des individus en tant qu'être responsables au niveau collectif: prise en compte des interactions sociales et des inégalités ; • En cas d'urgence, continuer avec le principe de gratuité totale pour tous les PA.

VII. PLAN EN FAVEUR DES POPULATIONS AUTOCHTONES (PPA)

7.1. Plan d'action en faveur des PA

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

Tableau 7: Plan d'action proposé

Activités	Action envisagée	Lien avec le projet	Responsables dev mise en oeuvre	Responsable chargé du suivi	Calendrier
Activité 1 : Citoyenneté	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de vulgarisation des droits et devoirs, information sur l'importance de l'enregistrement des naissances pour les enfants PA a l'état civil et de possession d'une carte d'identité par les adultes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui. Cette sensibilisation permettra aux femmes enceintes et les communautés Aka à bénéficier des services du projet notamment de la gratuité totale. • Aussi, la sensibilisation permettrait les naissances dans les FOSA et la déclaration des naissances, condition pour l'obtention des actes de naissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère en charge de la santé et de la population ; • Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la femme, de la famille et de l'enfant ; • Organisations et associations locales et toutes autres structures citoyennes. 	Coordination du projet SENI PLUS, notamment IUGP.	avant le démarrage de la phase d'exécution du projet

<p>Activité 2 : L'éducation ; information et communication des femmes et adolescentes en vue de renforcer leur accès aux systèmes formels afin d'améliorer la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des femmes et des jeunes PA, les Relais communautaires ainsi que des matrones sur la Stratégie Nationale de Santé Communautaire. • Animer des séances de sensibilisation pour l'adoption des pratiques positives de la promotion de santé au sein des communautés PA, notamment en matière d'hygiène et d'assainissement en faveur des ménages vulnérables • Identifier les leaders et les former dans ce sens ; <ul style="list-style-type: none"> • Éduquer, informer et informer les PA (Leaders) sur la nécessité d'aller à l'hôpital ; • Éduquer, informer et informer les PA sur les établissements hospitaliers les plus proches de leurs villages ou campement ; • Informer et sensibiliser les PA sur les critères de gratuités ciblées du projet et faciliter leurs, 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas un lien direct mais nécessaire pour la faire bénéficier les PA du bénéfice du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère en charge de la santé et de la population ; • FOSA ; COGES ; • ONG locales ; • Chefs coutumiers et relais communautaires PA (pygmées et peulhs) 	<p>Coordination du projet SENI PLUS notamment IUGP.</p>	<p>Durant la phase d'exécution du projet : les six premiers mois</p>
--	--	---	--	---	--

	accès aux services essentiels dans les formations sanitaires de leur localité.				
Activité 3 : Equipement	<ul style="list-style-type: none"> • Dotation de médicaments essentiels et des intrants de dépistage du paludisme ; • Dotation des moyens d'évacuation des malades par les relais communautaires vers les FOSA ou centres de santé pour répondre aux soucis des PA pendant les consultations publiques. • Organisation des campagnes mobiles réguliers pour rapprocher les services des campements des Aka 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas un lien direct mais nécessaire pour la faire bénéficier les PA du bénéfice du projet conformément à leur spécificité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère en charge de la santé et de la population ; • Ministère en charge de l'énergie et de l'hydraulique • ONG locales impliquées dans le secteur de santé 	Coordination du projet SENI PLUS notamment IUGP.	Durant la phase d'exécution du projet

7.2. Dispositif organisationnel de mise en œuvre

S'agissant de la responsabilité de mise en œuvre et du suivi du PPA, les options de développement ci-dessus présentées requièrent des capacités et des moyens qui serviront à la mise en œuvre du PPA de la zone du Projet. Ces capacités sont, à la fois, humaines, institutionnelles et financières. 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'UPG.

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.

De même, pour la mise en œuvre du projet, des ONG ou d'autres organisations de la société civile (OSC) locales identifiées seront recrutées selon leurs compétences ou domaines d'intervention auprès des populations autochtones pour exécuter certaines activités prévues dans le plan d'action. Ces ONG ou organisations de la société civile seront appuyées par l'UGP.

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

7.3. Suivi, évaluation et établissement de rapports

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

Tableau 8: Indicateurs de suivi

Activités	Action envisagée	Responsables de mise en oeuvre	Responsable chargé du suivi	Calendrier	Indicateurs Objectivement observables	Moyens de vérification
Activité 1 : Citoyenneté	Campagne de vulgarisation des droits et devoirs, information sur l'importance de l'enregistrement des naissances pour les enfants PA à l'état civil et de possession d'une carte d'identité nationale par les adultes.	Ministère en charge de la santé et de la population ; Ministère en charge de la promotion du genre, de la protection de la femme, de la famille et de l'enfant ; Organisations et associations locales et toutes autres structures citoyennes.	Coordination du projet SENI PLUS	Durant la phase d'exécution du projet	Nombre de réunions des PA organisées Nombre des membres des PA sensibilisés Nombre de représentants des PA recrutés ; Nombre des cartes et le nombre PA qui l'ont reçu.	Rapports trimestriels de réunions communautaires

<p>Activité 2 : L'éducation ; information et communication des femmes et adolescentes en vue de renforcer leur accès aux systèmes formels afin d'améliorer la santé</p>	<p>Renforcer les capacités des femmes et des jeunes (PA) ainsi que des matrones locales en matière de fécondité ou sur la santé reproductive .</p> <p>Animer des séances de sensibilisation en matière d'hygiène et d'assainissement en faveur des ménages vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les leaders et les former dans ce sens 	<p>Ministère en charge de la santé et de la population ;</p> <p>FOSA ; COGES ;</p> <p>ONG locales ;</p> <p>Chefs coutumiers et relais communautaires PA (pygmées et peulhs)</p>	<p>Coordination du projet SENI PLUS</p>	<p>Durant la phase d'exécution du projet</p>	<p>Listes des femmes et adolescentes PA participantes</p> <p>Rapports de formation</p> <p>Nombre de réunions des PA organisées</p> <p>Nombre de chefs de ménage identifiés sensibilisés</p> <p>Liste des femmes PA participantes</p>	<p>Rapports trimestriels d'activités de l'UEP</p> <p>Les supports des formations et les images</p>
<p>Activité 3 : Equipement</p>	<p>Dotation de médicaments essentiels et des intrants de dépistage du paludisme ;</p> <p>Appui à l'amélioration de l'assainissement et l'hygiène dans les campements PA (construction des latrines et fosses à ordures) ;</p> <p>Appui à l'aménagement des sources d'eau potable pour éviter des maladies hydriques ;</p> <p>Dotation des moyens</p>	<p>Ministère en charge de la santé et de la population ;</p> <p>Ministère en charge l'énergie et de l'hydraulique</p> <p>ONG locales impliquées dans le secteur de santé</p>	<p>Coordination du projet SENI PLUS</p>	<p>Durant la phase d'exécution du projet</p>	<p>Nombre de vélos distribués ;</p> <p>Nombre de brancards distribués</p> <p>Nombre des latrines construites et les fosses,</p> <p>Les images</p> <p>Nombre des sources aménagées</p> <p>Liste des médicaments 'es (au moins 01 par campement et/ou village).</p>	<p>Factures d'achat et décharges</p>

	d'évacuation des malades par les relais communautaires vers les FOSA ou centres de santé les plus proches des campements ou villages (brancards et velos)					
Suivi et évaluation participatifs	Des rapports trimestriels et évaluation de la performance seront faits à cet effet.	Ministère en charge de la santé et de la population ; FOSA ; COGES ; ONG locales ; Chefs coutumiers et relais communautaires PA (pygmées et peulhs)	Coordination du projet SENI PLUS	Au début, pendant et a la fin de la mise en oeuvre.	Nombre de visites de S et E Nombre de participants des PA dans les Equipes de Suivi et d'évaluation ;	Rapports de S et E

7.4. 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.

VIII. MECANISME DE GESTION DE PLAINTES

L'équipe de préparation du Projet a élaboré un Mécanisme de Gestion de Plaintes (MGP). (Voir Annexe 1). Ce MGP qui est annexé au présent PPA sera adapté sur un système déjà existant mise en place par le Projet SENI avant le démarrage des activités du SENI Plus. Il comprendra un minimum des points ci-après :

- Compréhension : Réception des plaintes
- Tri et procédures : Organisation des plaintes reçues
- Accusé de réception et suivi de près : Réponse aux plaignants
- Investigation et action : Vérification
- Suivi et évaluation : Suivi de l'évolution et traitement des plaintes
- Fourniture de feedback : Réponse sur les décisions aux plaignants

NB : En situation d'insécurité des annonces seront faites des PA et les toutes communautés dans les zones cibles du projet afin que les plaintes soient déposées par téléphones aux numéros indiquées ou transmises aux personnes assignées. Les traitements et feedbacks seront faits dès que la situation reviendra au calme dans la zone. Dans ce cas il est donc important d'avoir des moyens multiples et largement connus pour enregistrer les plaintes, y compris les plaintes anonymes. Plusieurs canaux d'adoption envisagés par le projet comprennent :

- Numéro de téléphone « sans frais »
- E-mail
- Lettre aux points focaux des plaintes dans les établissements de santé locaux
- Formulaire de plainte à déposer via l'un des canaux ci-dessus
- et verbalement / en personne spécialement pour les groupes vulnérables et les analphabètes.

IX. BUDGET DE MISE EN ŒUVRE DU PPA

Tableau 9: Budget estimatif

Description	Budget (FCFA)
<p>Action 1: Sensibilisation et mobilisation des PA et personnels soignant sur le projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • information sur la gratuité des soins ciblés et sensibilisation à fréquenter les FOSA les plus proches ; • Senibilisation des femmes Aka enceintes à fréquenter les FOSA pour l'accouchement dans les FOSA, pour la déclaration et l'enregistrement des naissances des enfants; • appuis à l'obtention des actes de naissance pour les enfants nés dans les FOSA 	10 000 000
<p>Activition 2 : Renforcement des agents de santés communautaires Aka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des femmes et des jeunes PA ainsi que des matrones locales en matière de fécondité ou sur la santé reproductive; • Animer des séances de sensibilisation pour l'adoption des pratiques positives de promotion de santé au sein des communautés Aka y compris les thmatiques d'hygiène, d'assainissement, aménagement communautaire des sources d'eau etc. en faveur des ménages Aka; 	20 000 000
<p>Action 3: amelioration des services pour faciliter l'accès équitable des PA aux soins de santés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotation des moyens ou facilités d'évacuation des malades par les relais communautaires vers les FOSA ou centres de santé; • Organisation des campagnes mobiles réguliers pour rapprocher les services des campements des Aka 	60 000 000
<p>Action 4: Suivi et évaluation du PPA</p>	10 000 000
<p>Total</p>	100 000 000

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

ANNEXES

ANNEXE1 : MECANISMES DE GESTION DES PLAINTES

I- Introduction

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

- Fournit aux personnes affectées des pistes pour déposer une plainte ou résoudre n'importe quel conflit qui peut surgir pendant l'exécution des projets ;
- S'assure que des actions de réparation appropriées et mutuellement acceptables soient identifiées et mises en application à la satisfaction des plaignants ; et
- Évite la nécessité de recourir à des démarches juridiques.

I- Description du MGP

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

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

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

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

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

II- Organisation

Dans le cadre du Projet SENI – PLUS, 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 emails en utilisant les appareils (téléphones et or/ou ordinateurs individuels) pour éviter des risques.

i– Au niveau communautaire :

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

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

Le CLGP est composé de :

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

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

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

ii– Au niveau Communal ou District :

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

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

Le Comité est composé de :

- un (01) représentant de la municipalité concernée ;
- un (01) représentant du Ministère de la santé au niveau déconcentré ;
- le Président des COGES et / ou CONGES ;
- un (01) représentant du service local de l'environnement et/ou du Ministère de l'Urbanisme (selon les cas) ;
- un représentant du Ministère des Affaires Sociales au niveau décentralisé ;
- un (01) représentant du Conseil de la jeunesse locale (de préférence une jeune fille);
- un (01) représentante des ONG de defefense des PA/ des femmes de la commune concernée ;

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

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

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

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

iii- Au niveau central

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

- Ministre de la Santé et de la Population ;
- CM Juridique du MSP ;
- Directeur des Soins de Santé Primaire ;
- Coordonnateur du projet
- Spécialistes en sauvegardes (environnementale, sociale et VGB/EAS/HS)
- Spécialiste suivi-évaluation

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

III- Fonctionnement

Le MGP comprend les étapes suivantes :

Etape 1 : Enregistrement des plaintes

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

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

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

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

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

Etape 2 : Traitement des plaintes

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

- Une descente sur le site de la plainte pour observer la situation sur le terrain et rencontrer le plaignant ;
- Lors de cette descente ou après selon les possibilités, discuter avec le plaignant pour recueillir ses propositions de solutions, les différentes modalités de résolution de la plainte, recueillir ses préférences lui faire des propositions concrètes et éclairées ;
- Retenir une solution équilibrée afin de résoudre la plainte avec le/la requérant (e) ;
- Transmettre la solution retenue (par le CLGP ou le CCGP) à la Cellule de Coordination du projet (SENI-PLUS).

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

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

Il existe quatre niveaux de résolution des plaintes :

- **Niveau 1** :
- **Au niveau communautaire** : Si le fait n'est pas vrai, le CLGP rend sa décision et notifie un non-lieu au plaignant en lui expliquant les raisons. Le non-lieu est consigné dans le registre. A ce niveau, si le plaignant n'est pas satisfait du non-lieu et qu'il est convaincu que sa plainte est fondée, il peut toutefois faire un recours au CCGP. S'il s'agit d'une plainte jugée délicate sensible comme par exemple 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 par exemple des cas de VBG/EAS/HS, elle est transmise au CGP du niveau central à la Cellule de Coordination du projet (SENI PLUS) 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 Cellule de Coordination du projet (SENI-PLUS).
- **Au niveau de la Cellule de Coordination du projet (SENI-PLUS)** : 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'UCP encourage les règlements à l'amiable non compris les cas sensibles.

Etape 3 : Réponse aux plaintes

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

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

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

Etape 4 : Recours

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

- Porter le problème devant le Comité de Pilotage du Projet de Réponse à l'Urgence Alimentaire en RCA pour étudier s'il convient ou non de prendre des mesures additionnelles raisonnables (possibilité d'organiser des sessions exceptionnelles) ;
- Porter le problème au Ministère de tutelle pour voir s'il convient ou non de prendre des mesures additionnelles raisonnables ;
- Proposer le recours à un médiateur indépendant agréé par le Comité de Pilotage et le plaignant afin qu'il facilite la poursuite du dialogue ;
- Impliquer une partie externe et indépendante digne de confiance, pour qu'elle évalue la plainte et propose une solution objective.

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

Etape 5 : Clôture et archivage des plaintes

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

Le CLGP ou CCGP est en 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 - Bibliographie consultée

I. Documents d'ordre général

- Aguilar, M. (2000) "Pastoral Disruption and Cultural Continuity in a Pastoral Town" in D. L. Hodgson (ed) *Rethinking*
- BIGOMBE LOGO Patrice, Les pygmées et les programmes de développement au Cameroun: Repenser les approches et responsabiliser les pygmées, Yaoundé, 2004, 6 pages.
- BIT, Vie traditionnelle et nouvelles opportunités d'emplois décents chez les pygmées: cas d'une organisation coopérative des pygmées au Cameroun « GICACYMA », BIT/INDISCO – JFA – OIT/EMAC, Genève, janvier 2002, 37 pages.
- BONOZOU 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) *Sedentarisation of Nomadic People: The Case of the Hawawir in Um Jawasir, Northern Sudan. DCG Report No 4. Norway: Noragric.*
- 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 Bagyéli*, 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.observation.info/wp-content/uploads/2015/02/onufem-7.pdf>.
- Pastoralism in Africa. Gender, Culture and the Myth of the Patriarchal Pastoralist. Oxford: James Currey
-
- PNUD (2020), « Rapport sur le développement humain 2020 : République Centrafricaine ».
- PNUD, IRC, Ministère de la Promotion de la Femme et al. (2019), « rapport de profil genre de la République Centrafricaine ».
- RAINFOREST FONDATIONS, Rapport sur la situation des Peuples autochtones des forêts de la RCA, Janvier 2009, 41 P.
- République centrafricaine : Rapport d'évaluation du Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017 2021 ; avec le soutien de l'Union Européenne, de l'Organisation des Nations Unies et du Groupe de la Banque mondiale, 89 P.
- SITAMON.Jérôme, Les BA'AKA DE LA RESERVE spéciale de Dzanga-Sangha: Situation actuelle (Démographie, contraintes, recommandations, Rapport de Consultation, Avril 2006.

1. Lois et règlements

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

- Loi N°1961.212 du 20 avril 1961 portant Code de la nationalité centrafricaine.
- Loi n° 60.136 du 27 mai 1960, fixant le régime domanial et foncier de la République centrafricaine Loi N°63.441 du 09 Janvier 1964 relative au domaine national.
- Loi N°09.004 portant Code du travail de la République centrafricaine. Loi N°97.013 portant Code de la famille en République centrafricaine.
- Loi instituant la parité entre les Hommes et les Femmes en RCA (24 novembre 2016).
- Loi n°9-005 du 29 avril 2009 portant Code minier en République centrafricaine.
- Loi n°06. 032 du 15 décembre 2006 portant protection de la femme contre les violences en RCA. ;

IV. Webographie

Commission africaine sur les peuples autochtones d’Afrique, *Peuples autochtones d’Afrique: les peuples oubliés? Travail de la Commission africaine sur les peuples autochtones d’Afrique*, IWGIA, 2006, en ligne : https://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWUiOiJmcmFuY2FpcyIsImIhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE%22%20rel=%22nofollow%20noopener%20norereferrer%22%20target=%22_b_lank%22%3Ehttps://iwgia.org/doclink/francais/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWUiOiJmcmFuY2FpcyIsImIhdCI6MTYxMzQ1ODI0MSwiZXhwIjoxNjEzNTQ0NjQxfQ.kEoQ7q-Yg2hjLmInAKcA4mLj9-eDtgYPuuwzswGKqzE

Annexe 3: Liste des personnes rencontrées lors de l'élaboration du PPA

MINISTRE DE LA SANTE
 ET DE LA POPULATION

 DIRECTION DE CABINET

 COORDINATION GENERALE DU PROJET
 SENI REDISSE IV


 REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
 Unité - Dignité - Travail

N° _____/22/MSP/DIRCAB/CGSRREDIV

Liste des personnes rencontrées

Nom et prénoms	Statut/fonction	Localité /village/compent/contacts	Date	émargement
ABD Emission Ken	VICE	BAYANGA 75-08-09-39	07/02/22	
M NGOABOU Clément	MEDICIN	BAYANGA 7552 55 35	07/02/22	
Gold-Gonda Thourne	CCF-Bga	Bayanga 7543 84 14 / 72 04 06 35 07 / 02 02 22		
MEXWICY NDO Gaminia	Pop. DEIX	Bayanga	07/02/22	
WIBALIO Robert	Dir CONSEIL	Bayanga 7538 81 18 / 72 02 82 53	07/02/22	
NGHAMA J. Prosper	S.G. VCB	Messaoulé 75-16-22-54	02/02/22	
WILIAM Jacques	chef Groupe	BAYANGA 75 14 39 98	07/02/22	
MONGONGA NIWA	chef Groupe	BAYANGA 75-37-24-89	07/02/22	
BENGAU Eidele	Ad	BAYANGA 75-46-58-05	07/02/22	

BENDD-Deime	RSP SHI	BAYANGA: 75-19-26-88	7-2-22	
MAIOMA-Baukita	MFP	BAYANGA	7-2-22	
SAPP-REBI Charlemagne	CSF Marine	Bayangga 75518614	7-2-22	
NGANA WAXE Jeané	Patron EEF	Bongolle 75-49-70-48	7-2-22	
GOUNDA Michael	Assistant M.EFP	Bayangga 755880657	07/02/22	
BEIKA Guy	Fdt Jeunesse	Bayangga 755813885	07/02/22	
STIELENBO SHANSON E ^{re} Vice H		BAYANGGA 75745784	07/02/22	
IANAN Simplicie	SP/I	Bayangga 75582015 172591057	07/02/22	
NGANAToua-Alex	RAO/O	Bayangga 75 09 22 61,	07/02/22	
POBONA-Béatrice	UCB	Bayangga 75 46 67 47	07/02/22	
DJILA.S. Princesia Eucrole	Stagiaire SES/ M&E Jvni-REKISTE	Bayangga 79.81.15.34/45.59.86.59	07/02/22	
MokoneBEGBE Zoua	SEN/MSF	Bayangga 75766950/72092204	07/02/22	
NGANSEZE-SAMBO-Akuisikelle	Genéraliste SVU	Bayangga 75-10-62-115	07/02/22	
KARAIL-Benedictine-Nahia	Maquette VAB	Bayangga 75708656	07/02/22	
DAITO Boyer-Marin-Gilbault	Bernard/SAV	Bayangga 75.84.65.00/72.35.19.00	07/02/22	
OROMBIA Koi-Ta-Noella	Consultant SVU	Bayangga 75.18.84.11/79.35.50.15	07/02/22	
MALENGA-Halcyon-Auréli	CSM SVU	Bayangga 75636447/780785120	07/02/22	

TRUKAPIA-S. Grunette	Consul/serni	Banqui 72 028422/7553 2745	07/02/22	<i>[Signature]</i>
WABEMBO J. Raptist	P deuk juma	LINDJARA		<i>[Signature]</i>
MPLAUMA-FELICIE N	P dan TIRMA	BARANGA 7576.9109		<i>[Signature]</i>
NGUESKA KATUO TIE-A	Consul/serni	75.03.48-58 / 72.46.07-69	07/02/22	<i>[Signature]</i>
KOKORA MARIK	Consul/serni	74.10.58.75 / 72.10.52.90	07/02/22	<i>[Signature]</i>
BEWILI ALGAN	Consul/serni	75.50.51.76.17.2.09.23.22	07/02/22	<i>[Signature]</i>

MINISTRE DE LA SANTE
 ET DE LA POPULATION

 DIRECTION DE CABINET

 COORDINATION GENERALE DU PROJET
 SENI REDISSE IV



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
 Unité - Dignité - Travail

 BANGUI LE

N° _____ /22/MSP/DIRCAB/CGPSREDIV

Liste des Personnalités rencontrées

Nom et prénom	Statut/Fonction	Localité contacts	Date	émargement
Kombo Makrurin	Généraliste	LISSOMBO	07-02-22	<i>[Signature]</i>
Agali Josephine	matrone	LISSOMBO	07-02-22	<i>[Signature]</i>
GRANG SERININ	Pharmacien	Liindjombu	07-02-22	<i>[Signature]</i>
NAKOMBO Jean Yves	chef de clan	LISSOMBO I	07-02-22	<i>[Signature]</i>
ASSOMAKI Landry	hygiéniste	LISSOMBO	07-02-22	<i>[Signature]</i>
LIGAMA Emmanuel	Seigneur	LISSOMBO	02-02-22	<i>[Signature]</i>
ASSOBOKE Michel	Président Cg	LISSOMBO	-	<i>[Signature]</i>
Blou' Haxelou	chef de clan	LISSOMBO	-	<i>[Signature]</i>
BINDJINI BERTAUD	RECO	LISSOMBO	-	<i>[Signature]</i>

MAOUTOU Victorine
 DSOUGOU Claude

FEUNE Germain					
MBOUTE Jamine					
AMOMBO Estella					
LIABIA Ouffe					
MBOUTO Philomen					
FEUNE Monique					
FEUNE Sydney					
SARAWISSI Julienne					
LITIGE Nadia					
LEBE Mabelle					
AGONBO Magui					
NIJONBUE Raissa					
NGUELE MBAMBO					
GBAYOU Takana					
SANE Locadie					
YANGA David					
DONI ZAMBANA					
MOIABO Roland					
DOUBB Stella					
MOGUI Genevieve					

AGUSTIN GUS FIBEL	Bn a/ka	Linda Mbo	07-02-22	
ASSI Martin	-"-	-"-		
ALABI Anigt	-"-	-"-		
ASSAU EDOYAB	-"-	-"-		
VILBERT Toni	-"-	-"-		
MOBEKA Richard				
BATOKO Guy Rhois	-"-			
MEGULE Jean Claude				
SAMOU SIMANICHE	-"-			
MEBEA Eddel	-"-			
MEBE Patricia	-"-			
MARPERMA Joseph	-"-			
JEMMIO Monique	-"-			
MEANTON Christian				
ELUZI Nadi				
PRAYA Rose				

GBALE *Isabelle*
 MAGRINI *Silvana*

Annexe 4 - Quelques Photos des consultations publiques

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



Image de la consultation du public avec les autorités de Bouar



