



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE ET
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



PROJET SANTE, NUTRITION ET DEVELOPPEMENT DE LA
PETITE ENFANCE POUR LA COUVERTURE SANITAIRE
UNIVERSELLE (CSU) (P179550)

PLAN DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES (PMPP)

6 juin 2025



TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| TABLE DES MATIERES | 2 |
| LISTE DES TABLEAUX | 4 |
| LISTE DES FIGURES | 4 |
| SIGLES ET ABREVIATIONS | 5 |
| I. INTRODUCTION | 7 |
| 1.1. Contexte du projet | 7 |
| 1.2. Description du projet | 7 |
| 1.2.1. Objectif du Projet | 9 |
| 1.2.2. Composantes du Projet | 9 |
| 1.3. Données sur la zone d'intervention du projet | 13 |
| 1.3.1. Organisation administrative et situation politique..... | 13 |
| 1.3.2. Caractéristiques économiques | 14 |
| 1.3.3. Caractéristiques socio-démographiques | 14 |
| 1.4. Objectifs du Plan de Mobilisation des parties prenantes | 20 |
| II. RESUME DES ACTIVITES ANTERIEURES DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES | 21 |
| III. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PARTIES PRENANTES | 25 |
| 3.1. Parties touchées | 25 |
| 3.2. Autres parties concernées | 26 |
| 3.3. Personnes ou groupes défavorisés/vulnérables | 31 |
| 3.4. Synthèse des besoins des parties prenantes | 37 |
| IV. PROGRAMME DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES | 49 |
| 4.1. Principes du programme de mobilisation des parties prenantes | 49 |
| 4.2. Calendrier du programme de mobilisation des parties prenantes | 50 |
| 4.3. Stratégie proposée pour la diffusion des informations | 54 |
| 4.4. Stratégie proposée pour les consultations | 65 |
| 4.5. Stratégie proposée pour la prise en compte des points de vue des groupes vulnérables | 76 |
| 4.6. Examen des commentaires | 76 |
| 4.7. Phases ultérieures du projet | 76 |
| V. RESSOURCES ET RESPONSABILITES POUR METTRE EN ŒUVRE LES ACTIVITES DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES | 77 |
| 5.1. Ressources | 77 |
| 5.2. Fonctions de gestion et responsabilités | 79 |
| VI. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES | 79 |
| 6.1. Objectifs | 79 |
| 6.2. Etapes de la gestion des plaintes | 80 |
| 6.2.1. Qui peut porter plainte ? | 80 |

| | | |
|------------|---|----|
| 6.2.2. | Comment déposer une plainte ? | 80 |
| 6.2.3. | Où déposer une plainte ? | 81 |
| 6.2.4. | Comment recevoir et enregistrer une plainte ? | 82 |
| 6.2.5. | Comment déterminer la validité d'une plainte ? | 83 |
| 6.2.6. | Comment catégoriser une plainte en vue de la traiter ? | 85 |
| 6.2.7. | Comment délivrer l'accusé de réception ? | 87 |
| 6.2.8. | Comment traiter une plainte ? | 87 |
| 6.3. | Composition et fonctionnement des Comités de Gestion des Plaintes | 88 |
| 6.3.1. | Considérations spécifiques concernant les plaintes d'EAS/HS | 93 |
| 6.4. | Clôture et archivage de la plainte | 93 |
| VII. | SUIVI ET ETABLISSEMENT DES RAPPORTS | 94 |
| 7.1. | Participation des différents acteurs concernés aux activités de suivi | 94 |
| 7.2. | Rapport au groupe de parties prenantes..... | 95 |
| CONCLUSION | | 96 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|------------------------------------|
| Tableau 1 Synthèses des réactions par rapport aux impacts génériques du projet dans les zones de consultation du projet SPARK | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau 2. Synthèses des réactions par rapport aux impacts génériques du projet dans les zones de consultation du PMNDPE | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau 3: Synthèse des points discutés lors des consultations des parties prenantes | 38 |
| Tableau 4: Calendrier du programme de mobilisation des parties prenantes | 51 |
| Tableau 6: Indicateurs de la gravité d'une plainte | 86 |
| Tableau 7:Échéancier du traitement de la plainte | 90 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1. Etapes séquentielles des procédures de gestion et résolution de plaintes | 92 |
|--|----|

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|-----------------|---|
| AES/HS | Abus et Exploitation Sexuels / Harcèlement Sexuel |
| ANADER | Agence Nationale de Développement Rural |
| ANAGED | Agence Nationale de Gestion des Déchets |
| ANDE | Agence Nationale de l'Environnement |
| AGR | Activités Génératrices de Revenus |
| ASS | Afrique subsaharienne |
| CERC | Composante d'intervention d'urgence conditionnelle |
| CES | Cadre Environnemental et Social |
| CGES | Cadre de Gestion Environnementale et Sociale |
| CIAPOL | Centre Ivoirien Antipollution |
| CIES | Constat d'Impact Environnemental et Social |
| CIV | Côte d'Ivoire |
| CNAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| COGES | Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires |
| CONNAPE | Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le Développement de la Petite Enfance |
| CLP | Comité Local de Pilotage |
| CORNAPE | Comité Régional de Nutrition d'Alimentation de la Petite Enfance |
| COSNAPE | Comité Sous-préfectoral d'Alimentation de la Petite Enfance |
| COVID-19 | Coronavirus Disease 2019 / Maladie à coronavirus de 2019 |
| CR | Cadre de Réinstallation |
| CREC | Communication des Risques et l'Engagement Communautaire |
| CVBG | Consultant sur les Violences Basées sur le Genre |
| DDSHPCMU | Direction départementale de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle |
| DHPSE | Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement |
| DIEM | Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance |
| DPE | Développement de la Petite Enfance. |
| EIES | Étude d'Impact Environnemental et Social |
| ENV 2015 | Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages 2015 |
| EPI | Équipement de Protection Individuelle |
| ESS | Environnemental, Sanitaire et Sécuritaire |
| ESSS | Environnemental, Social, Sanitaire et Sécuritaire |
| FRANC | Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire |
| FCV | Fragilité, Conflit et Violence |
| INHP | Institut National d'Hygiène Publique |
| IPCI | Institut Pasteur de Côte d'Ivoire |
| LNSP | Laboratoire National de Santé Publique |

| | |
|--------------------|--|
| MAPI | Manifestations Adverses Post-Injection |
| MSHPCMU | Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle |
| MUGEFCI | Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire |
| NES | Normes Environnementales et Sociales |
| OCB | Organisation Communautaire de Base |
| OIPR | Office Ivoirien des Parcs et Réserves |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisations Non Gouvernementales |
| ODP | Objectif de Développement du Projet |
| OSC | Organisations de la Société Civile |
| PAR | Plan d'Action de Réinstallation |
| PBF | Financement Basé sur la Performance |
| PEES | Plan d'Engagement Environnemental et Social |
| PGES | Plan de Gestion Environnementale et Sociale |
| PGMO | Procédures de Gestion de la Main d'Œuvre |
| PMNDPE | Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance |
| PMPP | Plan de Mobilisation des Parties Prenantes |
| PGD | Plan de Gestion des Déchets |
| PGP | Plan de Gestion des Pestes |
| PNGDS | Plan National de Gestion des Déchets sanitaires |
| PNLMM | Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques |
| PPP | Partenariat Public-Privé |
| PPSD | Stratégie de passation des marchés du projet pour promouvoir le développement |
| PSNDPE | Programme de Santé, de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance |
| PUGDS | Plan d'Urgence de Gestion des Déchets Sanitaires |
| RASS | Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| RSE | Responsable Suivi-Evaluation |
| SMIT | Service des Maladies Infectieuses et Tropicales |
| SPARK-SANTE | Projet d'Achat Stratégique et d'Harmonisation des Financements et des Compétences de Santé |
| SSE | Spécialiste en Sauvegarde Environnementale |
| SSS | Spécialiste en Sauvegarde Sociale |
| SST | Santé et sécurité au travail |
| UCP | Unité de Coordination du Projet |
| VBG | Violences Basées sur le Genre |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

I. INTRODUCTION

1.1.Contexte du projet

La pandémie mondiale de COVID-19 a eu une incidence sur l'économie au premier semestre 2020, du fait des perturbations du commerce et de la réduction des flux de financement étrangers. La croissance du PIB réel a, dans ces conditions, baissé à 2 %. Elle a depuis lors rebondi pour atteindre en 2021 les niveaux antérieurs à l'avènement de la pandémie de COVID-19. En 2021, la croissance du PIB réel était estimée à 7,0 % (4,0 % par habitant), la reprise étant soutenue par les secteurs des services et de l'industrie du côté de l'offre et par la vigueur des investissements et de la consommation privée en ce qui concerne la demande. Certes, l'économie s'est rapidement redressée, mais l'impact à long terme sur les populations vulnérables pourrait être plus durable. Cette situation pourrait avoir un impact durable sur le développement du capital humain du fait de la fermeture des écoles, de l'interruption de la prestation des services publics et de la diminution des revenus des ménages. La pandémie a entraîné des pertes substantielles de revenus pour plus de 70 % des ménages ivoiriens, tous secteurs économiques et niveaux de revenus confondus (avec une proportion plus élevée de ménages dirigés par des femmes signalant des pertes), détériorant les conditions de vie des ménages déjà vulnérables. Les taux nationaux de pauvreté se sont accrus pendant la pandémie, inversant les tendances positives observées de 2015 à 2019. Selon les estimations, la pauvreté a atteint un niveau de 41,5 % en octobre 2020 (contre 39,4 % en 2019). L'accès à l'électricité, aux infrastructures de santé et à l'eau potable a augmenté dans toutes les catégories de revenus.

L'économie de la Côte d'Ivoire est à présent confrontée aux impacts de la guerre en Ukraine et à une instabilité régionale accrue. Bien que l'exposition commerciale directe à la Russie et à l'Ukraine soit relativement faible, la flambée des cours internationaux du pétrole, des denrées alimentaires et des engrais ainsi que les perturbations de la chaîne d'approvisionnement ont une incidence sur le pays. L'inflation moyenne a atteint son plus haut niveau en dix ans, soit 5,1 %, et la hausse des prix des denrées alimentaires touche de manière disproportionnée les populations les plus démunies. L'augmentation des attaques par les groupes terroristes le long des frontières nord en 2022 a commencé à nécessiter des dépenses de sécurité plus importantes.

Ces dernières années, la Côte d'Ivoire a reçu un important afflux de migrants en provenance des pays limitrophes, fuyant l'instabilité politique, les menaces à la sécurité causées par les insurgés au Sahel, et les difficultés économiques liées à la crise due à la COVID-19 ainsi qu'à la guerre en Ukraine. Le pays abrite actuellement environ 6,4 millions d'immigrants (22 % de la population) (recensement de 2021). Malgré le contexte marqué par des contraintes budgétaires, le Gouvernement a accueilli ces migrants, leur permettant d'accéder aux services de base, notamment aux services de santé et de nutrition, ce qui a contribué à maintenir la cohésion sociale entre les migrants et les communautés d'accueil.

1.2.Description du projet

Dans un contexte où les besoins des populations augmentent vis-à-vis de l'accès aux infrastructures de base, l'Etat ivoirien envisage le Programme de Santé, de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PSNDPE) à travers le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) et le Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le Développement de la Petite Enfance (CONNAPE) afin de répondre

efficacement à ce besoin de sa population. Ce projet sous financement de la Banque mondiale devra respecter les exigences du cadre environnementales et sociales de la Banque mondiale et celles du gouvernement ivoirien en termes d'implication des acteurs pendant la préparation et la mise en œuvre du projet. D'où la nécessité de préparer un plan de mobilisation des parties prenantes (PMPP).

Le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire prépare depuis novembre 2022, avec le soutien financier et technique de la Banque mondiale, le Projet Santé, Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PSNDPE) en vue de renforcer les acquis des financements du Projet SAPRK Santé et Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PMNDPE).

Le SPARK Santé s'étend sur l'ensemble du territoire national et soutient plusieurs des réformes du Gouvernement pour faire face aux contraintes du secteur de la santé et accroître l'accès, en particulier des plus vulnérables, à des services de qualité. Il comprend : i) l'extension de l'approche de financement basée sur la performance (FBP) au niveau national ; ii) l'extension de la CMU (devenue obligatoire depuis septembre 2022 pour des processus administratifs spécifiques), en particulier pour les populations indigentes ; iii) le renforcement du système de santé pour améliorer la performance du secteur par : a) la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé et l'installation de systèmes d'eau et d'assainissement ; b) le renforcement de la prestation de services de reproduction et de nutrition ; c) le renforcement de la gestion des ressources humaines ; et d) le renforcement de la gouvernance dans les secteurs public et privé et la mise en œuvre d'un système d'information pour la gestion de la santé (SIGS) robuste et de dossiers médicaux électroniques.

Le PMNDPE pour sa part est actuellement mis en œuvre dans 14 régions où la prévalence de la malnutrition est élevée. Il soutient une approche entièrement nouvelle des activités communautaires en faveur de la nutrition et de la stimulation et de l'apprentissage précoces des jeunes enfants par le biais d'interventions intégrées sur les soins nutritifs, les pratiques d'alimentation, la diversification alimentaire et le développement cognitif des enfants, ainsi que la gestion de la chaîne de valeur de la production alimentaire locale (transformation et conservation), l'alphabétisation, la promotion de l'eau et de l'assainissement, et l'autonomisation des femmes et des filles. Au vu du succès de cette nouvelle approche et en vue d'étendre les interventions en matière de nutrition et de développement du jeune enfant, des ressources supplémentaires ont été mobilisées auprès de la Banque Islamique de Développement (BID) pour couvrir 11 nouvelles régions, portant ainsi à 25 le nombre total de régions administratives couvertes par des interventions multisectorielles en matière de nutrition et de développement de la petite enfance (NDPE).

A ce stade de préparation du Projet, bien que la plupart des interventions prévues pour être financées soit plus ou moins connues et parfaitement ciblées, les informations sur leur consistance et leurs sites de réalisation ne sont en revanche pas disponibles. Il s'agit notamment de (i) la réhabilitation/construction et l'équipement des établissements de santé, (ii) l'installation de systèmes d'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) et d'approvisionnement en eau et en électricité des structures sanitaires, (iii) le renforcement de la prestation de services de reproduction, de nutrition et d'éveil de la petite enfance à travers l'appui à l'installation des Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) et (iv) le soutien à la création d'activités agricoles génératrices de revenus (AGR). Ces interventions présentent des risques environnementaux et sociaux pour lesquels il importe de prévoir les mesures nécessaires.

Du point de vue opérationnelle, le Projet intègre trois (03) phases qui se chevauchent, chacune d'une durée de quatre (04) ans et qui seront mises en œuvre sur une période de 10 ans : (i) la Phase 1 du Projet « Extension et innovation », reposera sur les enseignements tirés dans le cadre des projets SPARK-Santé et PMNDPE en vue d'accroître la couverture du système de protection sociale et de santé (PSS) de la Côte d'Ivoire, d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé et d'étendre la couverture des interventions de nutrition et de développement de la petite enfance ; (ii) la Phase 2 « Institutionnalisation et mise à l'échelle » sera axée sur l'amélioration de l'efficacité des systèmes de financement et de prestation des services de santé, de nutrition et de DPE. Elle reposera sur la première phase en harmonisant et en intégrant les différentes réformes de financement (Couverture Maladie Universelle, gratuité ciblée, programmes verticaux de soins gratuits et FBP) dans le but de développer la convergence de ces programmes en vue d'accroître l'efficacité de la PSS ; (iii) la Phase 3 « Consolidation », reposera sur les enseignements tirés de la Phase 2 pour développer des systèmes de santé, de nutrition et de DPE équitables et résilients, financés par une PSS intégrée et consolidée, qui s'intègre aux autres secteurs..

L'analyse des sous projets et des activités prévues dans l'exécution de la première phase du PSNDPE fait d'amélioration positive des conditions de vie des populations bénéficiaires en termes d'accès aux soins de qualité, de couverture sanitaire et des services de nutrition, etc.

Parallèlement aux effets positifs attendus, la mise en œuvre du PSNDPE pourrait occasionner des impacts négatifs tels que : les déplacements involontaires des populations, des exclusions, des conflits sociaux, etc.

Ainsi, dans le but de minimiser les potentiels risques environnementaux et sociaux, il a été demandé à l'équipe de préparation du PSNDPE, d'élaborer des instruments de sauvegarde environnementale et sociale conformément aux textes nationaux en vigueur et au cadre environnemental et social de la Banque mondiale. C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent plan de Plan de Mobilisation des Parties Prenantes afin d'établir une collaboration ouverte et transparente, inclusive et participative avec l'ensemble des parties prenantes du projet. De plus, cet outil en cours de validation a pour fonction de définir la stratégie de mobilisation effective mise en place par le Projet en vue de prévenir les risques environnementaux et sociaux tout au long du cycle de vie du Projet.

En outre, il s'agira donc de renforcer l'adhésion et la participation des parties prenantes du Projet à travers une planification des actions à mener conformément à la législation nationale et aux normes environnementales et sociales de la Banque mondiale notamment la NES 10 en établissant un rapport étroit avec les autres normes qui régissent le cadre environnementale et sociale.

1.2.1. Objectif du Projet

L'Objectif de Développement du Projet (ODP) proposé à la phase 1 est (i) d'accroître la couverture du système de protection sociale en santé, (ii) d'améliorer la qualité des services de santé et (iii) d'étendre la couverture des services de nutrition et de développement de la petite enfance.

1.2.2. Composantes du Projet

Cette première phase du Projet se structure autour de cinq (05) composantes telles que décrites ci-dessous :

- **Composante 1 : Renforcer et étendre le système de protection sociale de la santé (112,0 millions de dollars).**

Cette composante soutiendra l'opérationnalisation et la mise à l'échelle du système de Protection Sociale et de Santé (PSS) et de l'achat stratégique. Elle comprend deux sous-composantes : 1) Opérationnalisation et mise à l'échelle de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ; et 2) Institutionnalisation du Financement Basé sur la Performance (FBP) et soutien aux réformes du financement de la santé.

- **Composante 2 : Améliorer la qualité des services de santé, de nutrition et de développement du jeune enfant (50 millions de dollars).**

Cette composante vise à améliorer la qualité des services de santé, de nutrition et de développement du jeune enfant fournis par le système ivoirien de PSS tout au long du continuum de soins (de la communauté au niveau tertiaire). Elle comprend cinq sous-composantes : 1) améliorer la gestion des ressources humaines ; 2) améliorer la disponibilité des médicaments essentiels et des intrants nutritionnels ; 3) renforcer la gouvernance ; 4) améliorer la qualité des services cliniques, de radiologie et de laboratoire grâce à des partenariats public-privé et 5) équiper les établissements de santé et étendre les services WASH.

- **Composante 3 : Renforcer la fourniture de services de nutrition, de développement de la petite enfance et de santé maternelle et infantile (58,0 millions de dollars)**

Ce volet soutient l'extension d'interventions sélectionnées pour améliorer la croissance, la nutrition et le développement des enfants, renforcer les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive, et promouvoir l'autonomisation et la productivité des femmes, ainsi que la résilience des communautés face à l'insécurité alimentaire. Il comprend trois sous-composantes : (1) renforcer la fourniture de services de nutrition et de développement du jeune enfant, (2) renforcer la fourniture de services RMNCAH-N et (3) créer une demande et changer les comportements.

- **Composante 4 : Renforcement institutionnel, S&E et gestion de projet 6,0 millions USD (4,0 millions USD de crédit IDA ; 2,0 millions USD de GFF)**

L'Unité de Coordination des Projets de Santé financés par la Banque mondiale (UCP Santé-BM), qui a été créée par l'arrêté 0082/MSHP/CAB du 8 mai 2018 et qui gère actuellement le projet SPARK-Santé (P167950) et le projet COVID-19 (P173813), appuiera la coordination de la première phase de l'Approche Multi Phase (AMP). L'UCPS-BM sera responsable de la coordination, de la passation des marchés, de la gestion financière, de la gestion environnementale et sociale (E&S) et du suivi et de l'évaluation du projet. Les principales agences de mise en œuvre seront responsables de la mise en œuvre des activités au jour le jour : Composante 1 : MSHP-CMU, MEPS ; Composante 2 : MSHP-CMU ; Composante 3 : SE-CONNAPÉ ; Composante 4 : les quatre agences principales de mise en œuvre. Chaque agence principale de mise en œuvre désignera officiellement un responsable de programme qui dirigera l'intervention de l'agence respective et rendra compte à l'UCPS-BM et à la Banque mondiale des questions liées au projet.

Les ressources humaines des agences de mise en œuvre principales seront complétées, si nécessaire, par du personnel contractuel supplémentaire. Le projet financera des spécialistes techniques, fiduciaires et en sauvegardes E&S pour renforcer la capacité de mise en œuvre des agences d'exécution qui comprend trois (03) Sous-composantes : (i) Renforcement institutionnel, (ii) Suivi et Evaluation et (iii) Gestion de Projet.

▪ **Composante 5 : Composante d'intervention d'urgence conditionnelle (CERC).**

En cas de crise ou d'urgence ayant un impact sur les critères d'éligibilité, le Projet contribuera à apporter une réponse immédiate et efficace à ladite crise ou urgence. Cette composante puisera dans les fonds de prêt non utilisés des autres composantes afin de répondre à l'urgence. Afin de faciliter une réponse rapide, en cas d'activation de la CERC, la restructuration du Projet est différée à un délai de trois mois à compter de l'activation de celle-ci.

Tableau 1. Récapitulatif des composantes et sous-composante du Programme

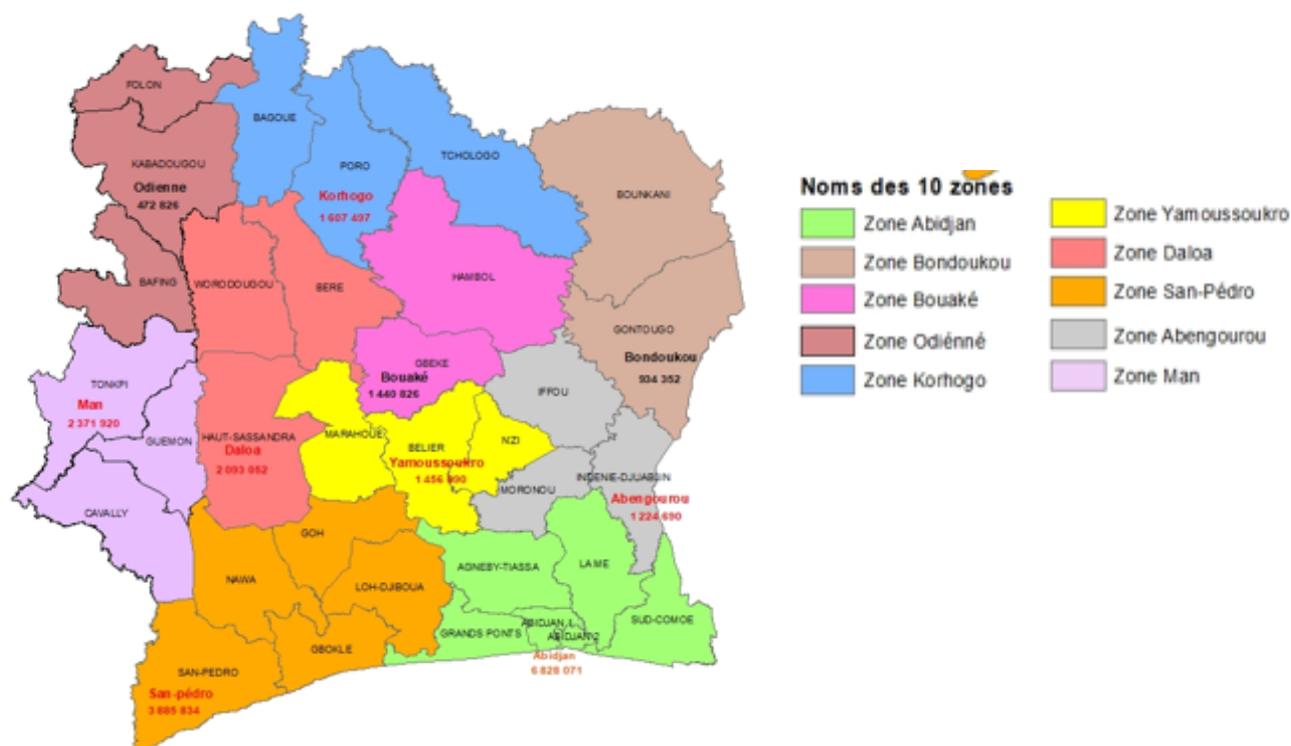
| N° | Composantes | Sous composantes |
|----|---|---|
| 1. | Composante 1 : Renforcer et étendre le système de protection sociale de la santé | 1.1. Opérationnalisation et mise à l'échelle de la CMU 1.2. Institutionnalisation du FBP et soutien aux réformes du financement de la santé. |
| 2. | Composante 2 : Améliorer la qualité des services de santé, de nutrition et de développement du jeune enfant | 2.1. Améliorer la gestion des ressources humaines ; 2.2. Améliorer la disponibilité des médicaments essentiels et des intrants nutritionnels ; 2.3. Renforcer la gouvernance ; 2.4. Améliorer la qualité des services cliniques, de radiologie et de laboratoire grâce à des partenariats public-privé ; 2.5. Equiper les établissements de santé et étendre les services WASH. |
| 3. | Composante 3 : Renforcer la fourniture de services de nutrition, de développement de la petite enfance et de santé maternelle et infantile | 3.1. Renforcer la fourniture de services de nutrition et de développement du jeune enfant ; 3.2. Renforcer la fourniture de services RMNCAH-N ; 3.3. Créer une demande et changer les comportements. |
| 4. | Composante 4 : Renforcement institutionnel, S&E et gestion de projet | 4.1. Renforcement institutionnel ; 4.2. Suivi et Evaluation ; 4.3. Gestion de Projet. |

| N° | Composantes | Sous composantes |
|----|---|--|
| 5. | Composante 5 : Composante d'intervention d'urgence conditionnelle (CERC) | Cette composante consiste en une réallocation rapide de fonds en cas de catastrophe naturelle ou causée par l'homme ou d'un autre type de crise qui a ou est susceptible d'avoir d'importantes conséquences négatives d'ordre économique ou social |

1.3. Données sur la zone d'intervention du projet

Le Projet a une envergure nationale et sa mise en œuvre concernera la totalité du territoire national c'est-à-dire les 33 Régions Sanitaires.

Figure 1. Zone de couverture du Projet organisée en Pôles Régionaux d'Excellence de Santé (PRES)



1.3.1. Organisation administrative et situation politique

Le territoire ivoirien est administré et structuré selon les principes de la déconcentration et décentralisation. L'administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées avec : 14 Districts autonomes ; 31 Régions ; 108 Départements ; 410 Sous-Préfectures et plus de 8600 Villages. Elle est ainsi organisée en vue d'assurer l'encadrement des populations, de pourvoir à leurs besoins, de favoriser le développement économique, social et culturel et de réaliser l'unité et la cohésion nationales.

La capitale politique, Yamoussoukro, se trouve au centre du pays, à 248 km d'Abidjan, la capitale économique située dans le Sud. Quant à l'administration territoriale décentralisée, elle est représentée par 201 communes et 31 conseils régionaux gérés par les élus locaux.

Concernant la situation sécuritaire actuelle de la Côte d'Ivoire, elle s'est considérablement améliorée depuis 2015, traduite par une baisse du niveau de la criminalité sur l'ensemble du territoire national. L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en janvier 2015 s'est établi à 1,2 en 2019. Intégrer situation sécuritaire au nord du pays (voir PAD)

La Côte d'Ivoire connaît une situation politique et sociale stable depuis la tenue d'élections législatives inclusives en 2021. Les différents acteurs se sont engagés à aller à la réconciliation nationale à l'issue d'un dialogue politique entre le gouvernement, les différentes formations politiques et la société civile. Le pays se prépare à des élections municipales et régionales prévues pour octobre 2023.

1.3.2. Caractéristiques économiques

Premier producteur mondial de cacao et de noix de cajou, la Côte d'Ivoire enregistre l'un des taux de croissance économique les plus rapides et soutenus en Afrique subsaharienne depuis plus de dix ans. Avec une croissance du PIB réel de 8,2 % en moyenne sur la période 2012-2019, la Côte d'Ivoire a réussi à contenir la pandémie de COVID-19 pour garder le rythme de croissance positive en 2020 à 2%. En 2021, le pays a renoué avec sa trajectoire de forte croissance et continue de jouer un rôle central en tant que hub économique régional et terre d'accueil pour de nombreux ressortissants des pays de la Communauté Économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et d'ailleurs.

Cependant, la situation économique actuelle découle d'un contexte lié à la crise mondiale en 2022, l'économie ivoirienne, a enregistré une croissance du PIB réel estimée à 6,7 %. Celle-ci en baisse par rapport aux 7 % de 2021. En effet, la croissance a été tirée par la consommation privée, soutenue par l'investissement public et des augmentations de salaires dans la fonction publique. Par ailleurs, l'inflation a atteint en moyenne 5,2 % en 2022, la plus élevée de la décennie. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs entres autres : la hausse des prix des denrées alimentaires, des transports et de l'énergie. Toutefois, les projections à moyen terme sont optimistes si les réformes structurelles axées sur la stabilité macroéconomique s'intensifient. En dépit des défis du moment, la Côte d'Ivoire reste sur une trajectoire économique positive qui devra être renforcée pour accélérer la transformation structurelle de son économie telle qu'envisagée dans la « vision cote d'ivoire 2030 ». Le pays prévoit donc investir davantage dans de nouveaux domaines à fort potentiel de création de richesses et d'emplois de qualité. Ces investissements permettront d'inclure et de générer des dividendes pour les femmes et les couches sociales les plus défavorisées, y compris celles vivant dans les zones rurales les plus reculées.

1.3.3. Caractéristiques socio-démographiques

Les résultats globaux du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2021 estime à 29 389 150 habitants la population vivant habituellement sur le territoire ivoirien.

Cependant, le dénombrement montre que la population issue des ménages ordinaires de nationalité ivoirienne compte 22 840 169 personnes, soit 78 % de la population totale, contre 6 435 835 personnes de nationalité non ivoirienne, soit 22 %.

Le RGPH 2021 dénombre également des ménages collectifs (casernes, internat...) et les sans-abris qui représentent le gap constaté (113 146).

la population de nationalité non ivoirienne vivant sur le territoire ivoirien est en baisse en passant de 33 % en 1975 à 28 % en 1988, 26 % en 1998 et 22 % en 2021. Le nombre total de ménages

ordinaires est de 5 616 487, soit une taille moyenne de 5,2 personnes par ménage et la densité de la population s'établit à 91,1 hbts/km² au niveau national contre 48 hbts/km² en 1998.

La dynamique de la population révèle un taux de croissance moyen annuel de 2,9% en Côte d'Ivoire entre 1998 et 2021. Au regard des taux observés entre 1975 et 1988 (3,8%) et entre 1988 et 1998 (3,3%). Le rythme de croissance de la population ivoirienne est en constante baisse, selon les différents recensements.

Concernant la répartition de la population en Côte d'Ivoire, elle est composée en majorité d'hommes. Avec un effectif de 15 344 990, la population de sexe masculin représente 52,2% de la population totale résidente, contre un effectif de 14 044 160 de femmes, soit 47,8%. Il en découle un Rapport de Masculinité (RM) global de 109 hommes pour 100 femmes en Côte d'Ivoire. Pour ce qui est de la structure par âge, on note que la population ivoirienne demeure encore très jeune. En effet, 75,6 % de la population totale a moins de 35 ans, soit un peu plus de 3 personnes sur 4.

1.3.4. Données socio culturelles

La Côte d'Ivoire constitue une véritable mosaïque ethnique, car on y dénombre plus de 60 ethnies différentes qu'on peut regrouper en cinq grands groupes (selon des critères linguistiques).

La répartition de la population de nationalité ivoirienne par grands groupes ethniques et selon leur importance donne le classement suivant : les akan 38,0%, les gour (22,0%), les mandé du Nord (22,0%), les krou (9,1%), les mandé du Sud (8,6%).

Concernant la religion, la population résidente en Côte d'Ivoire pratique majoritairement deux grandes religions, à savoir, l'Islam qui concentre 42,5% et le Christianisme 39,8%. Les personnes qui ne pratiquent aucune religion représentent 12,6% et les animistes, 2,2%. Un nombre très faible de personnes (0,7%) pratique d'autres religions.

La répartition spatiale de ces grands groupes ethniques se présente comme suit :

- ✓ les Akan, qui occupent le Sud-est et le Sud en partie, l'Est et le Centre ;
- ✓ les Gour, qui occupent le Nord, le Nord-est et le centre Nord ;
- ✓ les Mandé du Nord, qui occupent le Nord-ouest et en partie le Centre-nord ;
- ✓ les Mandé du Sud, qui occupent le Centre-ouest, le Centre-nord en partie et l'Ouest également en partie ;
- ✓ les Krou, qui occupent l'Ouest, le Centre-ouest et le Sud-ouest, ainsi que le Sud en partie.

1.3.5. Organisation du système sanitaire ivoirien

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (03) échelons et deux versants : l'un gestionnaire ou administratif et l'autre prestataire.

Le versant gestionnaire ou administratif comprend trois (03) niveaux dans sa structuration administrative : (i) le niveau central composé du cabinet du Ministre, des Directions et Services centraux, des Programmes de santé, est chargé de la définition de la Politique, de l'appui et de la

coordination globale ; (ii) le niveau intermédiaire est composé de 33 Directions Régionales ayant une mission d'appui aux Districts Sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ; (iii) le niveau périphérique est composé de 113 Directions Départementales ou Districts Sanitaires, chargés de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le District Sanitaire qui est l'unité opérationnelle du système de santé.

Le versant prestataire ou offre de soins est composé des secteurs publics et privé.

Pour le secteur public, le niveau primaire ou périphérique composé de tous les établissements sanitaires qui assure une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel compte 2311 ESPC. Le niveau secondaire comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement. Le pays compte 131 hôpitaux de référence dont 100 Hôpitaux Généraux (HG) publics et 12 HG confessionnels, 20 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 02 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké). Le niveau tertiaire est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Ce sont les 05 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les 10 Instituts Nationaux Spécialisés dont (i) l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), (ii) le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO), (iii) le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), (iv) le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), (v) la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (Nouvelle PSP CI), (vi) l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), (vii) l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), (viii) l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), (ix) l'Institut National de la Santé Publique (INSP) et (x) le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories avec 24 polycliniques, 317 cliniques, 465 centres médicaux, 55 Cabinet médicaux, 114 maternités et 548 centres de soins infirmiers privées qui s'insèrent parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Les taux de fréquentation et d'utilisation des services de santé ont connu une nette augmentation entre 2013 et 2015. Au niveau de la fréquentation, l'on est passé de 31,3 % en 2013 à 39,2 % en 2014 puis 48 % en 2015 (RASS 2015). En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, elles sont respectivement de 27,4 %, 33,2 % et 43,3 % en 2013, 2014 et 2015 (RASS 2015) contre 18 % en 2012. Le taux des femmes enceintes recevant des soins prénataux était de 91% en 2014.

1.3.6. Profil épidémiologique

Les estimations de la Banque Mondiale font ressortir, pour la Côte d'Ivoire, un niveau de mortalité générale élevée se situant à 9,9 pour 1000 personnes en 2020. Ce chiffre qui contraste de loin avec celui du Rwanda (5,1‰), classe la Côte d'Ivoire en tête de liste des pays de l'UEMOA en ce qui concerne la mortalité générale (Source : PNDS 2021-2025).

La morbidité et la mortalité en Côte d'Ivoire sont dominées par les maladies infectieuses dont les principales sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies. Les enfants et les femmes enceintes constituent les populations les plus vulnérables et les plus touchées.

La mortalité maternelle en Côte d'Ivoire est élevée (645 pour 100 000), tandis que l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes reste faible : seulement 44% des femmes ont au moins 4 Consultations Périnatales (CPN) et seulement 30% ont eu leur première visite pendant le premier trimestre de la grossesse ; seulement 18% des femmes ont reçu une prophylaxie antipaludique, une intervention qui réduit le risque de faible poids à la naissance et le retard de croissance dans la petite enfance. Plus fondamentalement, l'inégalité entre les sexes, l'autonomisation insuffisante des femmes dans les ménages et les communautés, le faible niveau de connaissance et d'éducation et les pratiques traditionnelles néfastes (par exemple, éviter certaines nourritures nutritives ou éviter de prendre du poids pendant la grossesse) contribuent à la fois au mauvais état de santé des femmes et aux mères, l'incapacité d'assurer une alimentation adéquate pour leurs enfants (SitAn, 2015).

En 2015, on estimait l'incidence des Infections Respiratoires Aiguës chez les enfants de 0 à 4 ans à 202,35 pour 1000, celle du paludisme dans la population générale à 155,49 pour 1000. L'incidence de la diarrhée chez les enfants de 0 à 4 ans était quant à elle, estimée à 88,86 pour 1000.

La morbidité chez les enfants de moins de 5 ans est dominée par la malnutrition, les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et les anémies. Les incidences de ces quatre pathologies demeurent encore importantes avec 291,79 pour 1000 pour le paludisme, 202,35 pour 1000 pour les IRA, 88,86 pour 1000 pour la diarrhée, 133,08 pour 1000 pour les anémies.

Les incidences des IRA et des malnutritions ont connu une légère hausse entre 2014 et 2015 et sont passées respectivement de 165,34 pour 1000 à 202,35 pour 1000 et 97,32 pour 1000 à 133,08 pour 1000.

La santé des adolescents et jeunes qui représentent en 2021, 30,2% de la population générale (estimation RGPH 2021), est marquée par une morbidité accrue dont les principales causes sont : i) le paludisme, ii) les infections respiratoires aiguës, iii) les cas de diarrhées, iv) les infections sexuellement transmissibles et v) l'anémie. L'incidence des infections sexuellement transmissibles est passée de 8 001 en 2016 à 11 965 en 2020, soit une augmentation de 49,54%. Celles du Paludisme et des infections respiratoires aiguës représentaient en 2020 respectivement 41% et 16% de la morbidité générale chez les adolescents et jeunes.

Aussi, pour les personnes âgées de plus de 60 ans, selon les projections de l'Institut National de la Statistique, le pays comptait 1 065 386 soit 4% de la population générale (estimation RGPH 2021). En 1998, elles étaient de 606 550. Ainsi entre 1998 et 2020, le nombre de personnes âgées s'est accru de 2,6% en moyenne chaque année. Ce rythme devrait s'accélérer au fur et à mesure de la baisse de la fécondité. D'où la nécessité de cerner les problèmes sanitaires relatifs au vieillissement actuel de la population de la Côte d'Ivoire de sorte à adopter les mesures idoines. Ceci d'autant plus que l'espérance de vie estimée à 58 ans en 2019 par la Banque Mondiale, traduit les difficultés de survie des personnes au-delà de 60 ans.

1.3.7. Aspects liés à la nutrition

Le constat en Côte d'Ivoire fait état d'une problématique tridimensionnelle de la malnutrition marquée à la fois par la persistance de i) la sous-nutrition ; ii) des carences en vitamines et micronutriments et iii) l'accentuation de la surnutrition. En effet, l'une des principales causes de la mortalité infantile est la malnutrition infantile.

Concernant la sous-nutrition, elle se manifeste sous plusieurs formes. Il est à noter qu'en 2016, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance (malnutrition chronique) était de 21,6% soit environ 800 000 enfants (MICS 2016). Ce taux cache des disparités régionales et demeure plus élevé dans le Nord (29,6%), le Centre-Ouest (28,7%) et le Nord-Ouest (27,7%).

L'incidence nationale de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 12,39‰ en 2016 à 9,39‰ en 2020. La prévalence de la malnutrition aiguë chez les PVVIH est passée de 25,4% en 2015 à 10% en 2020. En ce qui concerne les orphelins et enfants vulnérables (OEV), la prévalence a régressé passant de 10,5% en 2015 à 7% en 2020.

L'incidence nationale de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 12,39‰ en 2016 à 9,39‰ en 2020. La prévalence de la malnutrition aiguë chez les PVVIH est passée de 25,4% en 2015 à 10% en 2020. En ce qui concerne les orphelins et enfants vulnérables (OEV), la prévalence a régressé passant de 10,5% en 2015 à 7% en 2020.

La proportion nationale d'enfants présentant une hypotrophie néonatale (un poids inférieur à 2 500 g à la naissance) est passée de 11,83% en 2016 à 9,90% en 2020. En 2020 les régions sanitaires présentant les proportions les plus élevées d'hypotrophie néonatale sont : le Kabadougou (14,73%), le Béré (13,07%) et l'Iffou (12,70%). Les régions sanitaires d'Abidjan 1 et Abidjan 2 avec 7,49% et des Grands Ponts avec 7,60%, enregistrent les proportions d'hypotrophie néonatale les moins élevées. Aussi, le taux d'allaitement maternel exclusif s'est accru de 12,1% à 23,5%. La proportion de nourrisson mise au sein dans l'heure qui suit la naissance a augmenté de 30,8% à 36,6%.

On note aussi que 7,8% des femmes âgées de 15-49 ans et 14,7% des adolescentes (15-19 ans) souffraient de maigreur

Pour les carences en micronutriments, 66,4% des femmes de 15-49 ans souffraient d'anémie, dont 72,9% en milieu rural. La proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'anémie (hémoglobine < 8 g/dl) était de 16,4% mais atteignait 28,4% pour les enfants âgés de 12 à 17 mois et 26,3% pour ceux de 18 à 24 mois. Bien qu'il n'y ait pas eu d'études récentes sur le sujet, il est probable que des carences en vitamine A et en iode continuent d'affecter un nombre important de femmes en âge de procréer, d'enfants et d'adolescents.

S'agissant de la surnutrition (surpoids et obésité), la proportion des femmes de 15-49 ans en surpoids (IMC > 25 kg/m²) est de 19,4% et celles souffrant d'obésité (IMC > 30 kg/m²) est de 10,1%. Le risque de surpoids ou d'obésité est en augmentation pour les femmes quel que soit leur milieu social mais il est particulièrement élevé parmi les femmes des ménages les plus riches (44,1%) et celles vivant à Abidjan (43%) ou en milieu urbain (38,9%). L'obésité infantile a reculé de 3% à 1,5% entre 2012 et 2016. Compte tenu de l'urbanisation croissante et de la transition nutritionnelle en cours, les cas de surpoids et d'obésité risquent toutefois de se multiplier chez les enfants et les adolescents dans les années à venir.

Au niveau de la sécurité alimentaire, la prévalence des PVVIH en insécurité alimentaire a connu une augmentation passant de 8,8% en 2015 à 19,2% en 2020. Toutefois une réduction remarquable de la forme sévère d'insécurité alimentaire est constatée chez la même cible avec des prévalences respectives de 4,1% en 2015 et 1,5% en 2020

1.3.8. Violences basées sur le genre

Les Violences Basées sur le Genre, y compris l'Exploitation et Abus sexuels, le harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS) demeurent courantes et préoccupantes en Côte d'Ivoire. Ces violences se sont accrues au fil des années, en raison de plusieurs éléments contextuels notamment, la longue crise militaro-politique de 2002 à 2010 qui a engendré une culture de violence et l'effondrement des institutions publiques. A cela s'ajoutent de nombreuses et fortes pesanteurs socioculturelles ainsi que l'impunité ou la faible répression des auteurs de VBG/EAS/HS.

De même, à la faveur de la pandémie à coronavirus en 2020, les mesures de confinement destinées à limiter la propagation du virus se sont accompagnées malheureusement d'une montée des violences domestiques au sein des ménages.

Globalement selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2012), les formes les plus courantes de violence basées sur le genre, sont les violences physiques (notamment domestiques), les violences sexuelles en particulier le viol et les violences psychologiques dont le harcèlement moral et sexuel, les mariages d'enfants, les pratiques traditionnelles néfastes dont les l'excision. Ainsi l'EDS 2021 indique que parmi les femmes de 15–49 ans, 26 % ont déclaré avoir subi des actes de violence physique depuis l'âge de 15 ans. Dans cette tranche d'âge et relativement à celles ayant déjà été mariées ou vécu avec un partenaire intime, 32 % ont subi des actes de violence, physique, sexuelle ou émotionnelle ; ce pourcentage est de 25 % au cours des 12 derniers mois. Au titre des comportements dominants et des blessures dues à un acte de violence conjugale parmi les femmes de 15–49 ans ayant été mariées ou vécu avec un partenaire intime, 18 % ont déclaré avoir subi au moins trois des comportements dominateurs cités pendant l'enquête et 42 % ont subi des actes de violence.

Parmi les femmes de 15–49 ans ayant subi des actes de violence physique ou sexuelle, 30 % ont recherché de l'aide pour mettre fin à cette situation.

Au titre de la prise en charge des victimes, il convient de noter qu'en 2019, un total de 5 405 cas de VBG dont 822 cas de viols ont été rapportés et pris en charge par les services sociaux et la majorité des cas de viols a été perpétrée sur des enfants, c'est-à-dire les moins de 18 ans dans 77% des cas. En 2021, un total de 6 040 cas de VBG a été enregistré dont 954 cas de viols, 1391 cas d'agressions physiques et 1052 cas de violences psychologiques et émotionnelles.

Quel que soit le type de VBG considéré, les victimes sont essentiellement des filles et des femmes, qui représentent 96 % des victimes de viols, d'agressions sexuelles et de mariages forcés.

Quant aux enfants de moins de 18 ans, ils sont encore les plus touchés par les viols (77,67%), les agressions sexuelles (76,57%), les MGF (61,54%) et les mariages forcés (67,61%). Enfin, sur un total de 4 586 enfants pris en charge, on enregistre 64,76% de filles et 35,24% de garçons. Les types de violences affectant plus les filles par rapport aux garçons sont les violences sexuelles, les maltraitances physique et psychologique, les Mutilations Génitales Féminines (MGF) et les

mariages d'enfants. Les pires formes de travail d'enfant représentent le type de violence affectant le plus les garçons. Les régions les plus touchées sont les Régions des Lagunes, le Sud-Comoé, le Gbêkê, le Haut-Sassandra, le Tonkpi, la Nawa et San-Pedro.

En ce qui concerne les capacités à répondre aux attentes et aux exigences de prise en charge des victimes de VBG, il convient de noter que la Côte d'Ivoire dispose d'un réseau de plateformes de lutte contre les VBG qui constitue le centre de prise en charge multisectorielle et de gestion des cas individuels au niveau local, regroupant les acteurs impliqués dans la réponse aux VBG. Au nombre des membres des plateformes, il y a le personnel de santé et les acteurs des organisations de la société civile.

Les plateformes sont installées autour des centres sociaux qui sont des structures publiques animées par un personnel spécialisé dans le travail social.

Un rôle important sera assigné aux associations locales de défense des droits des femmes et des enfants impliquées dans la prise en charge des victimes de VBG. Ces organisations, pour la plupart, bénéficient de l'appui technique et financier des partenaires au développement et ont développé une réelle expertise.

1.4. Objectifs du Plan de Mobilisation des parties prenantes

Conformément à la NES 10, les parties prenantes doivent être bien informées, sensibilisées et mobilisées en vue (i) d'obtenir et de renforcer leur adhésion et participation au Projet, (ii) d'améliorer la durabilité environnementale et sociale du Projet et (iii) de contribuer sensiblement à une conception et une mise en œuvre réussie du Projet. Ainsi, les différentes structures de mise en œuvre doivent consulter les parties prenantes d'une manière culturellement appropriée, sans manipulation, interférence, coercition, discrimination et intimidation.

L'objectif du PMPP est de définir un programme de mobilisation des parties prenantes, y compris de publication des informations et de consultation, tout au long du cycle de vie du projet. Le PMPP décrit la démarche de communication de l'équipe du projet avec les parties prenantes ainsi que le mécanisme par lequel les populations peuvent exprimer leurs préoccupations, donner leur avis ou déposer des plaintes concernant le projet et toute activité y relative. Puisque la participation des populations locales est essentielle à la réussite du projet, il s'agira d'identifier les parties prenantes du projet, d'analyser leurs préoccupations, intérêts et attentes et d'estimer leur volonté à coopérer à la mise en œuvre réussie du projet.

De façon spécifique, le PMPP poursuit les objectifs suivants :

- Identifier et mobiliser l'ensemble des individus, groupes d'individus, communautés affectées, les services nationaux et déconcentrés de l'état, les structures privées, les autorités traditionnelles et locales, la société civile et les ONG locales concernées par les activités du projet et qui doivent être impliquées dans la mise en œuvre du PMPP
- Établir une approche systématique de mobilisation des parties prenantes qui permettra au projet de bien identifier ces dernières et de nouer et maintenir avec elles, une relation constructive ;

- Évaluer le niveau d'intérêt et d'adhésion des parties prenantes et permettre que leurs opinions soient prises en compte dans la conception du projet et sa performance environnementale et sociale ;
- Encourager la mobilisation effective de toutes les parties touchées par le projet pendant toute sa durée de vie sur les questions qui pourraient éventuellement avoir une incidence sur elles et fournir les moyens d'y parvenir ;
- S'assurer que les parties prenantes reçoivent en temps voulu et de manière compréhensible, accessible et appropriée l'information relative aux risques et effets environnementaux et sociaux du projet ;
- Mettre en place un mécanisme de gestion de plaintes permettant aux parties affectées par le projet, d'évoquer leurs réclamations et de porter plainte au niveau de l'Unité de Gestion du Projet ou à la justice nationale. Ceci comprendra la consultation régulière avec les communautés affectées, notamment les femmes, pour garantir que les points d'entrée et le mécanisme conçu pour gérer les plaintes soient accessibles en cas d'incident d'EAS/HS. Le projet élaborera aussi un plan de travail et de renforcement des capacités des membres des différentes commissions de gestion des plaintes, y compris sur la gestion éthique et référencement vers des services pour les plaintes EAS/HS.

Ce PMPP vise l'amélioration de l'acceptabilité sociale du Projet et son maintien à travers un dialogue permanent et inclusif.

II. RESUME DES ACTIVITES ANTERIEURES DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

Les activités de mobilisation des parties prenantes se sont déroulées en trois phases à savoir :

D'abord une mission de pré-identification du nouveau financement qui s'est déroulée en date du 10 au 14 Octobre 2022 dans le cadre de la préparation du PSNDPE,

Elle avait pour objectif de (i) poursuivre le dialogue avec le gouvernement sur les orientations et interventions envisagées dans le cadre du nouveau financement ; (ii) consulter les principales parties prenantes y compris la société civile, et les Partenaires Techniques et Financiers dans les domaines d'intervention du projet ; et (iii) définir les principales composantes du programme.

Les travaux ont permis aux différentes parties prenantes de s'accorder de manière unanime sur les points suivants :

- les modalités de financement et les objectifs de développement du programme ;
- la description des composantes proposées ;
- les modalités de mise en œuvre du projet (les arrangements institutionnels, la finalisation de la note conceptuelle, la gestion financière, la passation des marchés, la préparation des instruments de sauvegardes environnementale et sociale).
- les prochaines étapes de la préparation du projet

Les informations détaillées relatives à cette mission sont contenues dans des présentations power point disponibles et qui peuvent être consultées à l'UCPS-BM.

Ensuite, une seconde phase intitulé « pré-test » qui a consisté à identifier un échantillon réduit afin de déceler les défauts éventuels liés à la méthodologie des consultations et améliorer les méthodes et techniques avant l'étape de la collecte de données des consultations effectives.

Celle-ci s'est déroulée à l'école des sourds situé dans la commune de Yopougon, le 26 novembre 2022 avec l'ONG « Femmes de Valeurs ». Elle avait pour objet d'informer les membres du nouveau Programme et de ses activités prévues et par la suite recueillir leurs avis, craintes, suggestions, recommandations, etc .

Enfin la troisième phase qui a porté sur l'organisation des séances de consultations avec les parties prenantes du PSNDPE dans deux régions cibles : la région de la Marahoué et celle du Gontougo.

Ces consultations se sont tenues du 12 au 17 décembre 2022 et avaient pour objectifs d'informer les différentes parties prenantes identifiées sur le Programme (son objectif, ses composantes et ses impacts potentiels) d'une part, et de recueillir leurs points de vue et préoccupations d'autre part.

Depuis le démarrage de la mise en œuvre du projet, d'autres activités de consultation se sont tenues. Du 27 novembre et le 13 décembre 2023, l'UGP a mené une consultation des parties prenantes dans le but de renforcer leur implication et leur participation à la mise en œuvre du MGP. Cette activité s'est déroulée dans la zone sanitaire de Man, qui comprend les régions sanitaires de Tonkpi, Guemon et Cavally.

La collecte des données a été effectuée de manière inclusive, selon une approche participative. Des entretiens individuels avec des membres clés de la communauté, des ONG et des acteurs du système de santé ont également été menés, accompagnés de réunions de groupe afin d'encourager la discussion et la collaboration entre les participants. Les discussions ont permis d'identifier plusieurs points à améliorer dans le système de santé, notamment la qualité des soins, la disponibilité des médicaments, la mise en œuvre effective de la couverture sanitaire universelle (CMU), la gratuité des soins pour les populations vulnérables, la vaccination, le recours aux cliniques clandestines et l'état des équipements et des infrastructures. Il a également été souligné que les conflits sociaux et les pratiques financières constituent des obstacles à l'amélioration du système de santé. En outre, l'accès aux soins, à l'information et à la communication, ainsi que la lutte contre les risques de violence sexiste, d'exploitation et d'abus sexuels, sont des questions à prendre en compte.

Les suggestions des parties prenantes ont notamment porté sur les points suivants : (i) mettre en place d'un accueil chaleureux et efficace des patients, dès leur arrivée au centre de santé ; (ii) améliorer la qualité des soins médicaux en renforçant les compétences et en assurant un suivi régulier du personnel médical ; (iii) faciliter l'accès à l'échographie pour les femmes enceintes en organisant des séances régulières et en mettant en place un système de rendez-vous efficace ; (iv) impliquer les comités de gestion des plaintes afin de résoudre rapidement les problèmes rencontrés par les patients ; (v) équiper les comités de gestion des plaintes de téléphones portables et de fonds pour couvrir les frais de communication ; (vi) organiser régulièrement des réunions avec les ONG afin de discuter des questions de santé et de trouver ensemble des solutions ; (vii) inviter régulièrement la population à participer à des réunions afin de la sensibiliser aux services de santé disponibles ; (viii) organiser régulièrement des campagnes d'information et de sensibilisation au sein des communautés.

Du 30 mai au 04 juin 2024, l'UGP a entrepris une revue du MGP en vue du renforcement du mécanisme mis en place dans le cadre du programme SPARK Santé, afin d'élargir son champ d'action à l'ensemble des interventions du système de santé y compris celles du PSNDPE. Pour

ce faire, un atelier a été organisé pour présenter la vision globale du ministère à travers l'UCPS-BM en matière de redevabilité, de prise en compte des avis des populations, d'implication et de participation des parties prenantes dans la mise en œuvre des activités, ensuite recueillir les contributions des participants sur la base de leurs expériences et du retour des bénéficiaires et enfin, bâtir un MGP solide, inclusif et couvrant l'ensemble des interventions du système de santé. Cet atelier a réuni dix-neuf (19) participants issus des structures suivantes : la Direction de la Santé Communautaire ; la Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI) ; l'Alliance CI ; le ITPC ; l'ARSIP ; la Direction Départementale de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle de Cocody-Bingerville ; le Call Center du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ; l'Inspection Générale du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle et le Programme National de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre (PNLVBG). À l'issue de cet atelier, le MGP a été révisé et validé. La version révisée a été validée par la Banque.

Finalement, entre le 04 juin et le 14 décembre 2024, l'UGP a procédé à l'installation des comités de gestion des plaintes au cours de 5 sessions. Au cours de cette activité, les acteurs locaux ont été informés, sensibilisés et consultés et le PMPP leur a été présenté. L'activité a permis d'installer 89 Comités Départementaux de Gestion des Plaintes dans 89 districts sanitaires. Les suggestions des parties prenantes ont porté sur les aspects suivants : le renforcement des capacités des membres des CGP sur le mécanisme de gestion des plaintes ; le renforcement, l'information et la sensibilisation des acteurs du comité sur le MGP ; l'équipement des comités de gestion des plaintes ; la vulgarisation du MGP et l'instauration d'un dialogue entre les communautés et les agents de santé ainsi que l'extension des comités de gestion des plaintes dans toutes les zones.

La réalisation de la sélection Environnementale et Sociale de 141 sites de FRANCS du 14 au 25 juillet 2024 dans 13 régions du pays a donné lieu à un diagnostic environnemental et social incluant des séances de consultations des parties prenantes, avec la participation de plusieurs acteurs, notamment les directions régionales et départementales de la santé, les collectivités territoriales, les services techniques déconcentrés, les communautés locales ainsi que les équipes du Projet. Cette approche inclusive a permis de favoriser une meilleure appropriation des enjeux et de renforcer la qualité des évaluations réalisées sur le terrain.

Finalement, un atelier technique de renforcement des capacités des acteurs clés des agences et structures d'exécution sur les mesures de sauvegardes environnementales et sociales et divulgation des instruments a été organisé du 24 au 25 septembre. L'objectif de cette activité était d'informer, de mobiliser et de renforcer les capacités des agences et structures d'exécution du PSNDPE sur les sauvegardes environnementales et sociales notamment les VBG/EAS/HS, le genre et l'inclusion sociale et les instruments de sauvegardes dont le PMPP, en vue de favoriser leur adhésion, leur implication et leur participation active à la performance environnementale et sociale du Projet. L'atelier a rassemblé cinquante-six (56) participants des agences d'exécution et des structures de mise en œuvre issues du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique, de la Couverture Maladie Universelle, du Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales et du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant

La synthèse des résultats, les procès-verbaux et les listes de présences des différentes consultations réalisées sont annexés au présent PMPP.

III. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PARTIES PRENANTES

Pour assurer une mobilisation efficace et sur mesure, les parties prenantes du projet proposé peuvent être réparties dans les grandes catégories suivantes :

- **Parties touchées** : individus, groupes et autres entités présents dans la zone d'influence du projet qui sont ou pourraient être affectés directement par le projet et/ou ont été identifiés comme les plus susceptibles d'être affectés par les changements provoqués par le projet, et qui doivent être associés étroitement à la détermination des effets du projet et de leur importance, ainsi qu'à la définition des mesures d'atténuation et de gestion connexes ;
- **Autres parties concernées** : individus, groupes ou entités qui pourraient ne pas subir les effets directs du Projet, mais qui considèrent ou ont l'impression que leurs intérêts sont affectés par le projet et/ou qui pourraient influencer sur le Projet et sur sa mise en œuvre d'une manière quelconque ; et
- **Groupes vulnérables** : individus ou groupes qui pourraient être touchés d'une manière disproportionnée ou qui sont davantage défavorisés par le(s) projet(s) que tout autre groupe en raison de leur vulnérabilité¹, et qui pourraient avoir besoin de mesures particulières pour être représentés sur un pied d'égalité dans le processus de consultation et de décision associé au projet.

3.1. Parties touchées

Les parties prenantes touchées incluent les communautés locales, les membres de la communauté et les autres parties qui peuvent être soumises aux impacts directs du projet. Les catégories principales de parties touchées ont été identifiées comme suit :

- Les femmes et les enfants seront impactés directement à travers le projet, notamment en matière de santé et nutrition ;
- Les jeunes et plus généralement les populations en âge de travailler seront impactés à travers les emplois que le projet va générer ;
- Les acteurs du monde rural des zones d'exécution du projet seront touchés à travers la création d'activités agricoles génératrices de revenus ;
- Les personnes affectées par le projet (réinstallation involontaire): la mise en œuvre de certaines activités du projet pourrait entraîner la perte de biens matériels ou culturels, individuels ou collectifs due à des réinstallations involontaires ;
- Les agents de l'administration qui bénéficieront des activités de formation dans le cadre du Projet ;

¹ La vulnérabilité peut être attribuable à la race, à l'origine ethnique ou sociale, à la couleur, au sexe, à la langue, à la religion, aux convictions politiques ou autres, au patrimoine, à l'âge, à la culture, au niveau d'instruction, à la maladie, à un handicap physique ou mental, à la pauvreté ou à la précarité économique, et à la dépendance à l'égard des ressources naturelles.

- Le personnel des établissements sanitaires, les malades et autres personnes qui fréquentent les centres de santé, auront accès à l'eau et l'électricité dans le cadre du projet ;
- Les membres des Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC) et les entrepreneurs (jeunes et femmes) bénéficieront d'un encadrement et de formations en techniques agricoles et en entrepreneuriat ;
- La population vivant en Côte d'Ivoire qui bénéficiera des prestations de la couverture sanitaire universelle.

3.2. Autres parties concernées

Les parties prenantes du projet incluent également des parties autres que celles qui sont directement touchées. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2. Catégories des parties prenantes et leurs rôles

| Catégorie | Partie prenante | Entité | Rôle |
|---------------------|---|---|--|
| Gouvernement | Primature | Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le Développement de la Petite Enfance (CONNAPE) | Orientations stratégiques et politiques Mise en œuvre du Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN) Exécution et suivi Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PMNDPE) |
| | Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle | UCP Santé BM | Coordination nationale de la mise en œuvre des activités du Projet ; Mise en œuvre du PMPP ; Information et implication des parties prenantes ; Assurance du respect des engagements pris en rapport avec les parties prenantes ; Gestion et suivi du mécanisme de gestion des plaintes ; Veiller à la prise en compte des besoins et intérêts des populations. |
| | | Directions Régionales et Départementales de la Santé | Suivi et exécution du projet au niveau région et district. |
| | | Direction de la Communication et des Relations Publiques | Coordination et diffusion des informations sanitaires sur toute l'étendue du territoire Communication de crise sanitaire Gestion des rumeurs |
| | | Direction de la Santé Communautaire | Coordination et Suivi des interventions et des activités Sensibilisation au niveau communautaire |
| | Ministère de la Communication et des Médias | Cabinet du Ministre de la Communication et des Médias | Lead de la communication gouvernementale sur le programme d'intervention du Gouvernement |
| | Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale | Direction Générale du Travail | Suivi du respect de la réglementation du Travail Suivi des conditions de travail et d'hygiène Lutte contre les maladies professionnelles |

| | | | |
|----------------------|--|---|--|
| | | CNAM | Exécution et suivi de la Couverture Maladie Universelle |
| | Ministère de l'environnement et du Développement Durable | ANDE | Suivi de la mise en œuvre du Cadre de Gestion Environnementale et Sociale (CGES) Organisation des audiences publiques |
| | Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité | ANAGED | Appui technique à la mise en œuvre des activités liées à la gestion des déchets médicaux et biomédicaux |
| | Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant | Direction de la Promotion du Genre et de l'Équité (DPGE) Programme nationale de lutte contre les VBG | Suivi des questions sociales et relatives aux violences basées sur le genre, travail des enfants |
| | Ministère des ressources animales et halieutiques | Comité Pesticides | Sensibilisation et accompagnement des populations sur l'utilisation des pesticides ; Fourniture de la liste des produits homologués |
| Secteur privé | | ANADER | Accompagnement des activités agricoles |
| | Secteur privé sanitaire | Fournisseurs et Prestataires | Fourniture d'équipements et de matériel médicaux |
| | Secteur privé du BTP | Entreprises | Réalisation d'infrastructures sanitaires et communautaires |
| | Autres fournisseurs | Prestataires divers | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | | Offre de de biens et services (fournitures et équipement de bureau, restauration, gardiennage, transport des malades, hygiène des sites, etc.) |
| Collectivités locales | Administrations des territoires | Commune, Département, Régions, Districts Autonomes | Participation au suivi local des mesures environnementales et sociales Mise en place et animation du Mécanisme des Gestion des plaintes Mobilisation, information et sensibilisation des communautés locales |
| | Chefferie locale et leaders communautaires | Chefs traditionnels, chefs de quartiers ou de village, Leaders communautaires, Chefs religieux, associations de femmes et de jeunes | Mobilisation, information et sensibilisation des communautés locales Appui à la gestion des plaintes, rétro-information, veille citoyenne et redevabilité sociale |
| Organisation de la société civile | Organisations Non Gouvernementale nationale et internationale et Organisations à base communautaire | FENOSCI, ITPC, Alliance Côte d'Ivoire, Croix-Rouge de Côte d'Ivoire, ONG Lumière Action, Agents de Santé Communautaires (ASC), ONGs/OBC locales | Appui à la mise en œuvre du plan de communication Information, sensibilisation et mobilisation des communautés Défense des intérêts des communautés Appui à la gestion des plaintes, rétro-information, veille citoyenne et redevabilité sociale |
| Médias | Radio, journaux, télévision, Web, artistes | Presse écrite nationale (de tous les bords : gouvernementale, opposition, autres partis politiques et autres presse privée) Télévisions nationales Radios nationales ou locales Site web, Réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, YouTube, Twitter) Influenceurs Web Artistes musiciens | Diffusion de l'information sur le PSNDPE dans les zones cibles Canaux de communication Appui à la mise en œuvre de la campagne d'information et de sensibilisation |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Partenaires Techniques et Financiers | Institutions internationales multilatérales | UNICEF, OMS, AIIB Power of Nutrition, | Partage d'informations stratégiques sur le Projet, Appui technique et financier |
| | Bailleurs | Banque mondiale | Appui technique et financier Supervision des activités du projet Garant de la participation des parties prenantes |
| Personnel du projet | PSNDPE | Personnel de l'UCPS-BM Personnel de PMNDPE Agences d'exécution locale | Implication de ces acteurs dans les processus de consultation et d'engagement afin de mieux communiquer sur : les activités du projet ; les impacts du projet ; les dispositions prises pour sécuriser la population ; les politiques et procédures de recrutement des prestataires; les procédures de santé et de sécurité des travailleurs. |

3.3. Personnes ou groupes défavorisés/vulnérables

Il est question ici des Personnes susceptibles d'être touchées de manière disproportionnée ou davantage défavorisées par le Projet par rapport à d'autres groupes en raison de leur vulnérabilité et cela peut nécessiter des efforts d'engagement spéciaux pour assurer leur représentation égale dans le processus de consultation et de prise de décision associé au projet. Il s'agit entre autres :

- Des handicapés (physiques ou mentaux),
- Des personnes malades, particulièrement les personnes atteintes du VIH/SIDA ou d'autres maladies graves, chronique ou incurables,
- Des vieillards, particulièrement quand ils vivent seuls,
- Des ménages dont les chefs sont des femmes,
- Des ménages identifiés dont le chef de famille identifié comme étant un individu sans ressources ou quasiment sans ressources,
- Des personnes victimes de Violences Basées sur le Genre (VBG), y compris les survivantes d'EAS/HS,
- Des personnes déplacées de zones de conflits (ou réfugiés si le cas échéant),
- Des personnes exclues socialement en raison de leur appartenance ethniques, culturelles ou religieuses,
- Des veuves et orphelins vivant dans la précarité

En somme, il s'agit des groupes vulnérables disposant d'un handicap ou d'une situation matrimoniale spécifique, ou font l'objet d'une marginalisation, d'une discrimination et stigmatisation qui pourraient les empêcher de participer pleinement à la réalisation du Projet.

Ces groupes d'individus identifiés par le Projet, bénéficieront de mesures spécifiques en termes de regroupement par catégories de groupes.

Par ailleurs, les autres contraintes qui pourraient empêcher ces groupes vulnérables de participer au projet ou d'en comprendre les informations ou encore de participer au processus de consultations pourraient porter également : (i) sur des difficultés de déplacement jusqu'au lieu des réunions, (ii) d'accès à leur zone, (iii) de disponibilité pour la période ou le lieu de consultation par rapport aux activités domestiques ou agricoles, (iv) ou de langue de communication (différences linguistiques).

Pour faire face à ces contraintes, le Programme prévoit :

- Des soutiens spécifiques qui seront apportées aux groupes vulnérables pour leur permettre de participer au processus de consultation. Il s'agit entre autres de : fourniture de services de traduction en langues locales, en langage des signes, en gros caractère ou en Braille, en support visuel ; le choix de lieux accessibles pour les rassemblements ; tenue de réunions ciblées durant lesquelles les parties prenantes vulnérables se sentiraient plus à l'aise pour poser leurs questions ou formuler leurs préoccupations.
- D'Identifier les organisations (ONG, OCB, etc.) actives dans la zone du projet qui œuvre avec les groupes vulnérables, notamment les personnes handicapées, afin

d'établir des relations avec les professionnels de santé de leurs Districts sanitaires respectifs.

Tableau 3. Analyse des parties prenantes

| Catégories de parties prenantes | Entité | Intérêt | Descriptif des stratégies globales pour gérer les parties prenantes/fréquence |
|---|--|---------|---|
| Gouvernement et Collectivités territoriales | -Ministère de la santé de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle -Ministère de l'emploi et de la protection sociale Caisse Nationale d'Assurance Maladie -Ministre de l'Intérieur et de la Sécurité Ministères Techniques Sectoriels (DR Environnement, Santé, Agriculture, Animale et halieutiques, etc.). | Fort | Les organismes cités sont considérés comme étant des "parties prenantes naturelles" par leurs forts niveaux d'intérêt et de pouvoir. La collaboration avec ces organismes est donc essentielle pour assurer leur soutien tout au long du Programme. |

| Catégories de parties prenantes | Entité | Intérêt | Descriptif des stratégies globales pour gérer les parties prenantes/fréquence |
|--|---|---------|---|
| | Collectivités territoriales, conseils régionaux | Fort | Les organismes cités sont considérés comme étant des "parties prenantes naturelles" de par leurs forts niveaux d'intérêt et de pouvoir. La collaboration avec ces organismes est donc essentielle pour assurer leur soutien tout au long du Programme. |
| Parties bénéficiaires du Programme | <ul style="list-style-type: none"> -les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ; -les femmes enceintes et allaitantes ; -les parents d'enfants âgés de 0 à 23 mois ; -les adolescents ; -les personnes économiquement faibles ; -les parents d'enfants de moins de 5 ans | Fort | Les populations cibles accordent une grande importance à la réussite du Programme et souhaitent par conséquent être tenus informés de son avancement. |
| Communautés | Les Populations vivantes en Côte d'Ivoire (urbaines et rurales) susceptibles d'être affectés par les activités du Programme | Fort | Cette catégorie accorde une grande importance à la réussite du Programme et souhaitent par conséquent être tenus informés de son avancement. En même temps, surveiller et collaborer avec ces parties prenantes peut se révéler bénéfique dans le cas où l'une de ces entités obtiendrait plus de pouvoir. |
| Société civile et autorités coutumières ou | <ul style="list-style-type: none"> -ONG Lumière action -Autorités coutumières, traditionnelle et religieuses ; organisations de femmes et des jeunes, comité villageois, etc. | Fort | Les individus ou organismes de cette catégorie accordent une grande importance à la réussite du projet et souhaitent par conséquent être tenus informés de son avancement. En même temps, surveiller et collaborer avec ces parties prenantes peut se révéler bénéfique dans le cas où l'une de ces entités obtiendrait plus de pouvoir |

| Catégories de parties prenantes | Entité | Intérêt | Descriptif des stratégies globales pour gérer les parties prenantes/fréquence |
|--------------------------------------|---|---------|--|
| organisations Communautaires | | | Fréquence : permanente |
| Travailleurs dans le cadre du Projet | <p>-Personnel de l'UCP-Santé</p> <p>-Personnel du PMNDPE</p> <p>(Agence d'exécution locale CORNAPE, COSNAPE, CLP)</p> | Fort | <p>Cette catégorie est considérée comme étant une "partie prenante naturelle" de par son fort niveau d'intérêt et de pouvoir. La collaboration avec toutes les parties prenantes est donc essentielle pour assurer le soutien et la réalisation effective des activités tout au long du Programme.</p> <p>Fréquence : permanente</p> |

3.4.Synthèse des besoins des parties prenantes

La consultation des parties prenantes sera à la base de toutes les activités des sous-projets. L'approche participative est utilisée pour permettre à toutes les classes sociales de la zone d'intervention du projet de s'exprimer. Cela permet de recueillir en amont et lors de la mise en œuvre des activités les avis, préoccupations, suggestions et même les recommandations des parties prenantes pour faciliter l'insertion du projet dans son milieu d'accueil. Ainsi, des consultations publiques ont été organisées du 11 au 17 décembre 2022 dans les régions du Tchologo, du Poro, de la Bagoué, de la Marahoué (Sinfra, Bouaflé et Yanatinfla) et du Gontougo (Bondoukou, Assuefry et Mantoukoua). Ces différentes rencontres ont été marquées par la présence des autorités administratives, des services techniques, des populations locales, autorités traditionnelles et coutumières, des groupements de femmes, etc.

Tableau 4. Synthèse des points discutés lors des consultations des parties prenantes

| Acteurs | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|--------------------------|--|--|--|
| Tous les acteurs | Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins | <ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance des structures et établissement sanitaires, surtout les maternités ; - Le manque de transparence dans la sélection des personnes indigentes dans le cadre du sous-projet filets sociaux ; - Les Foyers de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) méritent d'être soutenus durablement car ils sont une bonne pratique en matière de garde et d'éducation des enfants ainsi que de promotion de la santé et du bien-être des enfants ; - La nécessité de motiver les animateurs des FRANC ; - Manque d'ambulance et de spécialistes pour certaines pathologies. | <ul style="list-style-type: none"> - Revoir les activités du Projet pour prendre en compte la construction de centres de santé surtout dans les villages les plus reculés ; - Améliorer la transparence de la procédure d'identification et d'enrôlement des indigents ; - Avoir davantage de FRANC pour couvrir tous les villages dans les régions sanitaires d'intervention ; - Prévoir une motivation des animateurs ou continuer à leur payer les intéressements pour la motivation ; - Doter tous les centres de santé d'ambulance ; - Renforcer le personnel médical |
| Corps préfectoral | <ul style="list-style-type: none"> - Forte influence sur les acteurs institutionnels locaux et les communautés ; - Bonne connaissance et implication dans les activités du projet nutrition. | <ul style="list-style-type: none"> • Aspects opérationnels : <ul style="list-style-type: none"> - contrairement au projet nutrition • PBF : <ul style="list-style-type: none"> - Faible implication des COGES dans la définition des plans d'affaires ; • Disponibilité des services de santé : <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des infrastructures sanitaires sur le terrain (surtout les maternités) ; - Défaillance des plateaux techniques et hors normes ; | <ul style="list-style-type: none"> - Définir des plans d'affaires consensuels dans le cadre des Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires (COGES) ; - Élargir le panier de soins de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ; - Accélérer le processus de mise aux normes des hôpitaux en cours de manière graduelle sur l'ensemble du territoire ; - Mettre à disposition et assurer le bon fonctionnement des terminaux dans les centres de santé ; |

| Acteurs | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|---------|--------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilité des médicaments dans les structures ; - Manque de laboratoires d'analyse ; - Manque de médecins et spécialistes pour certaines pathologies ; - Retard dans la mise aux normes des établissements sanitaires ; - Absence d'ambulance dans les centres de santé ; - Mauvaise gouvernance du secteur de la santé avec par exemple, la pression des élus et des acteurs politiques locaux sur le ministère de santé. • CMU : <ul style="list-style-type: none"> - Faible opérationnalisation de la CMU sur le terrain, avec l'absence de terminaux dans les centres de santé, ce qui constitue un facteur bloquant de la CMU. • Médicaments génériques : <ul style="list-style-type: none"> - Fortes craintes sur la qualité des médicaments génériques suspectés d'être à la base de nombreux décès, particulièrement liés aux AVC. • Détection et prise en charge de la malnutrition : <ul style="list-style-type: none"> - Certains agents de santé n'arrivent pas à détecter et à assurer la prise en charge des malnutris de manière adéquate. CONNAPE : <ul style="list-style-type: none"> - Manque de budget pour organiser les missions de supervision sur le terrain. | <ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux acteurs locaux (DD Santé, Sous-préfets) de faire un bilan des initiatives précédentes pour que les leçons apprises nourrissent le nouveau projet ; - Remplacer les Agence d'Exécution Local (AEL) par des Unités de gestion de projet pour avoir un cadre d'intervention unitaire ; - Dotés tous les chefs-lieux de département d'hôpitaux généraux et les chefs-lieux de sous-préfecture de CSU ; - Renforcer les plateaux techniques des établissements sanitaires de la région ; - Pourvoir l'ensemble des structures en personnel de santé, surtout les médecins spécialistes ; - Renforcer la formation et la sensibilisation des agents de santé à la prise en charge des malnutris ; - Financer la mise en œuvre des plans d'action des Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le Développement de la Petite Enfance (CONNAPE). |

| Acteurs | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|--|---|--|---|
| <p>Services Techniques Régionaux (Santé, MFFE ; Conseil Régional ; Protection Sociale ; ANADER)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Forte influence sur les acteurs institutionnels locaux et les communautés ; - Bonne connaissance et implication dans les activités du Projet nutrition | <ul style="list-style-type: none"> • PBF <ul style="list-style-type: none"> - Non maîtrise des procédures du financement basé sur la performance (PBF) par certains prestataires, compte tenu de sa relative nouveauté ; - Retard dans la mise à disposition des fonds PBF dans certaines structures sanitaires ; • CMU : <ul style="list-style-type: none"> - Etat des lieux des agents CMU et du matériel dans les structures sanitaires en cours dans la région ; - Disparition de la catégorisation des médicaments CMU et Pharmacie de santé de la santé Publique ; - Les aspects techniques de la CMU ne sont pas réglés de sorte que les adhérents ne peuvent pas utiliser les cartes dans les centres de santé, La majeure partie des centres de santé ne dispose pas de terminaux. - Faible distribution des cartes CMU produites ; • Nutrition : <ul style="list-style-type: none"> - La malnutrition de l'enfant est un cycle commençant par la grossesse. Lorsque la mère est malnutrie, le bébé est de petit poids à la naissance. • MUGEFCI : <ul style="list-style-type: none"> - La forte pression sur les souscripteurs due aux montants élevés des cotisations (7000 f) ; - Des griefs et plaintes sur la gouvernance de la MUGEFCI, notamment l'enrichissement de ses dirigeants ; | <ul style="list-style-type: none"> - Former les gestionnaires sur les procédures PBF ; - Prévoir des produits de compensation du manque à gagner pour les personnes assurées de la MUGEFCI lors du basculement à la CMU ; - Accélérer le déploiement de la CMU ; - Organiser des activités d'information et de sensibilisation sur l'enrôlement et le paiement des cotisations ; - Prévoir des spécialistes en santé infantile pour suivre l'évolution des enfants pris en compte par le projet nutrition ; - Impliquer les prestataires de santé dans les activités de nutrition ; - Renforcer l'information et la sensibilisation des populations, surtout les femmes enceintes sur les bonnes pratiques alimentaires. |

| Acteurs | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|--|--|---|---|
| <p>Populations : Communautés villageoises</p> | <p>Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Fortes inquiétudes sur la situation des fonctionnaires en lien avec le basculement de la MUGEFCI à la CMU. • Disponibilité des services de santé, notamment la santé de la mère : <ul style="list-style-type: none"> - Cherté, racket, les faux frais et les disparitions de médicaments achetés par les patients dans les hôpitaux ; - Facturation des services au sein des FRANC par certains acteurs ; - Absence de source d'eau pour les cultures maraichères et l'abreuvement des animaux ; - Mauvais accueil des malades par certains praticiens ; - La réticence des femmes enceintes à effectuer les consultations prénatales en raison de longues distances à parcourir ; - Les coûts élevés des frais de consultations prénatales ; - L'ineffectivité de la gratuité ciblée sur le terrain ; - Le mauvais état des routes causant un problème d'accessibilité et de transfert des malades ; - L'absence de sage-femmes dans les centres de santé de certains villages ; - Il y a la cherté des prestations de soins. • AGR : <ul style="list-style-type: none"> - Des craintes sur la durabilité pour des problèmes de gestion et conflits d'intérêts potentiels ; | <ul style="list-style-type: none"> - Fixer un montant forfaitaire à payer annuellement au titre de cotisations CMU pour les familles nombreuses, surtout en milieu rural ; - Prévoir des ressources financières pour l'intéressement des animateurs des FRANC ; - Encadrer les communautés bénéficiaires des AGR pour une meilleure gestion ; - Revoir les activités du projet en prenant en compte la construction de centres de santé surtout dans les villages les plus reculés ; - Améliorer la transparence de la procédure d'identification et d'enrôlement des indigents ; - Lutter contre les mauvaises pratiques des professionnels de la santé (surtout le racket et les vols de médicaments des patients) ; - Intégrer des activités de formation en civisme et citoyenneté ; - Sensibiliser les femmes à effectuer les consultations prénatales ; |

| Acteurs | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|---------|--------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des ressources mises à dispositions pour les activités. • Projet nutrition et FRANC : <ul style="list-style-type: none"> - Le Projet prend en compte seulement l'alimentation des enfants alors que les adultes sont aussi malnutris et meurent de maladies liées à l'alimentation dans la région ; - Non intéressement des animateurs est un handicap à la pérennisation des FRANCs ; - L'indisponibilité et le faible engagement des communautés dans la mise en œuvre des activités du projet nutrition, surtout les jeunes ; - Le Projet est très bon, car la bonne nutrition donne la bonne santé ; - Les enfants malnutris sont très souvent issus de familles pauvres ayant besoin d'appui ; - L'insécurité au niveau des FRANC avec des clôtures en fils de fer qui peuvent être sources de blessures et laisser passer les animaux en divagation ; - Les matériels/équipements d'éveil des enfants sont trop rustiques et n'offrent pas le maximum de sécurité. • CMU : <ul style="list-style-type: none"> - Le montant de 1000F/mois est élevé pour le milieu rural ; - La méconnaissance des moyens et procédure de paiement des cotisations CMU ; | <ul style="list-style-type: none"> - Fournir les compléments alimentaires tels le soja et le haricot et les feuilles de patates aux communautés ; - Élargir les programmes de sensibilisation sur la nutrition des enfants à l'alimentation générale, en y intégrant l'alimentation des adultes ; - S'inspirer du modèle ghanéen qui est une bonne pratique selon les participants ; - Réduire les frais des soins de santé dans les établissements sanitaires ; - Remplacer les aliments exotiques par des aliments locaux dans le cadre du projet nutrition ; - Soutenir les parents des enfants malnutris pris en charge par le projet ; - Moderniser les plans de construction des FRANCs ainsi que les matériels/équipements d'éveil des enfants. |

| Acteurs | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|---------------------------|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Au Ghana, une cotisation annuelle forfaitaire équivalant à 2500 FCFA est fixée. Toutes les maladies et les médicaments à l'exception du sang, sont couvertes (informations données par les populations des zones frontalières). • Scolarisation des enfants, discipline et autres : <ul style="list-style-type: none"> - De nombreuses écoles sont construites en matériaux précaires, ce qui constitue un danger pour les enfants en raison des risques d'incendie ; - L'insoumission des jeunes aux chefs de villages dans certaines communautés ; - L'utilité des Association Villageoise d'Epargne et de Crédit (AVEC) comme système d'épargne communautaire. | |
| Personnel de santé | <p>Grand intérêt pour le Projet qui permet notamment de Renforcer le système de santé avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration du cadre et des conditions de travail et de soins (amélioration du plateau technique, hygiène et propreté, accès à l'eau et à l'électricité) ; - La contribution à l'autonomie de fonctionnement des établissements de santé à travers les subsides ; - La motivation du personnel de santé ; - L'amélioration de la gestion des déchets sanitaires par polarisation ; - Les FRANC participent à réduire le nombre de malnutris sévères sans | <ul style="list-style-type: none"> - Retard dans le paiement des subsides ; - Craintes relatives à la pérennisation du paiement des subsides ; - Absence d'un plan de maintenance des matériels et équipements biomédicaux ; - Difficile mobilisation des responsables des établissements sanitaires pour leur participation à la gestion concertée des déchets sanitaires (polarisation et contractualisation). | <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la disponibilité des subsides à temps ; - Permettre au Trésor public de prendre le relais du Projet dans le paiement des subsides aux établissements sanitaires sous contrat ; - Opérationnaliser dans chaque District ou Région sanitaire, la polarisation et la contractualisation de la gestion des déchets sanitaires et de la maintenance des incinérateurs à partir des subsides. |

| Acteurs | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|----------------|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| | complications, à améliorer les campagnes de vaccination et à retrouver les perdus de vue. | | |

| Catégories de partie prenante | Entité | Besoins linguistiques | Moyens de notification privilégiés | Besoins spéciaux |
|--|--|---|---|--|
| | | | La transmission des informations se fera par des réunions, par des courrier, rapports, entretiens, correspondance Fréquence : mensuelle. | Implication dans le Projet |
| Parties bénéficiaires du Projet | <ul style="list-style-type: none"> -les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ; -les femmes enceintes et allaitantes ; -les parents d'enfants âgés de 0 à 23 mois ; -les adolescents ; -les personnes économiquement faibles ; -les parents d'enfants de moins de 5 ans. | Français Langues vernaculaires | La transmission des informations se fera par des rencontres, visites, radios locales, etc. Fréquence : permanente | Formation sur le planning familial et la nutrition Garde des enfants les jours de champ et marchés Information sur l'enrôlement et le fonctionnement de la CMU La prise en compte des personnes économiquement faibles dans le projet Filets Sociaux Productifs Attention prioritaire et particulière accordée aux personnes vulnérables |
| Personnes vulnérables | Des handicapés (physiques ou mentaux), Des vieillards, particulièrement quand ils vivent seuls, Des ménages dont les chefs sont des femmes, | Français ; Langues vernaculaires ; braille ; Langage de signes | | Attention prioritaire et particulière accordée aux personnes vulnérables Moyens de déplacement Assistance médicale, financière |

| Catégories de partie prenante | Entité | Besoins linguistiques | Moyens de notification privilégiés | Besoins spéciaux |
|-------------------------------|---|-----------------------|---|--|
| | <p>Des ménages identifiés dont le chef de famille identifié comme étant un individu sans ressources ou quasiment sans ressources,</p> <p>Des personnes victimes de Violences Basées sur le Genre (VBG), y compris les survivantes d'EAS/HS,</p> <p>Des personnes déplacées de zones de conflits (ou réfugiés si le cas échéant),</p> <p>Des personnes exclues socialement en raison de leur appartenance ethniques, culturelles ou religieuses,</p> <p>Des veuves et orphelins vivant dans la précarité</p> | | <p>Radios, visites, boîtes à images etc.</p> <p>Fréquence : permanent</p> | <p>Scolarisation des enfants</p> <p>La prise en compte des personnes économiquement faibles dans le projet Filets Sociaux Productifs</p> <p>Prise en charge médicale, psychosociale, juridique, économique</p> <p>Sanction de l'auteur</p> <p>Assistance médicale, en logement, vivres et non vivres</p> |
| Communautés | Les Populations vivantes en Côte d'Ivoire (urbaines et rurales) | Français ; | La transmission des informations se fera par des rencontres, visites, radios, locales, etc. | Informations et formation sur le projet |

| Catégories de partie prenante | Entité | Besoins linguistiques | Moyens de notification privilégiés | Besoins spéciaux |
|---|---|---|---|---|
| | susceptibles d'être affectés par les activités du Programme | Langues vernaculaires ; Braille ; Langage de signes | Fréquence : permanente | Séances de consultations publiques Information sur l'enrôlement et le fonctionnement de la CMU |
| La Société civile et autorités coutumières ou Communautaires | -ONG Lumière action -Autorités coutumières, traditionnelle et religieuses ; organisations de femmes et des jeunes, comité villageois, etc. | Français ; Langues vernaculaires | Les individus ou organismes de cette La transmission des informations se fera par des rencontres, visites, radios, locales, Fréquence : permanente | Informations et formation sur le projet Implication dans le Projet |
| Travailleurs dans le cadre du Programme | -Personnel de l'UCP-Santé -Personnel du PMNDPE Agences d'exécution nationales et locales (CORNAPE, COSNAPE, CLP) | Français Langues vernaculaires | La transmission des informations se fera par des réunions, par écrits, par des missions de suivi Fréquence : permanente | Informations sur le projet et Renforcement de capacités |

IV. PROGRAMME DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

4.1.Principes du programme de mobilisation des parties prenantes

Conformément aux approches les plus recommandées, le Projet appliquera les principes suivants à la mobilisation des parties prenantes :

- **Approche axée sur la transparence et le cycle de vie** : des consultations publiques concernant le Projet seront organisées tout au long de sa durée de vie et menées d'une manière transparente et libre de toute manipulation extérieure, interférence, coercition ou intimidation en vue de bien identifier systématiquement et exhaustivement les parties prenantes en particulier celles touchées par le Projet en veillant particulièrement à assurer l'inclusion sociale des groupes vulnérables susceptibles d'être exclus ou marginalisés dans le processus afin de maintenir une relation constructive avec elles. Ceci se fera par le truchement des consultations en petits groupes, l'utilisation des canaux de communications adaptés ;
- **Participation et avis en toute connaissance de cause** : des informations seront communiquées et distribuées largement à toutes les parties prenantes sous une forme appropriée à travers les radios de proximité, les réunions d'information et de sensibilisation, les réseaux sociaux, les canaux traditionnels (leaders communautaires, religieux), etc. ; le Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) ;
- **Absence d'exclusion et prise en compte des besoins divers et variés** : les parties prenantes, par le biais des relais communautaires, par voie de presse locale, à travers les Conventions qui seront signées avec des ONG et des Agences d'Exécution, seront mobilisées afin d'améliorer la communication et de bâtir des relations solides. Le processus de participation au Projet a pour but de ne pas faire d'exclus. Toutes les parties prenantes sont encouragées à tout moment à participer au processus de consultation. Toutes les parties prenantes bénéficient d'un accès égal à l'information. La prise en compte des besoins des parties prenantes est le principe fondamental qui sous-tend le choix des modes de dialogue et de concertation. Une attention particulière est accordée aux groupes vulnérables, en particulier les femmes, les jeunes et les personnes âgées, et aux réalités culturelles des différents groupes ethniques.
- **La redevabilité** : Le sens de la redevabilité traduit le fait que la reconnaissance de la responsabilité des actions en garantissant aux individus et aux communautés, avec lesquels le Projet réalise ses travaux (à travers les sous-projets), l'accès à des mécanismes pertinents par lesquels ces derniers puissent demander des comptes au Projet vis-à-vis de ses actions

L'engagement des différentes parties prenantes dans la mise en œuvre du projet à travers ses différentes phases, (formulation, mise en œuvre et évaluation), est un processus inclusif devant être enclenché et mené tout au long du cycle de vie du projet, à travers un plan de mobilisation des parties prenantes (PMPP).

4.2. Calendrier du programme de mobilisation des parties prenantes

Le calendrier envisagé pour les diverses activités qui relèvent de ce programme (les étapes du projet prévues, la fréquence, la décision prise et les préoccupations des populations) sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6. Calendrier du programme de mobilisation des parties prenantes

| Etape de réalisation du projet | Liste des informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier : lieux/dates | Parties prenantes ciblées | Pourcentage atteint | Responsabilités |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|---|---------------------------------|
| Préparation et phase de démarrage | Objet, nature et envergure du projet | <p>Publication dans le quotidien gouvernemental et privé « fraternité matin », affiches, la radio et la télévision nationale (RTI)</p> <p>Diffusion des brochures, dépliants, affichages publics, Diffusion des documents et rapports de synthèse non techniques ;</p> <p>Correspondance, les réunions officielles ;</p> <p>Diffusion sur site Internet Web du Projet, les médias sociaux. (facebook, whatsApp, etc.)</p> <p>Radios de proximité dans les localités cibles</p> | <p>À la radio nationale et à la télévision nationale (Journal télévisé de 20 h),</p> <p>1 fois par semaine et à la télé durant les semaines de communication</p> | <p>Autorités administratives et sanitaires</p> <p>Services Techniques</p> <p>Collectivités territoriales</p> <p>Entreprise privée, prestataires, etc.</p> <p>Communautés locales</p> <p>Organisation de la société civile</p> | <p>La télévision nationale a une couverture nationale</p> <p>Les radios de proximité ont une couverture locale</p> <p>Les consultations par internet sont limitées aux zones où la connexion est disponible</p> | Unité de Coordination du PSNDPE |

| Étape de réalisation du projet | Liste des informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier : lieux/dates | Parties prenantes ciblées | Pourcentage atteint | Responsabilités |
|---|---|--|--|--|--|---------------------------------|
| | | Radios communautaires Consultation du public (regroupement ou focus groupe) | | | | |
| Phase d'exécution, du Suivi et d'évaluation du projet | Durée des activités du projet (Enjeux environnementaux et sociaux ; mécanisme de gestion des plaintes ; mobilisation des parties prenantes, participation et implication des acteurs et des populations locales ; notifications et les comptes rendus de ces réunions) | Publication dans le quotidien national et privé, affiches, la radio, la télévision ; Diffusion de brochures, dépliants, affichages publics, diffusion des documents et rapports de synthèse non techniques ; Correspondance, les réunions officielles ; Diffusion sur site Internet Web du Projet, les médias sociaux. (facebook, whatsApp, etc.) | Un communiqué dans la presse écrite nationale À la radio et à la télé, une fois par semaine et à la télé durant les semaines de communication | Autorités administratives et sanitaires Services Techniques Collectivités territoriales Entreprise privée, prestataires, etc. Communautés locales Organisation de la société civile | La télévision nationale a une couverture nationale Les radios de proximité ont une couverture locale Les consultations par internet sont limitées aux zones où la connexion est disponible | Unité de Coordination du PSNDPE |

| Étape de réalisation du projet | Liste des informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier : lieux/dates | Parties prenantes ciblées | Pourcentage atteint | Responsabilités |
|--------------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|---------------------|-----------------|
| | | <p>Rendre publique le PEES par sa diffusion sur le site internet du MSHP-CMU et de l'UGP PSNDPE, des ministères techniques concernés, des collectivités territoriales des brochures, affiches,</p> <p>Radios de proximité dans les localités cibles Consultation du public (regroupement ou focus groupe)</p> | | | | |

4.3.Stratégie proposée pour la diffusion des informations

Les informations qui seront communiquées aux différentes parties prenantes sont les suivantes :

- L'objet, la nature et l'envergure du projet ;
- La durée des activités du projet ;
- Les risques et effets potentiels du projet sur les communautés locales, y compris les risques liés aux VBG/EAS/HS et les mesures proposées pour les atténuer, en mettant en exergue les risques et effets susceptibles d'affecter de manière disproportionnée les groupes vulnérables et défavorisés ;
- Les enjeux environnementaux et sociaux des activités du Projet : hygiène, sécurité, violences sexuelles ; travail des enfants lors des travaux ; gestion des déchets, y compris les risques liés aux déchets biomédicaux ;
- Les objectifs de la réinstallation, la question foncière et les contraintes majeures ;
- Les critères d'éligibilité des personnes affectées et des personnes vulnérables ;
- La participation et l'implication des acteurs et des populations locales ;
- Le processus envisagé pour mobiliser les parties prenantes ;
- Les dates et lieux des réunions de consultation publiques envisagées, ainsi que le processus qui sera adopté pour les notifications et les comptes rendus de ces réunions
- Le mécanisme de gestion des plaintes, EAS/HS

Les formats et modes de communication qui seront utilisés se présentent comme suit :

Cette section décrit les principes des méthodes qui pourraient être potentiellement utilisées pour l'engagement des parties prenantes dans le contexte du projet.

Les informations à communiquer aux différentes Parties Prenantes dans le cadre du Projet sont les suivantes :

- l'objectif des activités et sous-projets du projet et leurs zones d'intervention ;
- la durée du Projet;
- les impacts négatifs environnementaux et sociaux ainsi que les mesures de mitigations prévues
- les effets bénéfiques du projet ;
- le Mécanisme de Gestion des Plaintes (ses objectifs , les Comités de Gestion des Plaintes, le mode de saisie, le processus de traitement des Plaintes etc.)
- les ONG identifiés pour jouer le rôle de relais entre les communautés et le Projet
- l'engagement citoyen

- condition d'enrôlement à la CMU et fonctionnement
- critères de sélection des fournisseurs
- objectif et principes de la Réinstallation
- Dossiers d'Appel d'Offre
- Les principaux outils de communication et de sensibilisation qui seront utilisés dans le cadre du PSNDPE, sont présentés sous les formats et modes suivants ;

❖ **Les Assemblées avec les communautés**

Il s'agit en général d'audiences publiques formelles, présidées par l'autorité locale, sanctionnées par un compte rendu dûment rédigé et signé.

Ces réunions sont utiles, pour partager des informations générales sur une activité, lorsqu'on ne nécessite pas toujours la prise de parole de tout le monde. Dans ces cas, elles rassurent le public local sur le soutien que le projet a reçu des autorités ; elles sont appréciées comme un effort de transparence et de partage de l'information ; elles offrent l'opportunité de transmettre des informations à un grand nombre de personnes et complètent les petites réunions en rassurant le public local sur le fait que la communication échangée lors de petites réunions correspond à la communication « officielle ».

❖ **Les Focus Groupes**

Il s'agit d'une méthode très utile pour obtenir les opinions d'un groupe de personnes sur certaines questions spécifiques. Ces rencontres ciblent en général les personnes intéressées par les mêmes questions (par exemple, la compensation foncière ou l'assistance aux groupes vulnérables, aux populations ou à l'autonomisation des femmes). Ces groupes de discussion peuvent être établis par catégorie d'âge, par sexe, par type d'activité, etc. Des affiches et des messages dans les radios communautaires seront utilisées pour mobiliser les parties prenantes tout au long du projet, par exemple pour communiquer avec des groupes tels que les hommes, les femmes, les jeunes, les enfants pour une meilleure circulation de l'information et une opportunité pour eux de s'exprimer.

En organisant des groupes de discussion, il est important de s'assurer (i) que toutes les opinions divergentes sont exprimées ; (ii) la discussion est centrée sur la question à discuter ; et (iii) conclure avec des propositions concrètes et les prochaines étapes s'il y a lieu.

❖ **Les FRANCS**

Plusieurs thématiques du projet, comme celles liées à la nutrition et au développement de la petite enfance sont diffusées et discutées dans les FRANCS.

En effet, les FRANCS seront capitalisés pour les aspects sociaux et sanitaires notamment la participation et l'engagement communautaire.

Ces foyers institués au niveau communautaire permettent de regrouper des groupements de femmes, d'hommes ou de jeunes organisés dans le cadre des activités de nutrition et de DPE. Ils auront à se réunir périodiquement pour discuter des problèmes auxquels ils seront confrontés dans leur vie quotidienne, pour prendre des décisions, passer à l'action afin de les résoudre et les capitaliser leurs actions dans la mise en œuvre des activités du Projet.

❖ **Les Entretiens individuels**

Cette approche cible en particulier les autorités locales, les élus locaux, les chefs coutumiers, les leaders d'opinion, etc. Cette méthode est un excellent moyen d'implication de ces acteurs.

❖ **Les Médias de masse**

Les médias de masse (journaux, radios, télévisions, sites web) offrent des possibilités de diffusion de l'information sur une large échelle, à travers des communiqués de presse ; des reportages sur le projet ; des campagnes de lancement, des entrevues avec la direction du Projet ; des visites de sites organisées ; etc.

❖ **Forums et ateliers**

La tenue de forums et des ateliers rassemblant diverses parties prenantes est un outil permettant de partager des informations sur le projet, établir un consensus et favoriser l'engagement des différents acteurs concernés. Des ateliers thématiques peuvent être organisés autour d'un sujet spécifique où les parties prenantes concernées aux niveaux local et national sont impliquées.

❖ **Brochures et dépliants**

Des brochures/ dépliants simplifiés qui présentent les informations sur le projet, le Mécanisme de consultation du projet; les contacts, etc., pourrait être éditée pour une large diffusion: Ces brochures/ dépliants seront actualisés de manière périodique durant la mise en œuvre du projet en intégrant les réalisations clés du projet, les activités à réaliser les événements importants (comme la participation du Projet à des salons, foires ou expositions); les actions sanitaires réalisées (réhabilitation, amélioration de la qualité des soins, etc.) ; les activités de responsabilité sociétale et d'engagement communautaire ou autres.

❖ **Gestion des feedbacks et partage d'information avec les parties prenantes**

Les suggestions, réclamations et autres contributions des parties prenantes seront recueillies dans un formulaire de feedback qui sera rempli durant les rencontres de consultation. En outre, les parties prenantes auront la possibilité d'envoyer leur feedback par email et courrier physique ou de manière interactive par téléphone, via les réseaux sociaux ou le site web du projet. Les feedbacks compilés par le personnel dédié du projet sont partagés avec le management du projet pour une prise en charge rapide.

❖ **Les bulletins d'information (Newsletter)**

Des bulletins d'information périodique seront préparés par le projet, Les différentes parties prenantes pourront s'abonner à ce bulletin de façon à les recevoir directement dans leur courriel. Ces bulletins donneront les grandes orientations des activités du projet pour la période visée et les résultats de la période précédente.

❖ **Site web du Projet (PSNDPE)**

Les informations sur le projet seront mises à la disposition du public sur le site Web du Projet. Ces informations seront régulièrement mises à jour avec de nouveaux messages informatifs, communiqués de presse, offres d'emploi, etc.

Tableau 7. Stratégie de diffusion de l'information dans le cadre du Projet

| N° | Informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier | Parties prenantes ciblées | Responsable |
|-------------------------|---|---|-----------------------------|---|--|
| PHASE DES ETUDES | | | | | |
| 1 | Objectifs, durée et parties prenantes | <p>Presse écrite nationale « fraternité matin », affiches, la radio et la télévision nationale (RTI) ;</p> <p>Brochures, dépliants, affiches, documents et rapports de synthèse ;</p> <p>Correspondance, les réunions officielles ;</p> <p>Visites de terrain,</p> <p>Consultation du public, entrevues,</p> <p>Diffusion sur site Internet Web du Projet, les médias sociaux. (facebook, whatsApp, etc.)</p> <p>Radios de proximité dans les localités cibles</p> <p>Entretien de groupe ou focus group)</p> | Au début du projet | <p>Autorités administratives et sanitaires</p> <p>Services Techniques</p> <p>Collectivités territoriales</p> <p>Entreprise privée, prestataires, etc.</p> <p>Communautés locales</p> <p>Organisation de la société civile</p> | <p>Unité de Coordination du PSNDPE</p> <p>Comité de pilotage</p> |
| 2 | Risques et impacts environnementaux et sociaux du projet sur les communautés, les | Réunions formelles et réunions publiques d'information, Diffusion sur site Internet Web du Projet, les médias sociaux | Du début à la fin du projet | Le Ministère de tutelle ; les ministères techniques, les services administratifs techniques déconcentrés, les | <p>Unité de Coordination du PSNDPE</p> <p>Maître d'ouvrage délégué</p> |

| N° | Informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier | Parties prenantes ciblées | Responsable |
|----|--|--|---|---|---------------------------------|
| | mesures d'atténuation et de bonification, notamment sur les personnes vulnérables | (facebook, whatsApp, etc.) les résultats des EIES/NIES, consultations publiques, Focus group spécifiques pour les groupes de femmes et de filles. | | collectivités territoriales, les ONG, les PAP, les médias etc. | |
| 3 | Divulgence du PEES du projet | Rendre publique le PEES par sa diffusion sur le site Internet du MSHP-CMU et de l'UGP PSNDPE, des ministères techniques concernés, des collectivités territoriales des brochures, affiches, Radios de proximité dans les localités cibles | Dès son approbation et avant la mise en œuvre du programme | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE |
| 4 | Divulgence des différents instruments CGES et son plan d'action EAS/HS, CR, PMPP, PGMO, PGDS, CPR, PAR du projet | Rendre publique le PEES par sa diffusion sur le site internet du MSHP-CMU et de l'UGP PSNDPE, des ministères techniques concernés, des collectivités territoriales des brochures, affiches, Radios de proximité dans les localités cibles | Dès après leur approbation et avant la mise en œuvre du programme | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE |
| 6 | Mécanisme de gestion des plaintes | Informé, expliquer le MGP à toutes les parties prenantes. | Dès après leur approbation et | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE |

| N° | Informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier | Parties prenantes ciblées | Responsable |
|----|--|--|------------------------|--|---|
| | | <p>Mettre en place les canaux de réception et définir les modes d'accès du MGP</p> <p>Création et fonctionnement des comités de gestion des plaintes pour assurer la gestion des plaintes et analyser la rétroaction qui en découle</p> | avant la mise en œuvre | | |
| 7 | Communication sur les risques EAS/HS (annexe au CGES) et signature des codes de conduite | <p>Expliquer le principe de VBG/EAS/HS à toutes les parties prenantes y compris les risques liés aux activités du projet, les comportements interdits aux travailleurs du projet l'obligation de signer le code de conduite par les travailleurs.</p> <p>Mettre en place un numéro de téléphone pour assurer la récolte des plaintes et les commentaires</p> | En permanence | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE |
| 8 | Procédures de réinstallation éventuelle des parties prenantes | <p>Information consultations des autorités compétentes en la matière ;</p> <p>Information et consultations publiques comprenant un renforcement des droits des personnes affectées et comment accéder au MGP en cas de non-</p> | En permanence | Le MSHP-CMU et les Ministères concernées Les autorités administratives, les services administratifs techniques, les collectivités l'Unité de Coordination du PSNDPE, les PTF, les populations, les | Unité de Coordination du PSNDPE Comité de pilotage des PAR |

| N° | Informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier | Parties prenantes ciblées | Responsable |
|--------------------------|---|---|-------------------------------|---|---------------------------------|
| | | respect ; réunions officielles sur les compensations/indemnisations | | entreprises, les ONG, les PAP, les médias | |
| PHASE DES TRAVAUX | | | | | |
| 1 | Durée des activités du projet (Enjeux environnementaux et sociaux ; mécanisme de gestion des plaintes ; mobilisation des parties prenantes, participation et implication des acteurs et des populations locales ; notifications et les comptes rendus de ces réunions) | Publication dans le quotidien gouvernemental et privé, Affichages publics, Diffusion à la radio nationale et de proximité, à la télévision nationale; Diffusion de brochures, dépliants, affiches, Publication de documents et rapports de synthèse non techniques ; Correspondance, les réunions officielles ; Site Web, les médias sociaux ; Radios communautaires ; Consultation du public (regroupement ou focus groupe) ; Sensibilisation et formation. | A toutes les phases du projet | Autorités administratives et sanitaires Services Administratifs et Techniques Collectivités territoriales Agences d'exécution Entreprise, prestataires, etc. Communautés locales ONG, Organisation de la société civile | Unité de Coordination du PSNDPE |

| N° | Informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier | Parties prenantes ciblées | Responsable |
|----|------------------------------------|--|----------------------------------|---|--|
| | | Affiches des procédures d'appel d'offres, documents et rapports de synthèse non techniques | | | |
| 2 | Procédures de réinstallation (PAR) | Information publiques ; vulgarisation des PAR ; consultations des PAP recensé concernant les types de compensation souhaité | Pendant la mise en œuvre des PAR | Le MSHP-CMU et les Ministères concernés Les autorités administratives, les services administratifs techniques, les collectivités l'Unité de Coordination du PSNDPE, les PTF, les populations, les entreprises, les ONG, les PAP, les médias | Unité de Coordination du PSNDPE Comité de gestion et d'exécution du PAR |
| 3 | Mécanisme de gestion des plaintes | Diffusion de l'information et explication du MGP à toutes les parties prenantes. Mettre en place les canaux de réception et définir les modes d'accès du MGP Création et fonctionnement des comités de gestion des plaintes pour assurer la gestion des plaintes et analyser la rétroaction qui en découle | Pendant la durée des travaux | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE Entreprises, Prestataires |
| 4 | Plan d'action EAS/HS | Information et formation sur les VBG/EAS/HS sur les sites de mise en œuvre des activités par | Pendant la durée des travaux | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE |

| N° | Informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier | Parties prenantes ciblées | Responsable |
|-----------------------------|---|---|------------------------------|---|--|
| | | <p>réunions formelles et réunions publiques d'information pour tout travailleur du projet.</p> <p>Sensibilisation communautaire continue sur les risques liés aux activités du projet, les comportements interdits aux travailleurs du projet, l'obligation de signer le code de conduite par les travailleurs.</p> | | | Entreprises, Prestataires |
| 5 | Gestion des déchets sanitaires ; des pestes et pesticides | Information et formation sur le plan et mode de gestion des déchets sanitaires ; des pestes et pesticides. | Pendant la durée des travaux | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE Entreprises, Prestataires |
| 6 | Gestion des accidents et incidents durant les travaux | Information et formation sur le plan QHSE sur les lieux de travail | Pendant la durée des travaux | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE Entreprises, Prestataires |
| 7 | Mesures spéciales d'accompagnement des personnes et groupes vulnérables | Consultations publiques, enquêtes, réunions spéciales, radios, brochures | Pendant la durée du projet | Personnes et groupes vulnérables identifiés | Unité de Coordination du PSNDPE |
| PHASE D'EXPLOITATION | | | | | |

| N° | Informations à communiquer | Méthodes proposées | Calendrier | Parties prenantes ciblées | Responsable |
|----|---|--|--|---|--|
| 1 | Mise en œuvre des mesures environnementales et sociales définies dans les EIES menées dans le cadre du projet | Information sur les impacts de la phase d'exploitation et sur les résultats des suivis et études effectués pendant la phase d'exploitation par réunions formelles et réunions publiques d'information, brochures, articles de journaux, etc. | En permanence durant la phase d'exploitation | Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | Unité de Coordination du PSNDPE Entreprises, Prestataires |

4.4. Stratégie proposée pour les consultations

Pour atteindre les objectifs visés par la consultation des parties prenantes du public, le Projet adoptera une démarche participative et inclusive qui sera articulé autour des méthodes suivantes :

- ✓ Entretiens semi-structurés avec les différents acteurs et organisations concernés ;
- ✓ Enquêtes, sondages et questionnaires ;
- ✓ Réunions publiques, ateliers ou groupes de discussion sur des sujets précis ;
- ✓ Rencontres collectives sous forme de focus group, notamment pour les groupes vulnérables et les groupes plus défavorisés dans le but de Leurs faciliter la communication de leurs préoccupations, intérêts, etc.
- ✓ Méthodes participatives ;
- ✓ Autres mécanismes traditionnels de consultation et de prise de décision.

Tableau 8. Stratégie proposée pour les consultations

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|--|---|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identification de la localisation/sites et caractéristiques techniques des sous-projets. | <ul style="list-style-type: none"> • Liste des sous-projets et des sites d'implantation. | <ul style="list-style-type: none"> • Entretiens semi-structurés • Focus group avec les différents acteurs et organisations concernés ; • Annonce médiatique nationale/locales (radio, presse écrite et audiovisuelle). | <ul style="list-style-type: none"> • Après l'identification des sous-projets. | <ul style="list-style-type: none"> • Autorités administratives et • Collectivités territoriales de la localité concernée, • Populations cibles • Les leaders religieux et communautaires, • ONG locales • Organisations communautaires de base • Société civile. | <ul style="list-style-type: none"> • Unité de Coordination du PSNDPE |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|---|--|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Sélection environnementale et sociale par le remplissage des formulaires et détermination du type d'instrument spécifique de sauvegarde (EIES, PAR, Audit social et environnemental). | <ul style="list-style-type: none"> Formulaire de screening. | <ul style="list-style-type: none"> Lettres d'informations Consultations des parties prenantes, Entretiens semi-structurés Focus group avec les différents acteurs et organisations concernés ; Annonce médiatique nationale/locales (radio, presse écrite et audiovisuelle). | <ul style="list-style-type: none"> Après réalisation du screening. | <ul style="list-style-type: none"> Autorités administratives et Collectivités territoriales de la localité concernée Populations cibles Groupes vulnérables Les leaders religieux et communautaires ONG locales Organisations communautaires de base Société civile. | <ul style="list-style-type: none"> Unité de Coordination du PSNDPE |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|---|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Approbation de la catégorisation. | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de recommandation sur la catégorisation environnementale des sous projets. | <ul style="list-style-type: none"> • Lettres d'informations • Annonce médiatique nationale/locales (radio, presse écrite et audiovisuelle) • Diffusion sur site internet, réseaux sociaux • Organisations d'ateliers de dissémination. | <ul style="list-style-type: none"> • Après approbation de la catégorisation environnementale. | <ul style="list-style-type: none"> • Autorités administratives et • Collectivités territoriales de la localité concernée, • Populations cibles, • Les leaders religieux et communautaires, • ONG locales, • OCB, • Société civile. | <ul style="list-style-type: none"> • Unité de Coordination du PSNDPE |
| <ul style="list-style-type: none"> • Préparation et approbation des TDR. | <ul style="list-style-type: none"> • Enjeux locaux et initiatives en matière de santé et développement de la petite enfance, • Enjeux relatifs aux probables activités de constructions, | <ul style="list-style-type: none"> • Lettres d'informations aux acteurs concernées • Organisations d'ateliers • Revue des documents et rapports | <ul style="list-style-type: none"> • Pendant la réalisation de l'étude. | <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les parties prenantes du PSNDPE | <ul style="list-style-type: none"> • Unité de Coordination du PSNDPE |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|---|---|--|---|--|---|
| | <p>réhabilitations et réinstallations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste des acteurs communautaires et acteurs institutionnels. • Liste des acteurs et groupes d'acteurs vulnérables identifiés | <ul style="list-style-type: none"> • Entretiens semi-structurés • Focus group avec les différents acteurs et organisations concernés ; • Groupe de discussion avec les services techniques. • Réalisation d'enquêtes | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Validation des instruments et documents de sauvegardes, environnementale et sociale et publication des documents. | <ul style="list-style-type: none"> • Obtention d'ANO • Rapport d'étude | <ul style="list-style-type: none"> • Diffusion médiatique nationale/locales (radio, presse écrite et audiovisuelle) • Publication sur le site internet du Ministère du tutelle et les Ministères | <ul style="list-style-type: none"> • Après validation et approbation du rapport par la partie prenante gouvernementale et de la Banque mondiale. | <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les parties prenantes du PSNDPE | <ul style="list-style-type: none"> • Unité de Coordination du PSNDPE |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|---|---|---|---|--|--|
| | | techniques concernés <ul style="list-style-type: none"> • Organisations d'ateliers de dissémination • Dépôt des rapports dans les bibliothèques des administrations et collectivités locales. | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intégration dans le dossier d'appel d'offres (DAO) du sous-projet de toutes les mesures sociales et environnementales de la phase des travaux contractualisables avec l'entreprise adjudicataire et | <ul style="list-style-type: none"> • Listes des clauses sociales et environnementales • DAO • Plan de gestion environnementale et sociale. | <ul style="list-style-type: none"> • Dépôt des documents dans les services administratifs et services techniques centraux et déconcentrés, collectivités territoriales concernées, • Traduction du PGES chantier dans les langues locales | <ul style="list-style-type: none"> • Avant le début des travaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Entreprises adjudicataires • Administration et services techniques centraux et déconcentrés • Collectivités territoriales. | <ul style="list-style-type: none"> • Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Suivi évaluation, Spécialiste en Passation de Marchés, Spécialiste en Sauvegarde environnementale, Spécialiste en Sauvegarde |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|--|--|--|---|---|---|
| approbation du PGES-chantier. | | | | | social, Expert VBG/EAS/H S). |
| <ul style="list-style-type: none"> Exécution/mise en œuvre des clauses environnementales et sociales. | <ul style="list-style-type: none"> Rapport de suivi de chantier Rapport d'inspection ou de contrôle. | <ul style="list-style-type: none"> Dépôt des documents dans les services administratifs et services techniques centraux et déconcentrés, collectivités territoriales concernées, Publication sur le site internet du Ministère concerné et la presse en ligne. | <ul style="list-style-type: none"> Pendant l'exécution des travaux. | <ul style="list-style-type: none"> Comité local de suivi environnemental et social Administration et services techniques centraux et déconcentrés Collectivités territoriales Agences d'exécution ONG locales Société civile. | <ul style="list-style-type: none"> Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Sauvegarde environnementale, Spécialiste en Sauvegarde social, Expert VBG/EAS/H S) Spécialiste en Suivi évaluation). |
| <ul style="list-style-type: none"> Surveillance interne de la mise en œuvre des mesures sociales et environnementales | <ul style="list-style-type: none"> Rapport interne de surveillance. | <ul style="list-style-type: none"> Dépôt des documents dans les services administratifs et services techniques centraux et | <ul style="list-style-type: none"> Pendant l'exécution des travaux des sous-projets. | <ul style="list-style-type: none"> Comité local de suivi environnemental et social | <ul style="list-style-type: none"> Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Sauvegarde |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|---|--|---|---|---|---|
| es et diffusion du rapport. | | déconcentrés, collectivités territoriales concernées. | | <ul style="list-style-type: none"> • Administration et services techniques centraux et déconcentrés • Collectivités territoriales • Agences d'exécution • ONG locales. | environneme ntale, Spécialiste en Sauvegarde social, Expert VBG/EAS/H S <ul style="list-style-type: none"> • Spécialiste en Suivi évaluation). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance externe de la mise en œuvre des mesures sociales et environnementales et diffusion du rapport. | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de surveillance externe. | <ul style="list-style-type: none"> • Dépôt des documents dans les services administratifs et services techniques centraux et déconcentrés, collectivités territoriales concernées. | <ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'exécution des travaux | <ul style="list-style-type: none"> • Comité local de suivi environnemental et social • Administration et services techniques centraux et déconcentrés • Collectivités territoriales • Agences d'exécution | <ul style="list-style-type: none"> • Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Sauvegarde environnementale, Spécialiste en Sauvegarde social, Expert VBG/EAS/H S |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|---|--|--|--|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • ONG locales. | <ul style="list-style-type: none"> • Spécialiste en Suivi évaluation). |
| <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des acteurs dans la mise en œuvre des mesures de sauvegardes sociales. | <ul style="list-style-type: none"> • Besoins de formation • Critères de sélection des candidats • Rapport de formation. | <ul style="list-style-type: none"> • Dépôt des offres, programme et des rapports de formation dans les services administratifs et services techniques centraux et déconcentrés, collectivités territoriales concernées. • Diffusion médiatique et presse en ligne des thèmes de formation, les critères de participation et des programmes de formation. | <ul style="list-style-type: none"> • Avant et après les séances de formation. | <ul style="list-style-type: none"> • Comité local de suivi environnemental et social • Administration et services techniques centraux et déconcentrés • Collectivités territoriales • ONG locales. • Organisations communautaires de base • Agences d'exécution | <ul style="list-style-type: none"> • Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Sauvegarde environnementale, Spécialiste en Sauvegarde social, Expert VBG/EAS/H S • Spécialiste en Suivi évaluation). |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|--|---|---|---|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Partenaires Techniques et Financiers. | |
| <ul style="list-style-type: none"> Audit de mise en œuvre des mesures de sauvegardes. | <ul style="list-style-type: none"> Rapport d'audit. | <ul style="list-style-type: none"> Publication sur le site internet du Ministère de tutelle et des Ministères techniques concernés Dépôt des documents dans les bibliothèques des services administratifs et services techniques centraux et déconcentrés, collectivités territoriales concernées. | <ul style="list-style-type: none"> A la fin de la réalisation du sous-projet. | <ul style="list-style-type: none"> Administration et services techniques centraux et déconcentrés Collectivités territoriales ONG locales Banque mondiale. | <ul style="list-style-type: none"> Unité de Coordination du PSNDPE |
| <ul style="list-style-type: none"> Exploitation | <ul style="list-style-type: none"> Mesures d'entretien et gestion des ouvrages | <ul style="list-style-type: none"> Suivi régulier des infrastructures construites ; radio | <ul style="list-style-type: none"> Périodiquement après la mise en exploitation des ouvrages | <ul style="list-style-type: none"> Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées) | <ul style="list-style-type: none"> Unité de Coordination du PSNDPE |

| Stades du projet | Sujet de la Consultation/Message | Méthodes proposées | Période | Parties prenantes | Responsabilité |
|-------------------------|---|---------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|
| | | | | | |

4.5. Stratégie proposée pour la prise en compte des points de vue des groupes vulnérables

Les groupes vulnérables représentent une catégorie de la population qui présente des caractéristiques spécifiques qui l'exposent à des risques d'exclusion sociale, qui sont susceptibles d'accentuer la pauvreté dans leur communauté d'appartenance.

Pour garantir la prise en compte effective des points de vue des groupes vulnérables, les stratégies suivantes seront mises en œuvre pour éliminer les obstacles à leur participation :

- ✓ Rencontres par catégories dans les groupes vulnérables, en tenant compte du genre (sexe, âge, état et nature des handicaps ; etc.)
- ✓ Fourniture de services de traduction dans les langues parlées dans la zone du projet ;
- ✓ Utilisation du langage des signes, de gros caractères, de l'écriture Braille ;
- ✓ Choix de lieux accessibles pour les rassemblements ;
- ✓ Tenue de réunions ciblées et de taille réduite durant lesquelles les parties prenantes vulnérables se sentiraient à l'aise pour poser leurs questions ou formuler leurs préoccupations.

Dans chacune des localités concernées par le projet, des organisations non gouvernementales (ONG) existent et sont dans la défense des intérêts des groupes vulnérables. Ces ONG seront mises à contribution pour identifier cette cible et organiser les séances d'information, de sensibilisation et de collecte de leurs perceptions et requêtes. Les solutions aux problèmes identifiés et recueillis seront analysées et leur seront communiquées suivant le même canal.

4.6.Examen des commentaires

Le spécialiste en environnement et le spécialiste en sauvegarde sociale social et l'expert VBG chargeront de l'examen régulier des commentaires provenant des parties prenantes au projet sur une base mensuelle. En plus des dispositions prises au niveau du PSNDPE, le projet va recruter au niveau local des ONG d'intermédiation sociale compétente. Ces ONG seront chargées de recueillir les commentaires et les avis, de les transmettre au PSNDPE qui les traitera en s'associant des compétences nécessaires et à revenir vers les parties prenantes pour leur rendre compte de la décision finale et de la façon dont les commentaires ont été pris en compte par l'intermédiaire de l'ONG d'intermédiation.

4.7.Phases ultérieures du projet

Conformément à la NES 10, le Projet expliquera aux populations bénéficiaires et affectées qu'elles seront tenues régulièrement informées de l'évolution du projet, par voie de rapports sur sa performance environnementale et sociale, ainsi que sur la mise en œuvre du Plan de mobilisation des parties prenantes et du mécanisme de gestion des plaintes. Pour cela, le Projet produira, au

moins une fois par an, des rapports à l'intention des parties prenantes. La production de ces rapports sera plus fréquente durant les périodes particulièrement actives, lorsque les effets sur les populations, notamment les groupes vulnérables, sont plus intenses ou lors du passage d'une phase à la suivante (par exemple, des rapports trimestriels durant la phase de construction, et ensuite, des rapports annuels durant la phase de mise en œuvre).

V. RESSOURCES ET RESPONSABILITES POUR METTRE EN ŒUVRE LES ACTIVITES DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

5.1.Ressources

Le Projet mobilisera les ressources financières nécessaires et suffisantes qui seront consacrées exclusivement à la gestion et à la mise en œuvre du Plan de mobilisation des parties prenantes, au renforcement des capacités, au Développement du plan et supports de communication, de la Mise en œuvre de la communication, à l'Accessibilité, à la Gestion des griefs, à la Gestion des feedbacks et au Suivi – évaluation du PMPP.

Les Spécialistes en Sauvegardes Environnementales (SSE), le Spécialiste en Sauvegarde Sociale (SSS) et le Consultant en Violence Basées sur les Genres (CVBG) du Projet seront chargés de la mise en œuvre du PMPP, sous la supervision du Coordonnateur du Projet.

Le budget de mise œuvre du PMPP s'élève à huit cent quatre-vingt-dix million (890 000 000) F CFA soit un million sept cent quatre-vingt mille (1 780 000) dollars US.

Il se présente comme suit :

Tableau 9. Budget de mise en œuvre du PMPP

| Activités | Unités | Quantités | Coût unitaire | Coût total | Chronogramme | | | |
|--|-----------------|-----------|---------------|--------------------|--------------|----|----|----|
| | | | | | A1 | A2 | A3 | A4 |
| Ateliers de divulgation et d'appropriation du PMPP | Pole sanitaires | 10 | 10 000 000 | 100 000 000 | | | | |
| Elaboration du Plan de Communication et confection des supports | Forfait | 01 | 50 000 000 | 50 000 000 | | | | |
| Mise en œuvre du plan de communication (campagnes d'information et de sensibilisation des Parties Prenantes sur le Projet) | Forfait | 01 | 150 000 000 | 150 000 000 | | | | |
| Réunion de consultation des Parties Prenantes | Pole sanitaires | 10 | 15 000 000 | 150 000 000 | | | | |
| Opérationnalisation du Mécanisme de Gestion des Plaintes (développement des outils, mise en place des comités, formations, dématérialisation, etc.) | Année | 04 | 100 000 000 | 400 000 000 | | | | |
| Suivi et évaluation | Année | 04 | 10 000 000 | 40 000 000 | | | | |
| TOTAL | | | | 890 000 000 | | | | |

Le Projet transmettra les coordonnées des personnes chargées de répondre aux commentaires ou aux questions sur le projet ou sur le processus de consultation, à savoir leur numéro de téléphone, adresse, courriel et fonction.

5.2.Fonctions de gestion et responsabilités

Les activités de mobilisation des parties prenantes prennent en compte les dispositions de la composante 3.3 et seront incorporées dans la mise en œuvre du Projet. Il se fera à travers le Plan de communication et les Plans de Travail Annuel Budgétisé (PTAB) du Projet

Le Spécialiste en Sauvegardes Environnementales (SSE), le Spécialiste de Sauvegarde Sociale (SSS) et le Consultant en Violence Basées sur les Genres (CVBG) du Projet seront chargés de la mise en œuvre du PMPP et de la conduite de chacune des activités de mobilisation des parties prenantes. Ils seront appuyés par le Responsable Administratif et Financier du Projet, le Responsable Passation des Marchés (RPM) et le Responsable Suivi-Evaluation (RSE).

Le Coordonnateur du Projet aura un rôle majeur de coordination et de supervision dans la mise en œuvre du PMPP. A cet effet, le processus sera enregistré, suivi et géré (par exemple, à travers la mise en place d'une base de données des parties prenantes au niveau national et local).

Au niveau local, les Agences d'exécution locale par exemple et les ONG locales vont aider dans la sensibilisation et même le suivi des activités du projet.

Par ailleurs, ce dispositif sera renforcé par :

- ✓ La mise en place d'une plateforme (site Web interactif, page Facebook, page Twitter) qui servira de moyen d'accéder à toutes les informations : articles, passation de marché, annonces, rapports finaux et documents relatifs au Projet. Tandis que les réseaux sociaux permettront de diffuser des informations complémentaires.
- ✓ La création d'adresses email et postale et d'un numéro de téléphone, dédiés aux plaintes.

Les activités d'engagement des parties prenantes seront documentées dans des rapports d'avancement trimestriels, à partager avec la Banque mondiale.

VI. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES

6.1.Objectifs

Les objectifs globaux de ce MGP sont, d'une part, de favoriser le dialogue et l'engagement des parties prenantes dans la mise en œuvre du Projet, de contribuer de façon efficace à réduire ou gérer les risques sociaux qui découleront de la mise en œuvre de ses activités, et d'autre part, de traiter de manière juste et digne, les personnes qui en sont affectées et de faciliter l'insertion harmonieuse du Projet dans son milieu d'accueil.

De manière spécifique, ce mécanisme vise à :

- ✓ Favoriser le recours aux procédés non judiciaires pour les questions liées au projet ;
- ✓ Informer les personnes et les groupes affectés ou autres parties prenantes de leurs droits de communiquer leurs préoccupations aux représentants du Projet ;

- ✓ Encourager la libre expression des requêtes, griefs, des réclamations, des problèmes et des préoccupations se rapportant aux activités du Projet par les communautés et les personnes affectées ;
- ✓ Mettre à la disposition des individus et des communautés un dispositif accessible et culturellement acceptable pour leur permettre d'exprimer leurs préoccupations de manière transparente ;
- ✓ Traiter de manière efficace, juste, impartiale et transparente les requêtes et plaintes des personnes affectées par le Projet ;
- ✓ Contribuer à instaurer et à améliorer sur la durée une relation de confiance et de respect mutuel avec les parties prenantes.

6.2. Etapes de la gestion des plaintes

Les différentes étapes ci-dessous sont systématiques et obligatoires dans la gestion des plaintes. Elles décrivent de manière impérative l'itinéraire que doit suivre la plainte pendant son traitement. Ce processus ne restera toutefois pas statique ; il est appelé à s'enrichir et à se remodeler pour répondre de manière appropriée aux préoccupations des plaignants.

6.2.1. Qui peut porter plainte ?

Toute Personne Affectée par le Projet (PAP) dont la plainte vise la mise en œuvre des activités, les aspects de la sauvegarde environnementale et sociale, la gestion administrative et financière du Projet, etc. Elle peut déposer une plainte à travers les canaux et auprès des organes prévus à cet effet.

6.2.2. Comment déposer une plainte ?

Afin de rendre accessible, efficace et efficient le présent MGP, les plaintes peuvent être formulées par écrit ou oralement par les canaux suivants :

- ✓ Renseignement de formulaire au comité courriel ;
- ✓ Courrier physique, (boîte à suggestion, boîte postale, dépôt physique par une tiers personne) ;
- ✓ Réseaux sociaux ;
- ✓ Appel téléphonique ;
- ✓ SMS ;
- ✓ Personne interposée ;
- ✓ Directement dans les locaux des instances de règlement.

Les plaintes peuvent-être formulées dans toutes les langues locales de la zone d'intervention du Projet. Elles peuvent se faire en français. Les plaintes reçues dans une langue autre que la

soixantaine de langues locales parlée que compte le pays, provenant des PAP, seront également prises en considération.

6.2.3. Où déposer une plainte ?

Quel que soit le mode de saisine du MGP, les plaintes seront reçues par les acteurs ou les institutions suivantes :

- ✓ Les Comités de Gestion des Plaintes ;
- ✓ Les points-focaux ;
- ✓ L'UCPS-BM ;
- ✓ UGP du PMNDPE

Comités de Gestion des Plaintes (CGP)

Les CGP locaux et départementaux seront installés dans tous les villages ciblés par les activités du Programme, aux niveaux des Centres de Santé Ruraux (CSR) et des Districts sanitaires. Ils disposeront de points focaux qui seront chargés de collecter et procéder à un tri des plaintes selon les critères de recevabilité. Ils auront pour rôle d'accueillir de manière permanente les plaignants.

Des permanences seront alors planifiées en accord avec les membres de chaque CGP et les populations, en accordant une attention particulière aux personnes vulnérables y compris les personnes en situation de handicap. Des visites régulières seront effectuées par les points focaux auprès des PAP.

Précisément, les membres des CGP auront pour tâches de recueillir les impressions, les préoccupations, les opinions des populations en lien avec le Projet et susceptibles de créer des situations conflictuelles, ainsi que les requêtes et plaintes orales formelles ou informelles. Ils devront prendre soin de collecter les coordonnées des personnes ne désirant pas emprunter la voie du processus établi.

Par ailleurs, des boîtes à suggestions seront installées de manière permanente pour les individus qui souhaitent garder l'anonymat ou qui n'auront pas pu rencontrer un point focal.

Points-focaux de gestion des plaintes

Les Points-Focaux de Gestion des Plaintes (PFGP), désignés par les membres des CGP, sont des acteurs qui sont chargés de recevoir et enregistrer les plaintes dans chaque comité. Ils ont pour mission de promouvoir l'extension du MGP dans leurs aires sanitaires respectives

Ils ont également pour tâches de :

- ✓ Faire l'état des plaintes reçus et traitées de leur comité de rattachement ;

- ✓ Transmettre sous la supervision du Directeur Départemental de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle le rapport mensuel des plaintes à l'UCP.

Equipe de la Sauvegarde Environnementale et Sociale de l'Unité de Coordination du Projet

L'équipe des Spécialistes Sauvegarde Sociales et Environnementales (SSES) est chargée de la collecte de certaines requêtes et plaintes émises par le personnel du Projet, des agences d'exécution, des prestataires ainsi que leurs sous-traitants, les propriétaires des concessions voisines au locaux de l'UCP ainsi que celles des usagers de ses locaux.

Canaux d'information et de communication de collecte de plaintes

En plus des canaux existants, il sera mis à la disposition des plaignant (e)s, des liens et des adresses pour formuler de manière continue leur plainte en ligne à partir du site internet du Projet ainsi que des lignes vertes dont l'accès est gratuit telles que les numéros 1308, 143, 101 et 125.

Ces autres moyens de recueil de plaintes bénéficieront des mêmes traitements que les plaintes directement reçues par les CGP.

6.2.4. Comment recevoir et enregistrer une plainte ?

En recevant le/la plaignant-(e), le point focal chargé de la réception se présente avant de lui expliquer le fonctionnement du MGP notamment l'existence des instances de traitement et de résolution des plaintes qu'il peut saisir en cas de besoin, ainsi que les différentes étapes du processus de réception et de l'enregistrement de la plainte.

Aussi, s'assure-t-il de :

- a) Accueillir le (la) plaignant (e) ;
- b) Écouter le (la) plaignant (e) sans l'interrompre dans son récit ;
- c) L'identifier et l'appeler (dans la mesure du possible) par son nom pour faciliter davantage les échanges ;
- d) Démontrer de l'empathie (que ce soit au téléphone ou en personne) tout en gardant sa neutralité et en restant professionnel ;
- e) Lui résumer, si nécessaire, la situation afin de valider sa compréhension du problème ;
- f) Rassurer le (la) plaignant (e) du caractère confidentiel du processus ;
- g) S'enquérir des attentes du / de la- plaignant (e) tout en lui expliquant les limites du mandat de l'UCP Santé-BM en matière de gestion des plaintes.

Un registre et des formulaires de réception des plaintes seront renseignés selon les cas :

- Au niveau du centre de santé en milieu rural ;
- Au niveau des districts sanitaires ;
- Au niveau de la coordination du Projet.

Les informations suivantes doivent être enregistrées :

- (i) Le numéro d'identification de la plainte ;
- (ii) La localité d'émission ;
- (iii) La description de la plainte ;
- (iv) Le contact du /de la plaignant (e) ;
- (v) La date de réception de la plainte ;
- (vi) La catégorie de la plainte ;
- (vii) La date prévue pour la résolution et les éventuels commentaires.

La finalité de ces informations enregistrées vise à avoir des supports physiques manuscrits qui, seront tous (admissibles ou pas) enregistrés et sauvegardés dans la base de données du Projet afin de les analyser ultérieurement.

Respect de la Confidentialité

Dans le cadre de la gestion des plaintes relatives à la mise en œuvre du Projet, la confidentialité des données et informations recueillies au cours de l'enregistrement d'une plainte sera garantie. En effet les membres des Comités de Gestion des Plaintes seront formés, ensuite les fiches et les données resteront anonymes et conservées dans des armoires fermées et accessibles à un nombre réduit. Ces informations ne peuvent être utilisées que pour trouver une solution à la plainte ou la doléance exprimée. Elles ne peuvent être partagées à des tiers qu'avec l'autorisation du/de la plaignant (e).

6.2.5. Comment déterminer la validité d'une plainte ?

✚ Analyse préliminaire de la plainte

Après réception de la plainte, une évaluation préliminaire sera effectuée pour déterminer les plaintes, revendications, requêtes, malentendus ou réclamations factuelles ou perçues comme telles en lien direct ou indirect avec le Projet.

Cette étape permettra de :

- Déterminer si les faits allégués relèvent de la mission ou du mandat de l'UCP Santé-BM ;
- Décider de son admissibilité et de sa recevabilité ;
- Prendre en compte la plainte dans la procédure de traitement.

Il s'agit ici d'un premier niveau de tri permettant de déterminer l'admissibilité et la recevabilité de la plainte.

✚ Critères de validité de la plainte

Une plainte est recevable si elle est consécutive à :

- ✓ Un fait lié à la mise en œuvre des activités du Projet ;

- ✓ L'agissement d'un employé sur les sites ou dans l'exercice d'une fonction en lien avec le Projet ;
- ✓ Un impact direct ou indirect négatif induit par les activités du Projet ;
- ✓ Au non-respect du code de conduite du Projet par un employé ;
- ✓ Au non-respect d'un engagement pris dans le cadre du Projet ;
- ✓ Aux dommages causés par la mise en œuvre du Projet.

Par contre, les plaintes « **non admissibles** » sont celles dont l'objet n'a aucun lien avec le Projet ou ses impacts, ou celles qui sont hors de son mandat.

Une enquête permettra de déterminer si celles-ci sont fondées ou non.

Si la plainte n'est pas admissible, les raisons doivent être expliquées au plaignant. Cette information doit lui être communiquée le plus tôt possible et au plus tard dans un délai de 24 heures.

Dans la mesure du possible, des orientations seront données au plaignant sur les voies de recours et les démarches plus indiquées pour sa requête ou sa plainte.

La plainte est « **admissible** » lorsqu'elle se rapporte directement aux engagements, aux activités, aux impacts, ainsi qu'à la responsabilité et au mandat du projet.

Dans ce cas, on parle de « recevabilité de la plainte ». Cette recevabilité tiendra compte des critères décrits ci-dessus. Si la plainte est admissible, le chargé de la gestion de la plainte doit préparer les éléments techniques pour établir son caractère fondé ou non et faire par la suite l'analyse de celle-ci (plainte) afin d'identifier le problème posé et les instances de traitement adéquates pour la résolution de la plainte.

Investigation ou enquête

Une investigation sera menée dans un délai maximum de dix (10) jours après réception d'une plainte ou d'une requête admissible si elle s'avère nécessaire. Cependant une possibilité de rallonge de cinq (05) jours peut être décidée à la majorité des 1/3 des membres de l'instance en charge du règlement de la plainte. Le but de cette investigation est de vérifier le bien-fondé et de déterminer le niveau de gravité de la plainte dans l'optique de la catégoriser.

L'enquête permettra de rassembler les éléments nécessaires afin d'apporter la réponse adéquate au (à la) plaignant (e).

Au cours de l'enquête, il réunira les différentes parties prenantes à l'enquête sur le lieu du contentieux afin d'examiner la plainte.

Pour le faire, les questions suivantes pourraient être posées afin de cerner le problème :

- ✓ Qui ? pour identifier les personnes impliquées dans la plainte.
- ✓ Quoi ? pour déterminer le fait
- ✓ Quand ? pour avoir le temps, la durée des faits dénoncés.
- ✓ Où ? pour situer le lieu de perpétration du fait.

- ✓ Comment ? la manière dont le fait s'est déroulé.
- ✓ Pourquoi ? pour avoir les motifs et les raisons qui ont occasionnés ces actes

L'objet de cette investigation n'est pas de résoudre la plainte mais de préparer les éléments factuels pour présenter, le cas échéant, le dossier au Comité de Gestion de Plaintes.

Le mode de collecte d'informations en vue d'une triangulation peut se faire :

- ✓ Principalement à partir du téléphone ;
- ✓ En effectuant au besoin des visites de constatation ;

En consultant toute autre partie impliquée pour effectuer une analyse objective des circonstances de la situation.

6.2.6. Comment catégoriser une plainte en vue de la traiter ?

Cette étape consiste à identifier et catégoriser la plainte en tenant compte de son incidence et des impacts possibles sur le Projet et sur la communauté et le (la) plaignant(e).

Il sera question ici de faire une classification de la plainte en se référant à son contenu.

- Tableau 1: Indicateurs de la gravité d'une plainte

| Niveau de gravité | Contenus probables des plaintes et impacts possibles |
|-------------------|---|
| Majeure | <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menace sur la vie et maladies (VIH, cancer, maladies respiratoires...); - Fatalité ou potentiels décès multiples, handicap permanent, etc. ; - Effets irréversibles (blessure psychologique et physique suite à un abus, harcèlement sexuel ou à une violence) ; - Blessures graves avec possibilité de décès à la suite des blessures ; - Effets réversibles sur la santé (insolation sévères, hépatites A & B, tuberculose...); - Blessures multiples impliquant une hospitalisation supérieure à un jour. <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impact sévère localisé ou étendu (contamination des nappes phréatiques) ; - Contamination hors site, impact localisé (fuite, non-conformité) ; - Contamination sur site à laquelle on ne peut immédiatement remédier ; - Pollution sur site à laquelle il a été immédiatement et intégralement remédié. <p>Communautés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposition nationale et/ou internationale dans les médias ; - Mise en danger des communautés ; - Dommages irréparables dans une zone ayant une signification pour la communauté ; - Exposition régionale à l'échelle du Gouvernorat, de la région dans les médias ; - Impacts sur la crédibilité envers les communautés riveraines, le gouvernement local ; - Destruction des biens matériels de la communauté ; - Préjudices économiques ; - Plaintes répétées de la communauté ; - Exposition publique dans les médias locaux. |
| Moyenne | <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effets réversibles (coups de soleil, stress lié au travail, irritation modérée des yeux/voies respiratoires...) - Blessure nécessitant un traitement médical inférieur à une journée d'hospitalisation ou de jour/homme. <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incident isolé ou répété sur site causant des dommages mineurs et facilement réparables. <p>Communautés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plainte de la communauté nécessitant une réponse apportée par le management. |

| Niveau de gravité | Contenus probables des plaintes et impacts possibles |
|-------------------|---|
| Mineure | <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effets réversibles peu préoccupants (irritation légère des yeux, de la peau, du nez...) - Inconfort musculaire, maux de têtes légers... <p>Sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blessure mineure traitable avec un kit de premiers soins sans impliquer la perte de jour/homme. <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incident isolé sur site, causant peu ou pas de dommage, résolution facile. <p>Communauté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plainte à résolution rapide avec le personnel sur site. |

6.2.7. Comment délivrer l'accusé de réception ?

Quel que soit le mode de transmission de la plainte (courrier, verbal, appel téléphonique, SMS, plainte directe, réseaux sociaux, etc.), le PFGP, après avoir procédé à l'enregistrement, doit délivrer au (à la) plaignant (e), un accusé de réception.

L'accusé de réception reprendra (i) les principales informations sur le (la) plaignant(e) (adresse, numéro de contact, localité d'origine, etc.), (ii) le motif de la plainte, (iii) la date de dépôt, (iv) un contact au niveau du CGP pour le suivi de la plainte.

Lors de l'enregistrement de chaque plainte, une catégorisation de celle-ci doit être effectuée selon les critères suivants :

- ✓ Identifier s'il s'agit d'une réclamation, d'une requête, d'une doléance, d'une plainte...
- ✓ Identifier le motif de la plainte (accident sur un chantier, VBG y compris AES/HS, etc.) ;
- ✓ Identifier le niveau de risque de la plainte : mineur, moyen, majeur, (voir tableau ci-dessous).

Cette action doit être réalisée dès le renseignement du formulaire de plainte.

6.2.8. Comment traiter une plainte ?

Traitement des plaintes

Le traitement d'une plainte doit se faire en présence des parties impliquées. Toutes les conditions doivent être réunies pour une résolution diligente, transparente et équitable de la plainte, et des délais de réponse devront être précisés aux plaignants. Au cours de cette période, les plaintes seront évaluées sur la base des faits et par la suite, les actions adéquates pour la résolution de la plainte seront enclenchées.

Proposition de réponse de résolution au plaignant, recherche d'un accord et mise en œuvre de la résolution de la plainte

La résolution peut être prise en charge à travers différents mécanismes de traitement des plaintes. Cependant, le règlement à l'amiable est privilégié à tous les niveaux : (i) au niveau local (ii) au niveau départemental (iii) au niveau régional (iv) au niveau national.

6.3.Composition et fonctionnement des Comités de Gestion des Plaintes

La procédure de résolution fait appel à un dispositif systémique qui implique des organes sous la forme pyramidale qui part de l'unité de base constituée par le village (comité villageois) à un sommet qui est le niveau national (comité national) en passant par le Comité Sous-préfectoral et le Comité Départemental (District sanitaire) .

En effet, les différents organes à chaque niveau fonctionnent de manière interdépendante et en lien hiérarchique.

Dans sa dynamique organisationnelle, le niveau supérieur constitue l'étape de recours des décisions rendues par l'instance immédiatement inférieure ayant résolu la plainte.

Cependant, Les plaintes peuvent être directement reçues à chaque niveau. Après la réception de la plainte par l'un des comités de ces différentes instances saisi ; elle sera systématiquement transmise à l'instance de référence pour son traitement selon les étapes de la procédure du MGP.

a) Au niveau local (la localité bénéficiaire du projet)

Le Comité Local de Gestion des Plaintes (CLGP) est présidé par le Chef de village. Il est composé du chef du village, du Président des jeunes, de l'infirmier du village ou de la sage-femme, de la Présidente du groupement des femmes, d'un agent de Santé Communautaire (ASC), d'un représentant des guides religieux chrétiens et d'un représentant des guides religieux musulmans. Ce Comité sera chargé de recevoir et de résoudre les plaintes d'une manière équitable, objective, responsable, efficace et rapide dans toutes les phases du cycle de vie du projet. Au titre de son fonctionnement, le comité se réunit dès sa saisine. Il entend le/les plaignant/s et les met en cause. Il délibère et rend sa décision qui est notifiée au plaignant. En cas de satisfaction du plaignant, le dossier est clos et archivé. Dans le cas contraire, le comité réfère le plaignant au niveau sous-préfectoral.

b) Au niveau sous-préfectoral

C'est-à-dire dans la sous-préfecture où s'exécutent les activités, le Comité Sous-préfectoral de Gestion des plaintes (CSGP), qui sera présidé par le Sous-préfet est composé du Sous-préfet, du chef du village ou de quartier concerné par la plainte, d'une Représentante des associations des femmes, d'un Représentant de l'entreprise concernée, de l'infirmier ou le médecin, d'un Représentant d'une ONG locale, d'un Représentant du COGES, d'un représentant des guides religieux chrétiens et d'un représentant des guides religieux musulmans. Le CSGP sera également chargé de recevoir et de résoudre les plaintes d'une manière équitable, objective, responsable, efficace et rapide dans toutes les phases du cycle de vie du projet au niveau sous-préfectoral. Il sera aussi chargé de traiter des plaintes qui n'ont pu être résolues au niveau local et qui leur sont

transmises. Le CSGP se réunit et délibère conformément à l'échéancier du traitement présenté dans la section périodicité.

c) Au niveau départemental

Des points focaux seront désignés. Ils seront des représentants d'ONG locale et seront chargés de recevoir et de résoudre des plaintes provenant de leur zone d'intervention. Ils pourront apporter leur appui dans la résolution des plaintes au niveau sous préfectoral.

d) Au niveau national

Il y a le Comité National de Gestion des Plaintes (CNGP) présidé par le Coordonnateur de l'UCP. Il est composé du Coordonnateur de l'UCP, du Spécialistes en Sauvegarde sociale (Secrétaire), du Responsable de l'entreprise mise en cause le cas échéant, du Secrétaire Général du département concerné par la plainte, du Directeur Départemental de la Santé de la localité concernée, du Spécialistes en Sauvegarde Environnementale, de l'Expert VBG/EAS/HS et du Responsable administratif et financier. Le CNGP est l'instance de dernier recours chargée de traiter toutes les plaintes qui n'ont pu être résolues au niveau des autres Comités et qui leur sont transmises.

Toute plainte est traitée par les comités de gestion des plaintes en présence des parties impliquées. Les responsables des sauvegardes au sein du Projet sont informés de la façon dont la plainte est gérée à travers un Procès-Verbal (PV).

Il s'agit de la responsabilité qu'ont les instances saisies pour le règlement de la plainte, de communiquer la réponse proposée par écrit ou par tout autre moyen, dans un langage compréhensible pour le (la) plaignant(e).

A l'issue de la délibération, le CGP statue sur la réponse à apporter au (à la) plaignant(e).

Le (la) plaignant (e) peut être convié(e) à des réunions pour examiner et revoir le cas échéant l'approche initiale.

La réponse doit inclure une explication claire et permettre la possibilité de recours en cas de non satisfaction du plaignant. Il peut si nécessaire faire recours à une autre instance de règlement en se conformant à la logique hiérarchie des différentes instances.

En cas d'accord obtenu entre le (la) plaignant (e) et les acteurs en charge de la gestion des plaintes, la réponse doit être exécutée et diffusée aux différents membres de l'instance de résolution notamment le Corps préfectoral, les Directeurs régionaux et départementaux de l'aire sanitaire concernée, les autorités villageoises, les autres parties prenantes, etc.) et à l'UCP pour procéder à l'action proposée ou au processus d'engagement des parties prenantes.

Si la solution trouvée est jugée appropriée et raisonnable, le président du Comité de Gestion des plaintes de l'instance concernée signe le formulaire de plaintes donnant ainsi son accord pour cette résolution.

L'information est apportée au plaignant par le moyen le plus approprié (information directe, lettre, message etc. ; avec accusé de réception). S'il est d'accord avec la décision du comité, il signe alors son accord sur le formulaire de plaintes. L'accord des différentes parties ainsi que le détail de la solution proposée sont ensuite enregistrés dans la base de données. La procédure est clôturée. La date de clôture est indiquée sur le registre et portée à la connaissance du Projet.

Si le (la) plaignant (e) n'est pas d'accord avec la décision, il le fait savoir dans un délai de deux (02) jours. En cas de désaccord la procédure est relancée au niveau suivant précisément à l'instance de recours de gestion des plaintes.

En cas de désaccord du plaignant avec la solution proposée, l'intervention de la tierce partie est sollicitée pour des négociations. La procédure de recours est expliquée au plaignant qui doit donner aussi son approbation.

Recours à la justice

Le recours à la justice est possible en cas d'échec de la voie amiable. Si les voies à l'amiable ne donnent pas satisfaction au (à la) plaignant (e), alors celui-ci ou celle-ci peut faire appel à la juridiction de la localité où se déroule les activités du Projet.

Périodicité de traitement

Un calendrier ne peut être défini de facto en raison de la réalité socio-culturelle hétérogène et de la nature des plaintes pressenties dans les zones où s'exécutent les activités du Projet.

Cependant, deux échéanciers de traitement de plaintes sont proposés dans le cadre du présent mécanisme.

Le premier échéancier concerne les plaintes qui ne nécessitent pas une enquête ou une investigation en vue de reconstituer les faits avant d'être traités. La période définie pour le traitement de ce type de plaintes est de 48 heures à compter de sa date de réception.

Quant au second, il porte sur les plaintes qui relèvent d'une complexité dans leur traitement en raison d'enquêtes ou d'investigations. Compte tenu de la nécessité de reconstituer les faits, le MGP prévoit donc un délai estimé à dix (10) jours maximum pour leur traitement et leur résolution en cas de recevabilité.

Par ailleurs, s'il est nécessaire d'approfondir la reconstitution des faits et de faire appel à d'autres acteurs ou parties prenantes du Projet, ou d'analyser des témoignages, faire des investigations, une rallonge de cinq (05) jours maximums pourrait être décidée par au moins 1/3 de la majorité des membres de l'instance en charge du règlement de la plainte.

Ces dispositions prescrites par le Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) du Projet s'applique à tous les niveaux des différentes instances de gestion des plaintes en cas de nécessité.

- Tableau 2:Échéancier du traitement de la plainte

| Activités | Fréquences et périodes de traitement |
|---|---|
| Dépôt et réception des plaintes | - Chaque jour ouvrable |
| Réception et analyse de l'admissibilité | - Chaque jour ouvrable |
| Investigation ou enquête | - 3 a 5 jours, - |
| Accusée de réception | - Après l'enregistrement et la réception |
| Traitement | - 48 heures / - en cas d'investigation 3 a 5 jours, |
| Proposition de réponse | - 48 heures - Entre 10 et 15 jours maximums pour les plaintes qui nécessitent une investigation. |

| Activités | Fréquences et périodes de traitement |
|--|--------------------------------------|
| Recours en cas d'insatisfaction du plaignant | - 48 heures |

- Figure 1. Etapes séquentielles des procédures de gestion et résolution de plaintes



6.3.1. Considérations spécifiques concernant les plaintes d'EAS/HS

La procédure classique de résolution des plaintes prévue par le présent MGP, n'est pas applicable aux plaintes VBG/EAS/HS pour lesquelles une procédure spécifique conforme au protocole national de prise en charge des victimes de VBG sera utilisée.

Cette procédure est fondée sur l'approche centrée sur la survivant-e, assurant la satisfaction de ses besoins, la confidentialité de la procédure, la sécurité des survivants-es, l'obtention du consentement éclairé et le référencement vers des structures locales de prise en charge des VBG. Les plateformes de lutte contre les VBG, dans les localités où elles existent joueront un rôle de premier plan.

A défaut, le mécanisme va recourir aux services sociaux de l'Etat (centre sociaux) et aux ONG locales ayant une expertise dans la prise en charge médicale, psychosociale et l'aide juridique des survivants-e.

Réception et enregistrement d'une plainte VBG/EAS/HS

Les plaintes EAS / HS seront reçues par des points d'entrée confirmés comme sûrs et accessibles par les communautés locales, y compris les enfants et les femmes. Il est prévu plusieurs canaux de signalement, avec des femmes comme points d'entrée : La secrétaire technique ou membre de la plateforme VBG, L'assistante sociale de l'hôpital général ou régional, Le point -focal VBG de la police ou de la gendarmerie locale et les ONG.

Afin d'encourager les plaignants (es) à se confier et à parler sans crainte, dans la confidentialité totale :

- Les lignes vertes du ministère de la santé et du ministère en charge de la femme seront utilisées : (140) et 1308 ;
- Un portail de dénonciation sera développé sur le site internet du projet.

Traitement des plaintes VBG/EAS/HS

Les plaintes VBG/EAS/HS seront immédiatement référées par les points-focaux au prestataire de services VBG identifié localement pour une prise en charge, selon les souhaits et les choix de la survivant-e. Ces plaintes ne seront pas gérées au niveau du CGP. Avec le consentement des survivants-es, elles seront transférées vers le Comité de Conformité mis en place au sein de l'UCP pour la gestion et la vérification du lien avec le projet.

Les structures locales de prestations VBG, seront chargées de recevoir et remonter les plaintes au niveau du Comité de Conformité qui, à son tour va les traiter toujours sur une approche basée sur les besoins des survivants-es, assurant la confidentialité du traitement des cas et la sécurité des survivants-es.

Un registre et une fiche de notification séparés, sécurisés et confidentiels, seront utilisés pour l'enregistrement des plaintes qui sera géré les prestataires de services VBG.

Dans le 24 heures suivantes la réception de plaintes d'EAS/HS, le prestataire de service VBG reportera la plainte auprès de l'unité de sauvegarde E&S de l'UCP qui à son tour, informera la Banque mondiale.

Le prestataire de services de VBG continue à jouer un rôle d'accompagnement auprès du/de la survivant(e) tout en respectant les choix et volontés de ce/cette dernier (ère).

6.4. Clôture et archivage de la plainte

L'archivage des bases de données du MGP se fera au niveau de l'Unité de Coordination du Projet. Le système d'archivage physique et électronique de l'UCP en cours de renforcement servira pour le classement des plaintes reçues et traitées. Le Projet établira une base de données qui capitalisera l'ensemble des plaintes et doléances reçues et traitées et en assurera la gestion et le suivi.

Par conséquent, chaque Comité de Gestion des Plaintes établira des rapports mensuels sur la situation des plaintes relatives au Projet (nombre de plaintes reçues, catégories de plaintes, cas résolus, retours d'information vis-à-vis des plaignants, etc.) qu'il transmettra à l'UCP. Le rapport trimestriel de traitement des plaintes renseignera sur les éléments suivants : nombre de plaintes enregistrées au cours de la période, résumé synthétique des types de plaintes, nombre de plaintes traitées, nombre de plaintes non traitées, avec des explications à l'appui. Les plaignants seront informés au moins une fois par mois de l'avancement et du détail de traitement de leurs plaintes.

VII. SUIVI ET ETABLISSEMENT DES RAPPORTS

7.1. Participation des différents acteurs concernés aux activités de suivi

Le PSNDPE garantit la participation de parties prenantes aux activités de suivi du projet ou des impacts qui lui sont associés. Dans le cadre du PSNDPE, les parties prenantes (notamment les populations touchées) ou des auditeurs indépendants participeront aux programmes de suivi et d'atténuation des impacts du projet, notamment ceux contenus dans les instruments de sauvegardes (CGES, CPR, PGMO, PGDS), plus particulièrement :

- Plan de Suivi des impacts/risques environnementaux et sociaux ;
- Plan de suivi-évaluation de la gestion des pestes et pesticides ;
- Plan de Suivi de la gestion des déchets sanitaire ;
- Dispositif de suivi-évaluation de la mise en œuvre du cadre de réinstallation et rôles des acteurs ;
- Plan d'action VBG.

Les critères de sélection des tiers seront clairement établis par PSNDPE.

Pour se conformer aux exigences de la Banque mondiale, une fois finalisé, le PMPP sera diffusé sur les sites web du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (<http://www.sante.gouv.ci/>) et de la Banque mondiale (<http://www.banquemondiale.org/>).

Les différents instruments spécifiques de sauvegardes environnementale et sociale (PEES, CGES, PMPP, PGMO, PGD et le CR) et les plans associés seront également diffusés sur les sites web du MSHPCMU et de la Banque mondiale.

Les indicateurs qui seront utilisés pour suivre et évaluer l'efficacité des activités d'engagement des parties prenantes sont les suivants :

- Nombre de réunions de différentes sortes (audiences publiques, ateliers, rencontres avec les dirigeants locaux) tenues avec chaque catégorie de parties prenantes et nombre de participants ;
- Nombre de parties prenantes incluses dans le registre dédié ;

- Nombre de formations réalisées pour le Parties prenantes ;
- % de personnes formées sur le MGP ;
- % de personnes sensibilisées sur le MGP, y compris sa composante EAS / HS
- Nombre de suggestions et de recommandations reçues par l'unité de coordination du Projet à l'aide de divers mécanismes de rétroaction ;
- Nombre de publications couvrant le projet dans les médias ;
- Nombre de plaintes enregistrées ;
- Nombre de plaintes résolues ;

Le PMPP sera mis à jour annuellement au cours des premières phases de travaux et de construction, et tous les deux ans pendant la phase de fonctionnement.

7.2.Rapport au groupe de parties prenantes

Les résultats des activités de mobilisation des parties prenantes seront communiqués tant aux différents acteurs concernés qu'aux groupes élargis de parties prenantes dans les formes et selon les calendriers établis dans les sections précédentes. Les rapports établis à cet effet s'appuieront sur les mêmes sources de communication que celles prévues pour les notifications aux différents acteurs concernés. Les rapports seront produits par les partenaires de mise en œuvre notamment les ONG, par la Cellule de Sauvegarde de l'UCP, chaque trimestre, au plus tard le 10 du mois suivant. Les rapports seront publiés sur les sites web du Ministère de la santé (sante.gouv.ci) et de l'UCP (ucpsanté-bm.org) et diffusés également lors des réunions du Comité de Pilotage du Projet, des rencontres de consultation des parties prenantes et des missions de suivi. Par ailleurs, les principaux résultats des rapports seront affichés au niveau local sur les sites de mise en œuvre du Projet. Les rapports seront diffusés tant au niveau central qu'au niveau périphérique, proche des population.

L'existence du mécanisme de gestion des plaintes sera rappelée de façon systématique aux parties prenantes.

De plus, une stratégie et un plan de communication sera intégré dans le mécanisme de gestion de plaintes qui sera élaboré ultérieurement.

En tant qu'outil dynamique, le PMPP sera au besoin révisé et mis à jour, si nécessaire, au cours de la mise en œuvre du projet. Il s'agit en effet de s'assurer que les informations qui y sont présentées sont cohérentes et des plus récentes et que les méthodes de mobilisation identifiées restent pertinentes et efficaces au regard du contexte du projet et des différentes phases de son développement. Toute modification importante des activités liées au projet et de son calendrier sera dûment prise en compte dans le PMPP.

Des résumés et des rapports internes sur les doléances et griefs du public, les demandes de renseignements et les incidents connexes, ainsi que l'état de la mise en œuvre des mesures correctives / préventives associées seront rassemblées par le personnel responsable et renvoyés à la Coordination du projet par voie électronique et par voie physique. Ces résumés fourniront un mécanisme permettant d'évaluer à la fois le nombre et la nature des plaintes et les demandes

d'informations, ainsi que la capacité du projet à y répondre en temps opportun et de manière efficace.

Les informations sur les activités de mobilisation et d'engagement du public entreprises par le projet au cours de l'année peuvent être transmises aux parties prenantes de deux manières possibles :

- Publication d'un rapport annuel autonome sur l'interaction du projet avec les parties prenantes ;
- Développement et suivi régulier d'indicateurs clés de performance (ICP).

CONCLUSION

Le présent Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP) est élaboré dans le cadre de la préparation du Programme Santé, Nutrition et de Développement de la Petite Enfance qui sera soumis à la Banque mondiale pour financement. L'élaboration de ce document est une condition sine qua non pour le financement du projet par la Banque. Il s'agit d'un document pratique qui évolue au cours de la mise en œuvre du projet pour prendre en compte les besoins de mobilisation et de participation des parties prenantes dont les actions vont apporter une plus-value à la mise en œuvre et à l'atteinte des objectifs du projet. La prise en compte des dispositions prescrites dans ce plan va contribuer la réussite du projet.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des impacts environnementaux et sociaux du PSNDPE

| IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX NEGATIFS | IMPACTS SOCIAUX NEGATIFS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pollution de l'air par les émissions de gaz d'échappement et de particules de poussières ✓ Accentuation du phénomène d'érosion et de dégradation des sols lors des travaux ✓ Pollution de l'eau de surface et souterraine ✓ Pollution des sols ✓ Baisse de la fertilité ✓ Acidification, Alcanisation ✓ Salinisation ✓ Pertes de la végétation, des plantes ornementales et fruitières existantes ✓ Pollution de l'environnement et contamination humaine ✓ Pollution des sols (surtout les zones humides) et des eaux souterraines et de surface ✓ Perturbation de la biodiversité des zones humides ✓ Empiètement involontaire sur les forêts classées et les aires protégées ✓ Pollution des eaux, des sols et de l'air et contamination des malades, des prestataires de santé et de la population par les déchets sanitaires ✓ Chimiorésistance des ravageurs ✓ Intoxication de la faune ✓ Empoisonnement et mortalité ✓ Réduction des effectifs et/ou des biomasses ✓ Disparition d'espèces ou de groupes d'espèces ✓ Rupture de l'équilibre écologique ✓ Erosion de la biodiversité ✓ Perte des habitats naturels ou des espèces utiles ✓ Production des déchets ✓ Etc. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ La perturbation des services de soins ✓ La perturbation de la fourniture de service d'électricité, d'eau et de téléphone ✓ Les risques d'accidents de travail et de circulation ✓ Les risques de propagation de la COVID-19 et des IST/VIH/SIDA ✓ Le risque de VBG/EAS/HS ✓ Les Conflits sociaux entre les populations locales et le personnel de chantier suite (i) au non-recrutement des populations locales, (ii) au non-respect des normes sociales locales, etc. ✓ La perturbation de la circulation routière dans la zone ✓ Les risques de propagation des maladies respiratoires aiguës ✓ Les nuisances sonores ✓ Les risques d'inflation des prix des denrées de première nécessité autour du chantier ✓ La perturbation d'activités des centres préscolaires communautaires ✓ Le risque de conflits socio-culturels ✓ Le risque de déplacement économique et/ou physique ✓ Le risque de contamination ✓ Etc. |

Annexe 2 : Synthèse des réactions par rapport aux impacts génériques du projet dans les zones de consultation du projet SPARK

| Acteurs | Points discutés | Atouts | Préoccupations/craintes | Suggestions et recommandations des acteurs |
|---|---|---|--|--|
| Préfecture | <ul style="list-style-type: none"> Présentation du projet Préoccupations majeures Suggestions, recommandations | <ul style="list-style-type: none"> Réhabilitation de plusieurs établissements sanitaires ; Délimitation des espaces prévus pour les centres de santé, Implication des toutes les autorités administratives, Création d'emploi | <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance des infrastructures sanitaires, Centre de santé mal équipé (mobilier, médicaments, matériel d'analyse) Plusieurs centres de santé en état de délabrement Absence d'électricité dans certains centres de santé, Problème foncier (construction et activités présentes sur le site des hôpitaux,), Mauvaise gestion des déchets sanitaires, Manque de personnel de santé, Absence de banque de sang dans plusieurs localités, Présence de dispensaires non agréés | <ul style="list-style-type: none"> Multiplier la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires, Renforcer le plateau technique des centres de santé, Doter les Etablissements de Santé de Premier Contact (ESPC) d'eau et d'électricité, Doter les centres de santé de titre de propriété, Améliorer la gestion des déchets sanitaires au niveau des centres de santé, Effectuer des demandes de personnel de centre de santé par les directions régionales, Installer des banques de sang dans les districts sanitaires, Fermer les cliniques ou dispensaires non agréés |
| Les services techniques régionaux (DRMSHP, DRMINADER, DREDD, Marie) | <ul style="list-style-type: none"> Présentation du projet Préoccupations majeures Suggestions, recommandations | <ul style="list-style-type: none"> Mise aux normes des ESPC, Amélioration du plateau Technique des centres de santé, Meilleure gestion des déchets biomédicaux ; Renforcement de capacité des agents des centres de santé, | <ul style="list-style-type: none"> Aspect environnemental et social négligé dans la réhabilitation des centres de santé, Délocalisation du service de soin pendant les activités de réhabilitation, Problème foncier (absence de titre de propriété des centres de santé) ; Absence d'eau et d'électricité dans certains centres de santé, Absence d'électricité et de point d'eau dans certains centres de santé, | <ul style="list-style-type: none"> Prendre en considération l'environnement dans la réhabilitation des centres de santé (abattage sélectif des arbres, création d'espaces verts) Prévoir des locaux provisoires pour les services de soin pendant la réhabilitation des centres de santé, Clôturer les centres de santé et doter ceux-ci de titre foncier, Doter les ESPC d'eau et d'électricité, Sensibilisation de la population sur l'importance de la fréquentation des centres de |

| Acteurs | Points discutés | Atouts | Préoccupations/craintes | Suggestions et recommandations des acteurs |
|--|---|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Subsidés pour motiver les agents des centres de santé ; • Installation d'incinérateur dans plusieurs centres de santé, | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté dans la gestion des déchets médicaux, • Absence de clôture (centre de santé lieux de circulation...) • Insuffisance du personnel de santé • Manque d'infrastructure d'accueil du personnel de santé, • Faible couverture en soin prénatal et postnatal, • Rupture de stock des médicaments, • Faible taux de fréquentation des centres sanitaires. | <p>santé, et formation du personnel sanitaire sur l'accueil des malades</p> |
| <p>Populations (COGES, leader religieux, coutumiers,)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Présentation du projet • Préoccupations majeures • Suggestions, recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du taux de fréquentation des centres de santé ; • Campagne de sensibilisation Ebola, VIH / SIDA, • Emploi temporaire pour les jeunes, • Implication des populations dans les activités sanitaires, • Association des ONG aux activités de formation et de sensibilisation, • Sécurité au niveau des centres de santé. | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des infrastructures sanitaires (surtout les maternités), • Infrastructures sanitaires et équipement sont vieux, • Mauvaise gestion des déchets médicaux (accessible par la population), • Insuffisance du personnel de santé, • Assiduité du personnel des centres de santé, • Insécurité dans les centres de santé (Absence de clôture, Absence de service gardiennage), • Absence d'électricité et d'eau dans plusieurs centres de santé, • Manque de moyen financier au niveau des COGES, • Problème d'évacuation des malades, • Accès difficile aux centres sanitaires, | <ul style="list-style-type: none"> • Construire de nouvelle infrastructure sanitaire avec des équipements adéquats, • Poursuivre la réhabilitation des centres de santé existants et renouvellement de leur équipement, • Sécuriser les centres de santé (éclairage et subvention pour payer un veilleur de nuit), • Affecter dans les centres de santé des Techniciens d'assainissement et hygiènes hospitalières, • Sensibiliser les payant à contribuer pour le fonctionnement des COGES, <p>Sensibiliser les agents de santé dans la ponctualité et l'assiduité dans les centres sanitaires, renforcer le personnel en nombre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du parc ambulancier, • Améliorer les pistes d'accès aux centres de santé ; • Promouvoir le dispositif de confidentialité, |

| Acteurs | Points discutés | Atouts | Préoccupations/craintes | Suggestions et recommandations des acteurs |
|---------|-----------------|--------|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Problème de confidentialité liée au dépistage du VIH ; • Manque de médicament dans les centres de santé, • Recours aux médicaments de la rue, • Insuffisance de sensibilisation sur le cancer (de sein, du col de l'utérus, etc.) et sur la santé maternelle et infantile. | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les pharmacies des centres de santé, • Sensibiliser au danger des médicaments de la rue, <p>Former et sensibiliser au cancer du col de l'utérus et du sein et mettre en place un dispositif de dépistage fréquent.</p> |

Annexe 3 : Synthèse des réactions par rapport aux impacts génériques du projet dans les zones de consultation du PMNDPE

| Acteurs/ Institutions | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|--------------------------------|--|--|--|
| Tous les acteurs | <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la productivité des exploitations agricoles de la zone du projet (couvrir la période de soudure ou les aliments de base manquent), | <ul style="list-style-type: none"> Utilisation irrationnelle des intrants (produits phytosanitaires) pouvant entraîner des impacts négatifs sur la santé et l'environnement | <ul style="list-style-type: none"> Encadrer les bénéficiaires pour une utilisation responsable des produits phytosanitaires |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Détournement de la production pour des fins commerciales essentiellement et non pour les ménages | <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'agriculture intensive en appliquant les itinéraires techniques appropriés. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Manque d'eau pour irriguer les cultures (perte de l'investissement) | <ul style="list-style-type: none"> Intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation relatifs au projet afin que les bénéficiaires puissent veiller à ce que les besoins nutritionnels familiaux soient comblés avant tout autre initiative Régler durablement la question de l'eau (retenue d'eau, forages, aménagement de bas-fonds...) dans les zones présentant des périodes trop longues de sécheresse (Bagoué, Poro, Tchologo, Gontougo et Bounkani) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Accaparement du projet par des gestionnaires au détriment de la communauté | <ul style="list-style-type: none"> Identifier (en accord avec les bénéficiaires) et former, des personnes ressources au niveau local capables de gérer durablement le projet. |
| Tous les acteurs | <ul style="list-style-type: none"> Autonomisation de la femme en milieu rural | <ul style="list-style-type: none"> Risque que les hommes qui se sentent écartés ordonnent à leurs femmes d'arrêter de s'impliquer dans le projet pendant la phase de mise en œuvre Risque de VBG | <ul style="list-style-type: none"> Impliquer effectivement toute la population y compris les hommes dans la mise en œuvre du projet. |
| ONG, OSC, Associations/ | <ul style="list-style-type: none"> Agriculture, solution de la lutte contre la malnutrition | <ul style="list-style-type: none"> Participation effective des bénéficiaires au projet | <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'agriculture « biologique » Appuyer les initiatives communautaires de prise en charge de la nutrition |

| Acteurs/ Institutions | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|---|--|---|---|
| groupements de femmes | | <ul style="list-style-type: none"> Place de la société civile dans l'exécution du projet | <ul style="list-style-type: none"> Appuyer la réalisation de campagne de sensibilisation des populations sur l'importance de l'assainissement dans les villages Réhabiliter les points d'eau Aménager les bas-fonds pour leur exploitation rationnelle Equiper les centres de santé pour la prise en charge des cas de malnutrition sévère. |
| Services techniques régionaux (agriculture, ressources animales et halieutiques ; environnement , Santé, Education nationale) | <ul style="list-style-type: none"> Contribution à solutionner le problème de la malnutrition en Côte d'Ivoire | <ul style="list-style-type: none"> Inexistence pour le moment d'une plateforme multisectorielle opérationnelle. Dispersion des initiatives visant à lutter contre la malnutrition. | <ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'approche communautaire dans la lutte contre la malnutrition Favoriser la mise en place d'Unité Nutritionnelle complète (dépistage et prise en charge) Renforcer la production d'intrants nutritionnels Renforcer les cantines scolaires Mettre en oeuvre les programmes d'alphabétisation à l'endroit de toutes les communautés rurales et en particulier les femmes Fournir un noyau d'élevage à chaque famille pour combler les besoins en protéines pour les enfants. Approvisionner les centres de santé en nutriment Renforcer la sensibilisation des jeunes filles sur les grossesses en milieu scolaire Doter les villages en ambulance |
| | <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la santé et de la qualité de vie des communautés | <ul style="list-style-type: none"> Problème du chômage des jeunes Conflit dû au problème de disponibilité de la terre (Conflit potentiel entre le propriétaire terrien et l'exploitant ou occupant) | <ul style="list-style-type: none"> Impliquer effectivement le chef de terre à ce projet <p>Veiller à ce que les terres utilisées pour les cultures soient imatriculées</p> |

| Acteurs/ Institutions | Atouts | Préoccupations et craintes | Suggestions et recommandations |
|--|---|--|--|
| <p>Populations : Communautés villageoises</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de la main d'œuvre • Existence de groupements et d'associations de femmes productrices de maraichers | <ul style="list-style-type: none"> • Problématique de l'écoulement des produits agricoles • Implication effective des bénéficiaires au projet • Conflits entre éleveurs et agriculteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Créer des retenues d'eau pour la population • Encadrer l'utilisation des pesticides par les exploitants agricoles • Fixer le prix d'achat des produits maraichers à l'instar des cultures pérennes (maîtrise de l'inflation des prix sur le marché) • Mettre en place des mécanismes de gestion des déchets • Aménager les bas-fonds pour les cultures vivrières • Mettre en place des couloirs de transhumance pour éviter les conflits éleveurs-agriculteurs • Fournir des intrants agricoles (semences, produits phytosanitaires) pour l'amélioration de la productivité • Former les groupements et associations de femmes aux techniques de cultures maraichères et au compostage. |

AUTRES ANNEXES : DANS UN FICHIER SEPARÉ