



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



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

PLAN DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES (PMPP)

VERSION FINALE

Octobre 2023



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES.....	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
I. INTRODUCTION.....	8
1.1. Contexte du projet.....	8
1.2. Description du projet	8
1.2.1. Objectif du Projet	10
1.2.2. Composantes du Projet.....	11
1.2.3. Aperçu des risques et effets sociaux et environnementaux potentiels du projet	13
1.3. Données sur la zone d'intervention du projet.....	14
1.3.1. Organisation administrative et situation politique	14
1.3.2. Caractéristiques économiques	15
1.3.3. Caractéristiques socio-démographiques	15
1.4. Objectifs du Plan de Mobilisation des parties prenantes	20
1.5. Résumé de l'approche méthodologique appliquée.....	22
II. CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE.....	22
2.1. Exigences réglementaires nationales	22
2.2. Normes Environnementales et Sociales de la Banque mondiale relative à la consultation des parties prenantes et la diffusion de l'information (NES 10) ..	24
2.3. Analyse d'écart des Exigences de la Banque mondiale et la législation environnementale en Côte d'Ivoire en matière de mobilisation des parties prenantes.....	26
III. RESUME DES ACTIVITES ANTERIEURES DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES	26
3.1. Principes directeurs et contenu de la mobilisation des parties prenantes	26
3.2. Résumé des activités réalisées dans le cadre de la mobilisation des parties prenantes.....	27
IV. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PARTIES PRENANTES.....	44
4.1. Catégories des parties prenantes	44
4.2. Analyse et évaluation des parties prenantes	54
V. PROGRAMME DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES.....	61
5.1. Principes du programme de mobilisation des parties prenantes	61
5.2. Calendrier du programme de mobilisation des parties prenantes	62
5.3. Méthodes de mobilisation des parties prenantes	66
5.4. Stratégie proposée pour la diffusion des informations	66
5.5. Stratégie proposée pour les consultations	76

5.6.	Stratégie proposée pour la prise en compte des points de vue des groupes vulnérables	83
5.7.	Examen des commentaires	83
5.8.	Phases ultérieures du projet	83
VI.	RESSOURCES ET RESPONSABILITES POUR METTRE EN ŒUVRE LES ACTIVITES DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES	84
6.1.	Ressources	84
6.2.	Fonctions de gestion et responsabilités	86
VII.	MECANISME DE GESTION DES PLAINTES	86
7.1.	Objectifs	86
7.2.	Principes de base	87
7.3.	Le dispositif et ses acteurs	87
7.3.1.	Le(la) plaignant(e)	87
7.3.2.	Composition et fonctionnement des Comités de Gestion des Plaintes	89
7.4.	Etapes de la gestion des plaintes	91
7.4.1.	Réception et enregistrement de la plainte (annexe 8)	91
7.4.2.	Evaluation de la recevabilité de la plainte	92
7.4.3.	Accusé de réception (annexe 10)	93
7.4.4.	Investigation ou enquête approfondie	94
7.4.5.	Traitement de la plainte	95
	Procédure d'appel et possibilité de Recours à la justice	96
7.4.6.	96	
7.4.7.	Considérations spécifiques concernant les plaintes d'EAS/HS	100
7.5.	Clôture et archivage de la plainte	101
VIII.	SUIVI ET ETABLISSEMENT DES RAPPORTS	101
8.1.	Participation des différents acteurs concernés aux activités de suivi	101
8.2.	Rapport au groupe de parties prenantes	102
	CONCLUSION	103
	ANNEXES	104

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Récapitulatif des composantes et sous-composante du Programme	12
Tableau 2.	Parties prenantes rencontrées	30
Tableau 3.	Récapitulatif des préoccupations, attentes et suggestions des parties prenantes consultées	33
Tableau 4.	Synthèse des opinions différenciées des femmes et des jeunes	40
Tableau 5.	Répartition de la population totale résidente par type de ménage, selon/sexe	45
Tableau 6.	Catégories des parties prenantes et leurs rôles	47
Tableau 7.	Stratégies globales pour gérer les parties prenantes.....	55
Tableau 8.	Synthèse des besoins des parties prenantes.....	57
Tableau 9.	Calendrier du programme de mobilisation des parties prenantes	63
Tableau 10.	Stratégie de diffusion de l'information dans le cadre du Projet.....	70
Tableau 11.	Stratégie proposée pour les consultations	77
Tableau 12.	Budget de mise en œuvre du PMPP	85
Tableau 13.	Échéancier du traitement de la plainte	97

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Zone de couverture du Projet organisée en Pôles Régionaux d'Excellence de Santé (PRES)	14
Figure 2.	Cibles d'attaques djihadistes en Côte d'Ivoire, 2016-2021	20
Figure 3.	Zones couvertes par les séances de consultations des parties prenantes du PSNDPE	28
Figure 4.	Carte de répartition des VBG rapportées en 2022 par région administrative	42
Figure 5.	Étapes séquentielles des procédures de gestion et résolution de plaintes	99

SIGLES ET ABREVIATIONS

AES/HS	Abus et Exploitation Sexuels / Harcèlement Sexuel
AMP	Approche Multi Phase
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
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
BID	Banque Islamique de Développement
CEDEAO	Communauté Économique des Etats d'Afrique de l'Ouest
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
MFFE	Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant
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
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NDPE	Nutrition et de Développement de la Petite Enfance
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
PSS	Protection Sociale et de Santé
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
RM	Rapport de Masculinité
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
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

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 donc 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 engrais et des denrées alimentaires 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 Santé, Nutrition et 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 Environnemental et Social (CES) 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 du 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 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 Basé 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, l'approvisionnement en l'eau et la promotion 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 état 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 négatifs (annexe 1), 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 environnemental et social.

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 et de 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 Eau, Hygiène et Assainissement (EHA/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-CONNAPE ; 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.

N°	Composantes	Sous composantes
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.
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

1.2.3. Aperçu des risques et effets sociaux et environnementaux potentiels du projet

La mise en œuvre des activités envisagées pendant les différentes phases de réalisation du Projet induira probablement des risques et des impacts. Les risques et impacts environnementaux et sociaux potentiels liés au projet sont présentés à l'annexe 1 et leur synthèse est la suivante :

- **Phase d'Identification :** (i) Risques liés à une mauvaise perception des objectifs du projet ; (ii) résurgence des litiges fonciers ; (iii) risques de frustration, contestation et conflits ; (iv) risque de fragilisation des structures locales garantes des « droits traditionnels » ; (v) risques de spéculation foncière ;
- **Phase de construction :** (i) contamination/ pollution de l'air y compris les nuisances sonores ; (ii) risque de réduction/ dégradation du couvert végétal et des habitats de la faune ; (iii) risque de contamination / pollution des ressources en eau par les déchets solides et liquides générés ; (iv) risque de contamination/ pollution des sols par les déchets solides et liquides dangereux ; (v) risques sanitaires (infections respiratoires, contaminations alimentaires, etc.) liés aux contaminations/pollutions des composantes environnementales (air et eau) par les déchets solides et liquides générés sur les chantiers ; (vi) risques de déplacement physique et/ou économique de personnes par suite d'acquisition de terrains ou de restrictions d'accès à certaines ressources (terre, eau, parcours, forêt, etc.), risque d'empiètement des zones de patrimoine culturel ou de zones protégées ; (vii) conflits d'usage sur les vocations des sites et (viii) risque de marginalisation des groupes vulnérables ; (ix) le risque d'accentuation des risques d'EAS/HS ; (x) le risque d'augmentation de la prévalence aux MST et au VIH/Sida avec l'afflux de travailleurs ; (xi) le risque de conflits sociaux en cas de non-emploi des locaux ou de non-respect des us et coutumes, (xii) le risque de travail des enfants, (xiii) le risque de transmission du COVID-19, du VIH-SIDA et d'autres MST, (xiv) le risque de frustration sociale en cas de non-emploi, (xv), le risque de sabotage du projet.
- **Phase d'exploitation :** (i) l'augmentation des émissions de gaz à effet de serre induite pour l'intensification des productions agricoles et animales ; (ii) le risque de contaminations/ pollutions et nuisances diverses notamment sur les sols et les eaux de surface ; (iii) le risque d'accentuation des risques d'EAS/HS ; (iv) les nuisances et risques sanitaires, de

Les risques et impacts environnementaux et sociaux génériques et potentiels inhérents aux activités du PSNDPE, et les mesures de prévention et d'atténuation qui leur correspondent sont traités de manière plus détaillée par le Cadre de Gestion Environnementale et Sociale.

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.

Noms des 10 zones

- Zone Abidjan
- Zone Bondoukou
- Zone Bouaké
- Zone Daloa
- Zone San-Pédro
- Zone Odiénné
- Zone Korhogo
- Zone Yamoussoukro
- Zone Abengourou
- Zone Man

Le territoire ivoirien est administré et structuré selon les principes de la déconcentration et décentralisation. L'administration territoriale déconcentrée est hiérarchisée 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.

Quant à l'administration territoriale décentralisée, elle est représentée par 201 communes et 31 conseils régionaux gérés par les élus locaux. Ces Collectivités Territoriales sont chargées d'assurer une implication et une meilleure participation des populations dans les activités de développement local.

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 (10) 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, du fait du contexte lié à la crise mondiale depuis 2022, l'économie ivoirienne, a enregistré une croissance du PIB réel estimée à 6,7 %. 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. 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 ».

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, avec un taux de croissance moyen annuel de 2,9%, un Rapport de Masculinité (RM) global de 109 hommes (52,2%) pour 100 femmes (47,8%) et une population jeune (moins de 35 ans) estimée à 75,6%.

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 ivoiriennes, soit 22 %.

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

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.

1.3.4. Données socio-culturelles

La Côte d'Ivoire constitue une véritable mosaïque ethnique avec 69 ethnies regroupées en cinq (05) grands groupes (selon des critères linguistiques) répartis comme suit : les Akan dans le Sud-Est et le Sud en partie, l'Est et le Centre (38,0%), les Gour qui occupent le Nord, le Nord-Est et le Centre-Nord (22,0%), les Mandé du Nord dans le Nord-Ouest et en partie le Centre-Nord (22,0%), les Krou dans l'Ouest, le Centre-Ouest et Sud-Ouest (9,4%) et les Mandé du Sud qui occupent le Centre-Ouest, le Centre-Nord en partie et l'Ouest également en partie (8,6%).

Concernant la religion, la population résidente en Côte d'Ivoire pratique majoritairement deux grandes religions, à savoir, l'Islam (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'autre religions.

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 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 qui constitue le premier recours comprend 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 qui assure la fonction de second recours comprend les 05 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les 10 Instituts Nationaux Spécialisés¹.

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.

¹ (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)

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 Prénatales (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.

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 estimée à 11 965 en 2020. 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, le pays compte 1 065 386 soit 4% de la population générale (estimation RGPH 2021) avec un taux de croissance de 2,6% en moyenne chaque année. L'espérance de vie à la naissance 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, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance était de 21,6% soit environ 800 000 enfants. 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%)².

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. 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 (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.

1.3.8. Instabilité régionale croissante et menaces terroristes

Jadis présenté comme un havre de paix en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire est aujourd'hui confrontée à de nombreux conflits et défis sécuritaires.

En effet, les populations ont connu d'énormes préjudices et souffrances au cours de la décennie de crise politico-militaire, qui a profondément déstabilisé la Côte d'Ivoire, de septembre 2002 à mai 2011. Aujourd'hui, dix ans après le début de la crise post-électorale ivoirienne, la situation politique et sécuritaire s'est améliorée, la quasi-totalité des réfugiés ivoiriens sont de retour en Côte d'Ivoire et cherchent à s'installer dans leur patrie.

² MICS 2016

Toutefois, même si la Côte d'Ivoire connaît une certaine accalmie et paix sociale, et qu'elle est en train de tourner cette page sombre de son histoire, le pays reste confronté à des conflits et défis sécuritaires majeurs, notamment des incursions terroristes ; ce, en raison de l'instabilité affectant trois de ses voisins, le Burkina Faso, la Guinée et le Mali, et même le Niger³.

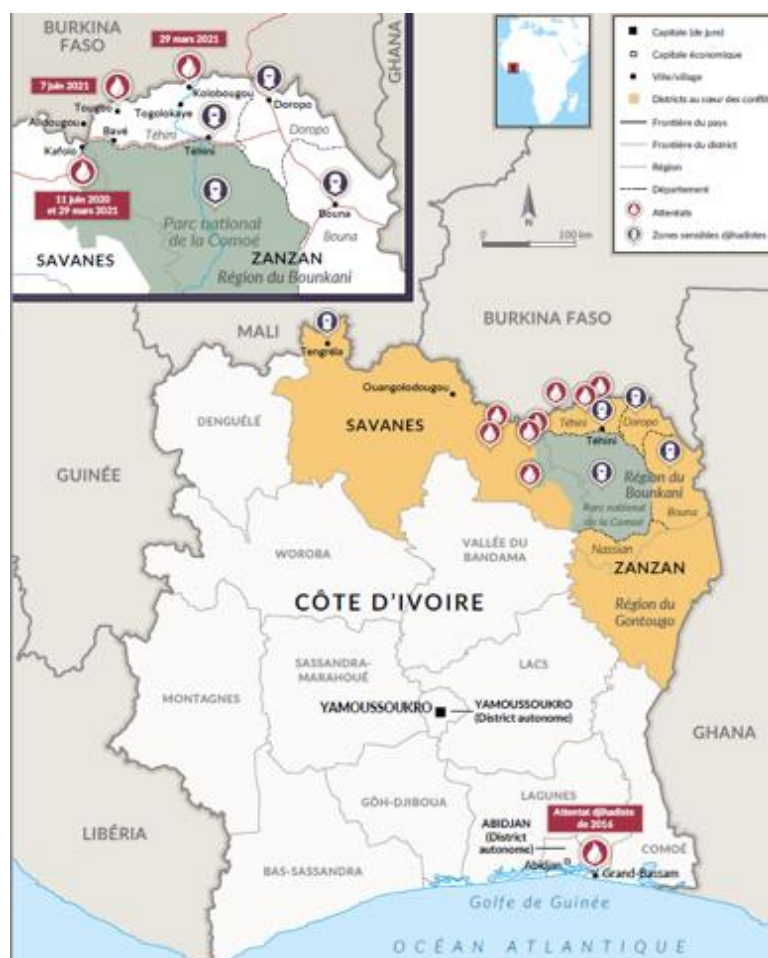
Les attentats terroristes débutent en Côte d'Ivoire le 13 mars 2016. En effet, ce jour-là, plusieurs civils ont perdu la vie sous les balles assassines des terroristes sur le site touristique de Grand Bassam.

Par la suite, Juin 2020 a marqué le début d'une vague d'attentats organisés par des groupes djihadistes dans la région du Bounkani (Côte d'Ivoire), frontalière avec le Burkina Faso. Au moins 18 membres des forces de défense ivoiriennes ont perdu la vie dans des attentats, notamment à Kafolo le 11 juin 2020 et le 29 mars 2021, à Kolobougou le 29 mars 2021 et à Tougbo le 7 juin 2021. Les tactiques ainsi que les armes des groupes extrémistes violents présents dans la région du Bounkani ont également évolué, avec l'utilisation nouvelle d'engins explosifs improvisés (EEI). Le 12 juin 2021, trois soldats ont péri lors du passage de leur véhicule militaire sur un EEI sur l'axe Téhini-Togolokaye, près de la frontière avec le Burkina Faso. Ces incidents illustrent la présence croissante d'un extrémisme violent dans le nord de la Côte d'Ivoire et témoignent d'une stratégie d'expansion de l'influence des groupes djihadistes au-delà de leurs bastions dans des États sahéliens enclavés comme le Mali, le Burkina Faso et le Niger jusqu'aux États côtiers d'Afrique de l'Ouest. Les forces de l'ordre locales ont attribué l'intensification d'une série d'activités criminelles dans la région du Bounkani depuis 2017 au renforcement de la présence de groupes terroristes dans la région ainsi qu'à leur dépendance croissante vis-à-vis des sources de revenus ivoiriennes. Cependant, si des liens entre les acteurs djihadistes et certaines économies criminelles (vol de bétail, par exemple) ont été établis, on ignore toujours dans quelle mesure l'essor des marchés criminels dans la région du Bounkani résulte de l'influence djihadiste⁴.

³ Ces pays sont désormais dirigés par des juntas militaires auteurs de coups de force.

⁴ Source : Nord de la Côte d'Ivoire : nouvelles menaces djihadistes, anciens réseaux criminels, in Bulletin de risque Numéro 1, Septembre 2021

Figure 2. Cibles d'attaques terroristes en Côte d'Ivoire, 2016-2021



Source : Nord de la Côte d'Ivoire : nouvelles menaces terroristes, anciens réseaux criminels, in Bulletin de risque Numéro 1, Septembre 2021

Une des conséquences les plus palpables du terrorisme dans la sous-région est l'augmentation potentielle de l'afflux massif - vers les pays côtiers - de migrants fuyant l'instabilité politique et les menaces sécuritaires causées par les insurgés au Sahel.

Cette situation pourrait accroître le risque de tensions sociales dans les communautés où les projets sont mis en œuvre⁵.

1.4.Objectifs du Plan de Mobilisation des parties prenantes

Conformément à la NES 10, et en ligne avec le décret n°96-894 du 8 Novembre 1996 déterminant les règles et procédures applicables aux études relatives à l'impact environnemental des projets de développement, qui stipule en son Article 35 que « Le public a le droit de participer à toutes les procédures et décisions qui pourraient avoir un effet négatif sur l'environnement », 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

⁵ Rapport n° : PAD5288

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.

1.5. Résumé de l'approche méthodologique appliquée

Conformément à la NES 10, l'élaboration du présent PMPP s'est basée sur la démarche participative. Cette approche méthodologique qui se veut participative et inclusive a permis l'implication de l'ensemble des acteurs et partenaires concernés par le projet. Ainsi, elle a graduellement permis l'intégration des avis, propositions et arguments des différentes parties prenantes. La mise en œuvre de cette démarche s'est faite en cinq (5) étapes méthodologiques essentielles : (i) **Identification des parties prenantes** : Basée sur la revue documentaire (CGES, PAD) et les consultations initiales avec les informateurs clés dans la zone d'intervention du projet tels que les Directeurs Régionaux (DR) et/ou Départementaux (DD) de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle, les Agences de des régions et départements concernés par le projet. Cette étape a permis d'avoir une bonne compréhension du projet en ressortant toutes les informations utiles relatives à sa mise œuvre, (ii) **Planifier la consultation et la diffusion de l'information sur le projet** : Etape consistant à la transmission des courriers d'information et du calendrier de collecte de données aux autorités préfectorales des régions concernées. Elle a été réalisée avec le concours de l'UCP; (iii) **Consultation des parties prenantes** : les rencontres avec les populations bénéficiaires du Projet, les personnes potentiellement affectées par sa mise en œuvre, y compris les femmes, personnes ou groupes vulnérables, les acteurs institutionnels du Projet, les ONG actives dans la santé, la nutrition et le développement de la petite enfance, ainsi que dans la sauvegarde environnementale et sociale, les autorités locales concernées par le projet avaient pour objectif, d'intégrer les préoccupations (impacts potentiels), les avis et les recommandations de ces différents acteurs à la prise de décision, dans la mesure du possible. Ces consultations organisées avec les populations bénéficiaires du projet ont permis de compléter les informations issues de l'analyse bibliographique, de recueillir des données complémentaires et surtout de discuter des enjeux environnementaux et sociaux des activités du projet et de leurs préoccupations/besoins dans le cadre de la mise en œuvre du Projet. (iv) **Analyse des parties prenantes** : l'analyse des parties prenantes a été réalisée à partir des données collectées lors des rencontres institutionnelles et des consultations des bénéficiaires. Cette analyse a permis de ressortir leurs besoins et préoccupations spécifiques. (v) **Elaboration du PMPP** : elle s'est faite sur la base des résultats des analyses effectuées et ceux de la recherche bibliographique.

II. CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

L'objectif de ce chapitre est de donner un aperçu des exigences réglementaires applicables au PSNDPE en ce qui a trait à l'information et à la consultation publique.

2.1. Exigences réglementaires nationales

Les exigences de la législation ivoirienne sur l'information et la consultation publique figurent principalement dans les règlements relatifs à l'évaluation de l'impact environnemental et social. Cependant, la Loi fondamentale du pays situe les engagements de l'Etat sur les questions de droits de l'homme dont le travail, l'information, la participation, etc. Ces exigences sont établies par les textes suivants :

- **Constitution de la Côte d'Ivoire**

La Constitution ivoirienne de novembre 2016 tel que modifié par la Loi Constitutionnelle du 19 mars 2020 énonce en son article 18 que « Les citoyens ont droit à l'information et à l'accès aux documents publics, dans les conditions prévues par la loi ».

En ce qui concerne la protection des populations, la constitution ivoirienne en son article 4 stipule : « Tous les Ivoiriens naissent et demeurent libre et égaux en droit. Nul ne peut être privilégié ou discriminé en raison de sa race, de son ethnie, de son clan, de sa tribu, de sa couleur de peau, de son sexe, de sa région, de son origine sociale, de sa religion ou croyance, de son opinion sociale, de sa fortune, de sa différence de culture ou de langue, de sa situation sociale ou de son état physique ou mental ». L'article 5 soutient que : « l'esclavage, la traite des êtres humains, le travail forcé, la torture physique ou morale, les traitements inhumains, cruels, dégradant et humiliants, les violences physiques, les mutilations génitales féminines ainsi que toutes les autres formes d'avilissement de l'être humain sont interdites ».

- **Loi n°96-766 du 3 octobre 1996 portant Code de l'Environnement**

Cette loi dispose en son article 35 alinéa 6, que « Toute personne a le droit d'être informée de l'état de l'environnement et de participer aux procédures préalables à la prise de décisions susceptibles d'avoir des effets préjudiciables à l'environnement ».

- **Loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'État aux Collectivités Territoriales**

Cette loi exige en son article 7 que : « La réalisation d'un équipement sur le territoire d'une collectivité territoriale ne peut être entreprise par l'État ou par une autre Collectivité territoriale sans consultation préalable de la collectivité concernée ».

- **Loi n° 2014-390 du 20 juin 2014 d'orientation sur le développement durable**

Cette loi définit en son article 5, les principes généraux de mise en œuvre du développement durable. D'abord, à l'article 5 alinéa 1, la loi stipule que « L'Etat prend des mesures favorisant l'éducation, l'accès à l'information et la recherche, de manière à stimuler l'innovation ainsi qu'à améliorer la sensibilisation et la participation effective du public à la mise en œuvre du développement durable ».

Ensuite à l'article 5 alinéa 4, il est disposé que « Toute personne a le droit d'être informée de l'état de l'environnement et de participer aux procédures préalables à la prise de décisions susceptibles d'avoir des effets préjudiciables sur l'environnement ».

Enfin à l'article 15, dans le cadre des rôles et responsabilités des différents acteurs du développement durable, elle dispose que « l'État encourage, dans le processus de prise de décisions, la participation du public notamment (i) les associations, les réseaux et les fondations œuvrant pour le développement durable lorsqu'elle remplissent des critères, telles que la représentativité, la gouvernance, la transparence financière ainsi que la compétence et l'expertise dans leur domaine d'activités, (ii) les instances nationales et locales qui ont une compétence

consultative en matière de développement durable, (iii) les instances publiques ayant un rôle d'observation, d'expertise, de recherche, d'évaluation et de concertation en matière de développement durable, (iv) les chambres consulaires, établissements publics nationaux qui ont un rôle consultatif et un rôle d'intervention en matière de développement durable et (v) tout autre entité concourant à la promotion du développement durable (...) ».

- **Décret n°96-894 du 08 novembre 1996 déterminant les règles et procédures applicables aux études relatives à l'impact environnemental des projets de développement**

Conformément aux dispositions du décret n°96-894 du 08 novembre 1996 déterminant les règles et procédures applicables aux études relatives à l'impact environnemental des projets de développement, en son article 11 alinéa 5 et article 16, les personnes affectées doivent être consultées.

2.2. Normes Environnementales et Sociales de la Banque mondiale relative à la consultation des parties prenantes et la diffusion de l'information (NES 10)

Les Normes environnementales et sociales énoncent les obligations des Emprunteurs en matière d'identification et d'évaluation des risques et effets environnementaux et sociaux des projets appuyés par la Banque au moyen du Financement de projets d'investissement.

Les normes environnementales et sociales N°1 et N°10 reconnaissent l'importance d'une collaboration ouverte et transparente entre le projet et les parties prenantes, comme élément essentiel de bonne pratique internationale. En effet, la mobilisation effective des parties prenantes peut améliorer la durabilité environnementale et sociale des projets, renforcer l'adhésion aux projets, et contribuer à une conception et une mise en œuvre réussies des activités du projet.

La consultation et la participation des parties prenantes reposent sur une démarche inclusive et participative conduite durant tout le cycle du projet, dans le but de construire autour des parties prenantes, une adhésion et un engagement effectifs et efficaces pour l'évaluation et la gestion des risques et impacts environnementaux et sociaux du projet. La consultation des populations est partie intégrante de l'évaluation environnementale et sociale du projet et du processus de mise en œuvre du projet, du suivi et de l'évaluation des activités.

- **Normes Environnementales et Sociales n°1 : Évaluation et gestion des risques et effets environnementaux et sociaux**

La NES 1 énonce les responsabilités de l'Emprunteur en matière d'évaluation, de gestion et de suivi des risques et effets environnementaux et sociaux associés à chaque étape d'un projet, en vue d'atteindre des résultats environnementaux et sociaux compatibles avec les NES, d'une manière et dans les délais jugés satisfaisants pour la Banque. Dans ce cadre, il est fait obligation à l'Emprunteur de (i) procéder à une évaluation environnementale et sociale du projet proposé, y compris la mobilisation des parties prenantes, (ii) établir le dialogue avec les parties prenantes et diffuser des informations pertinentes conformément à la NES 10, (iii) élaborer un Plan

d'Engagement Environnemental et Social (PEES) et mettre en œuvre toutes les mesures et actions prévues dans l'accord juridique y compris le PEES et (iv) assurer le suivi de la performance environnementale et sociale du projet et la diffusion des informations y relatives en tenant compte des NES.

- **Normes environnementale et sociale n°10 : mobilisation des parties prenantes et information**

De façon spécifique, la NES 10 définit les obligations relatives à la mobilisation des parties prenantes et information auxquelles l'Emprunteur et le projet devront se conformer tout au long du cycle de vie du projet.

Les exigences énoncées par la NES n°10 sont les suivantes :

- Les emprunteurs s'engageront avec les parties prenantes tout au long du cycle de vie du projet, en commençant la consultation le plus tôt possible dans le processus de développement du projet et dans un délai qui permet des consultations significatives avec les parties prenantes sur la conception du projet.
- La nature, la portée et la fréquence de l'engagement des parties prenantes sera proportionnelle à la nature et à l'échelle du projet et ses risques et impacts potentiels ;
- Les emprunteurs s'engageront dans des consultations significatives avec toutes les parties prenantes.
- Les emprunteurs fourniront aux parties prenantes avec des informations opportunes, pertinentes, compréhensibles et accessibles, et consulter d'une manière culturellement appropriée, sans manipulation, interférence, coercition, discrimination et intimidation ;
- Le processus d'engagement des parties prenantes impliquera ce qui suit, comme indiqué plus en détail dans la NES 10 : (i) identification et analyse des parties prenantes ; (ii) planifier comment l'engagement avec les parties prenantes auront lieu ; (iii) la diffusion de l'information ; (iv) la consultation des parties prenantes ; (v) le mécanisme de gestion des plaintes ; et (vi) rapports aux parties prenantes.
- L'Emprunteur maintiendra et diffusera dans le cadre de l'évaluation environnementale et sociale, un enregistrement documenté de l'engagement des parties prenantes, y compris une description des parties prenantes consultées, un résumé des commentaires reçus et une brève explication de la façon dont les commentaires sont pris en compte, ou les raisons pour lesquelles ils ne l'ont pas été.

Comme énoncé dans la NES 10, l'Emprunteur continuera à collaborer avec les acteurs concernés pendant toute la durée de vie du projet et leur fournira des informations d'une manière adaptée à la nature de leurs intérêts et aux risques et effets environnementaux et sociaux potentiels du projet. Conformément à la NES 1, dans le cas de projets présentant un risque élevé ou substantiel, l'Emprunteur transmettra à la Banque et rendra public, avant l'évaluation du projet, comme convenu avec la Banque, de la documentation sur les risques et effets environnementaux et sociaux du projet. Ces documents examineront les principaux risques et effets du projet de manière approfondie et comporteront des informations suffisamment détaillées pour servir de base à la

mobilisation des parties prenantes et aux décisions de la Banque. L'Emprunteur transmettra à la Banque et rendra publics les documents définitifs ou actualisés, tel qu'indiqué dans le PEES.

2.3. Analyse d'écart des Exigences de la Banque mondiale et la législation environnementale en Côte d'Ivoire en matière de mobilisation des parties prenantes

La législation satisfait partiellement à cette norme de la Banque. En effet concernant la participation du public, la législation nationale dispose que seuls les projets de catégorie A sont soumis à enquête publique :

- Article 35 de la Loi n° 96-766 du 3 octobre 1996 portant Code de l'Environnement stipule : Le public a le droit de participer à toutes les procédures et décisions qui pourraient avoir un impact négatif sur l'environnement.
- Article 16 du Décret n° 96-894 du 8 novembre 1996 (décret sur les études d'impact environnemental) stipule : Le projet à l'étude est soumis à une enquête publique. L'EIES est rendue publique dans le cadre de ce processus et fait partie du dossier constitué dans ce but.

Par contre la loi nationale satisfait à l'exigence de diffusion d'information. La loi précise que des textes réglementaires fixent les conditions dans lesquelles ces études sont rendues publiques (Décret EIE en son Article 16 : Le projet à l'étude est soumis à une enquête publique. L'EIES est rendue publique dans le cadre de ce processus et fait partie du dossier constitué dans ce but.)

Toutefois, la législation ivoirienne ne précise pas la réalisation d'un plan de mobilisation des parties prenantes. Il ressort également que les questions liées au mécanisme de gestion des plaintes et la gestion des plaintes liées aux Violences Basées sur le Genre ne sont pas prises en compte par la législation nationale.

Le présent PMPP est élaboré par le Projet pour combler ce déficit. Il est susceptible d'être modifié au fur et mesure selon l'évolution du projet et ses besoins en communication. Le Projet dispose également d'un mécanisme de gestion des plaintes. La NES 2 s'appliquera au projet tout au long de son cycle.

III. RESUME DES ACTIVITES ANTERIEURES DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

3.1. Principes directeurs et contenu de la mobilisation des parties prenantes

La consultation et la participation des parties prenantes reposent sur une démarche inclusive, itérative et participative conduite durant tout le long du cycle du projet, dans le but de construire entre des parties prenantes, une adhésion et un engagement effectifs et efficients pour l'évaluation et la gestion des risques et impacts environnementaux et sociaux du projet.

Sans être exhaustif, le processus d'information, de consultation et de participation des parties prenantes comprendra les activités suivantes :

- identification et analyse des parties prenantes ;

- planification de la stratégie de consultation et de participation des parties prenantes ;
- stratégie de diffusion de l'information ;
- exécution de la consultation et la participation des parties prenantes ;
- gestion des plaintes ;
- stratégie de la rétroactivité (retour de l'information aux parties prenantes).

Le présent Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP) précise les modalités de planification et d'exécution du processus de consultation et participation des parties prenantes concernées par le projet.

3.2. Résumé des activités réalisées dans le cadre de la mobilisation des parties prenantes

A cette étape de la préparation du PSNDPE, certaines activités de consultation et de participation des parties prenantes sont déjà engagées et d'autres seront planifiées.

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.

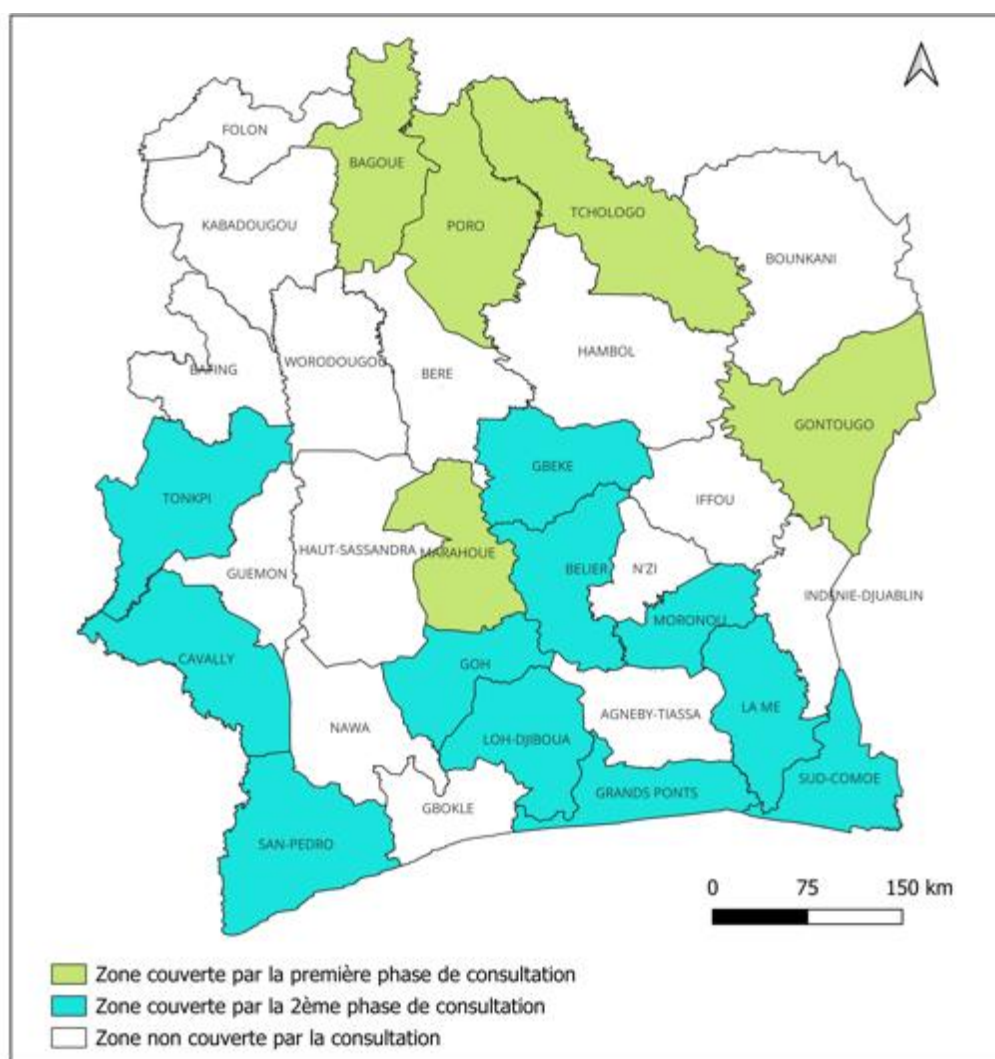
Ensuite, une seconde phase intitulé « pré-test » qui a consisté à identifier un échantillon réduit afin de déceler les défauts éventuels liés à la méthodologie des consultations et améliorer les méthodes et techniques avant l'étape de la collecte de données des consultations effectives.

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 avait comme objectifs, d'informer lesdites 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.

Comme le montre la carte ci-dessous, ces consultations se sont déroulées en deux (02) sous-phases. La première s'est déroulée du 12 au 17 décembre 2022, et a couvert les régions du Poro, de la Bagoué, du Tchologo, de la Marahoué et du Gontougo (en vert sur la carte). Quant à la deuxième sous-phase dont l'objectif était d'organiser des séances supplémentaires de consultation des parties prenantes en vue de couvrir les zones Sud, Centre, Ouest et Est de la Côte d'Ivoire, elle s'est déroulée du 14 août au 1^{er} septembre 2023, dans les régions d'Abidjan, de San-Pedro, du Sud-Comoé, du Goh, du Loh-Djiboua, du Béliér, du Moronou, des Grands-Ponts, de La Mé, du Cavally, du Tonkpi et du Gbêkê en bleu) (Figure 3 et annexe 2).

Figure 3. Zones couvertes par les séances de consultations des parties prenantes du PSNDPE



Source : JB Kabran, étude pour la révision du PMPP du PSNDPE, Septembre 2023

La synthèse des résultats, les procès-verbaux et les listes de présences des différentes consultations réalisées sont ajoutées aux annexes du présent PMPP.

3.2.1. Déroulement des consultations

Avant le démarrage de la mission et les séances, les différentes parties prenantes ont été informées à travers des correspondance officielle du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de Couverture Maladie Universelle. La stratégie de consultation s'est basée sur des entretiens individuels ou collectifs, avec un guide d'entretien précis comportant les points à aborder.

D'abord le PSNDPE a été présenté relativement au contexte, aux objectifs, aux activités, au niveau d'intervention des parties prenantes, aux impacts potentiels positifs et négatifs. Ensuite, les avis et préoccupations des parties prenantes relatifs aux projets ont été recueillis. Et enfin une synthèse des recommandations a été faite.

3.2.2. Parties prenantes rencontrées

Le tableau ci-dessous renferme la synthèse des parties prenantes rencontrées.

Tableau 2. Parties prenantes rencontrées

Partie prenante	Activités de consultation	Cavally		Bélier		Lôh-Djiboua		Tonkpi		Gbêkê		Gôh		San Pedro		Gd Pont		Abidjan		Poro, Bagoué, Tchologo ⁶		Gontougo		Marahoué		Total	
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Autorités préfectorales	Entretien et/ou Réunions Publiques	10	-	2	2	-	-	-	--	4	-	5	1	1	1	2	4	1	-	-	-	11	-	15	6	51	08
Autorités municipales	Entretien et/ou Réunions Publiques	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	02	01
Services déconcentrés de l'état	Entretien et/ou Réunions Publiques	11	-	6	6	5	-	6	1	4	-	8	2	7	2	6	6	4	3	-	-	6	-	4	1	67	21
CNAM	Entretien	-	-	1	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	02	05
Personnel médical	Entretien et/ou Réunions Publiques	12	3	7	2	3	5	5	2	2	-	6	6	1	4	2	5	4	25	-	-	-	2	-	1	42	55
Chefferie locale et leaders religieux	Entretien, Focus Group	6	-	1	-	1	-	8	-	2	-	16	-	12	-	3	-	2	-	-	-	9	-	15	-	75	00

⁶ Voir photo de la mission conjointe MSHPCMU, SE-CONNAPE & BM

Partie prenante	Activités de consultation	Cavally		Bélier		Lôh-Djiboua		Tonkpi		Gbêkê		Gôh		San Pedro		Gd Pont		Abidjan		Poro, Bagoué, Tchologo ⁶		Gontougo		Marahoué		Total		
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
et/ou communautaires	et/ou Réunions Publiques																											
Association de jeunes	Focus Group et/ou Réunions Publiques	1	-	2	-	2	-	10	-	1	-	4	-	3	-	1	-	27	-	-	-	9	-	4	-	64	00	
Associations de femmes	Focus Group et/ou Réunions Publiques	-	1	-	-	-	2	-	1 2	-	1	-	9	-	6	-	7	-	4	-	-	-	-	11	-	12	00	65
Usagers des services médicaux	Entretien / Focus Group	12	5	2	2	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	18	-	-	2	-	1		19	27	
Organisations Non Gouvernementale	Entretien, et/ou Réunions Publiques	2	-	-	-	1	-	2	-	3	-	-	-	2	2	7	-	-	-	-	-	-	-	9	20	26	22	
Total		55	9	21	14	13	8	31	1 5	16	2	40	18	27	16	21	22	41	50	-	-	38	13	50	40	348	204	

Ces rencontres ont concerné pour l'essentiel les autorités étatiques locales, les services techniques et administratifs, y compris les organisations professionnelles, mais aussi les organisations de la société civile locale (ONG locales, groupements et associations de femmes et de jeunes) et les autorités coutumières. Cette approche a facilité le recensement des points de vue et préoccupations des différents acteurs concernés par le projet et aussi le recueil des suggestions et recommandations qu'ils ont formulées.

Les photos, la liste des personnes rencontrées et les procès-verbaux (PV) de consultations des parties prenantes sont inclus dans le document annexe du présent rapport de PMPP.

Lors des différentes réunions publiques organisées, les parties prenantes ont exprimé leurs préoccupations, craintes, suggestions et recommandations vis-à-vis du projet, notamment ceux en lien avec les thématiques ou points ci-après :

- l'accès aux services sanitaires et ceux liés à la nutrition et au développement de la petite enfance ;
- les conditions de réussite du projet ;
- les opportunités offertes par le projet et gestion équitable des ressources et retombées du Projet ;
- la gestion des risques et impacts environnementaux et sociaux inhérents aux activités du projet ;
- la prise en compte du genre et de l'inclusion sociale dans le projet ;
- la gestion des éventuels conflits et plaintes liées au projet ;
- les types d'informations à communiquer, et les canaux de communication à privilégier ;
- la gestion des préoccupations spécifiques des différentes parties prenantes.
- les projets et programmes en cours.

3.2.3. Synthèse des résultats de consultations des parties prenantes

Le tableau 3 renferme les résultats de consultations des parties prenantes. Ces résultats constituent le récapitulatif des préoccupations, attentes et suggestions des parties prenantes consultées. Les détails figurent en annexe 12 du présent document.

Tableau 3. Récapitulatif des préoccupations, attentes et suggestions des parties prenantes consultées

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"> - Forte influence sur les acteurs institutionnels locaux et les communautés, - Bonne connaissance et implication dans les activités des projets antérieurs, - Réhabilitation de plusieurs établissements sanitaires, - Délimitation des espaces prévus pour les centres de santé, - Création d'emploi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des infrastructures sanitaires, - Centre de santé mal équipé (mobilier, médicaments, matériel d'analyse, etc.), - Plusieurs centres de santé en état de délabrement, - Absence d'électricité dans certains centres de santé, - Faible opérationnalisation de la CMU, - Problème foncier (construction et activités présentes sur le site des hôpitaux), - Mauvaise gestion des déchets sanitaires, - Manque de personnel de santé, laboratoires, - Absence de banque de sang dans plusieurs localités, - Présence de dispensaires non agréés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opérationnaliser la CMU, - Renforcer les plateaux techniques des établissements sanitaires en région, - Pourvoir les structures en personnel de santé, surtout les médecins spécialistes, - Multiplier la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires, - 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.

Acteurs	Points discutés	Atouts	Préoccupations/craintes	Suggestions et recommandations des acteurs
Les services techniques régionaux (DRMSHP, DRMINADE R, 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, - Subsidés pour motiver les agents des centres de santé ; - Installation d'incinérateur dans plusieurs 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, - 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. 	<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, etc.), - 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 santé, et formation du personnel sanitaire sur l'accueil des malades.
Populations (COGES, leader religieux,	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du projet, - Préoccupations majeures, 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du taux de fréquentation des centres de santé, 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des infrastructures sanitaires (surtout les maternités), - Infrastructures sanitaires et équipement sont vieux, 	<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,

Acteurs	Points discutés	Atouts	Préoccupations/craintes	Suggestions et recommandations des acteurs
coutumiers, etc.)	- Suggestions, recommandations.	<ul style="list-style-type: none"> - 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"> - 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, - 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"> - 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, - Sensibiliser les agents de santé dans la ponctualité et l'assiduité dans les centres sanitaires, renforcer le personnel en nombre - Renforcement du parc ambulancier, - Améliorer les pistes d'accès aux centres de santé ; - Promouvoir le dispositif de confidentialité, - Renforcer les pharmacies des centres de santé, - Sensibiliser au danger des médicaments de la rue, - Former et sensibiliser au cancer du col de l'utérus et du sein et mettre en place un dispositif de dépistage fréquent.
Tous les acteurs	- Présentation du projet,	Augmentation de la productivité des	Utilisation irrationnelle des intrants (produits phytosanitaires) pouvant	Encadrer les bénéficiaires pour une utilisation responsable des produits phytosanitaires

Acteurs	Points discutés	Atouts	Préoccupations/craintes	Suggestions et recommandations des acteurs
	<ul style="list-style-type: none"> - Préoccupations majeures, - Suggestions, recommandations. 	exploitations agricoles de la zone du projet (couvrir la période de soudure ou les aliments de base manquent)	entraîner des impacts négatifs sur la santé et l'environnement	
			Détournement de la production pour des fins commerciales essentiellement et non pour les ménages	Promouvoir l'agriculture intensive en appliquant les itinéraires techniques appropriés.
			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).
			Accaparement du projet par des gestionnaires au détriment de la communauté	Identifier (en accord avec les bénéficiaires) et former, des personnes ressources au niveau local capables de gérer durablement le projet.
Tous les acteurs		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. 	Impliquer effectivement toute la population y compris les hommes dans la mise en œuvre du projet.
ONG, OSC, Associations/ groupements de femmes	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du projet - Préoccupations majeures 	Agriculture, solution de la lutte contre la malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Participation effective des bénéficiaires au projet, - Place de la société civile dans l'exécution du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l'agriculture « biologique », - Appuyer les initiatives communautaires de prise en charge de la nutrition,

Acteurs	Points discutés	Atouts	Préoccupations/craintes	Suggestions et recommandations des acteurs
	- Suggestions, recommandations			<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 déconcentrés (agriculture, ressources animales et halieutiques ; environnement, Santé, Education nationale)	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du projet - Préoccupations majeures - Suggestions, recommandations 	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 œuvre 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
		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, - Veiller à ce que les terres utilisées pour les cultures soient immatriculées.

Acteurs	Points discutés	Atouts	Préoccupations/craintes	Suggestions et recommandations des acteurs
Populations : Communautés villageoises	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du projet, - Préoccupations majeures, - Suggestions, recommandations. 	<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.

D'une manière générale, le projet est très bien apprécié par les différentes parties prenantes rencontrées lors des consultations. Ces consultations se poursuivront tout au long de la phase de préparation et d'exécution du PSNDPE.

Le PMPP a utilisé et continuera d'utiliser diverses techniques de mobilisation pour établir des relations avec les parties prenantes, les consulter et recueillir des informations auprès d'elles ainsi que pour diffuser des informations sur le projet.

Au moment du choix de la technique de consultation, plusieurs éléments seront pris en considération, notamment le niveau d'éducation formelle des différentes parties prenantes et les sensibilités afin d'assurer l'atteinte des objectifs de chaque activité de mobilisation.

Pour les parties prenantes présentant un intérêt et un pouvoir faible vis-à-vis du PSNDPE, des actions de communication seront le plus souvent suffisantes pour satisfaire leurs besoins.

3.2.4. Synthèse des opinions différenciées des jeunes et des femmes

Les femmes et les filles vulnérables ont un accès limité aux prestations de protection sociale et de santé (PSS) en raison des lacunes en matière d'information, du coût élevé des services, du manque de travail formel ou des longues distances jusqu'au point de service. Elles sont généralement les plus durement touchées par les chocs, rencontrent de plus grandes difficultés pour accéder aux soins de base, courent un plus grand risque de perdre des revenus économiques et de retomber ou de s'enfoncer davantage dans la pauvreté.

Par ailleurs, les femmes et les filles sont exposées de manière disproportionnée aux pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales, l'exploitation et le mariage des enfants, lesquelles constituent de graves menaces pour leur santé. Les femmes et les adolescentes pauvres et vulnérables, en particulier celles issues des zones rurales et reculées, sont confrontées à un risque accru de décès maternel en raison de l'accès limité et de la disponibilité de soins de qualité pour garantir le continuum de soins, des soins respectueux et compatissants, la prévention de la SSR/VBG avec une attention particulière aux MGF, et les services de soins⁷.

Les femmes rurales ou pauvres ont souvent du mal à accéder à des services de garde d'enfants abordables et aux normes. Elles ont généralement recours aux aides familiales ou à des bénévoles non qualifiés, ce qui est de nature à aggraver leur vulnérabilité.

Les femmes et les jeunes se concentrent dans les emplois informels et vulnérables privés de la protection de la législation du travail et des avantages sociaux, tels que la retraite, le travail décent, l'assurance maladie, le congé de maternité ou les congés de maladie payés. Les Jeunes sont la couche sociale la plus touchée par le chômage (25%, contre moins de 10% pour les plus âgés)

A la faveur des consultations des parties prenantes sur le terrain, les jeunes ont confirmé ces faits en alléguant que le coût des cotisations de la CMU est élevé vu que la grande majorité d'entre eux est au chômage. Les jeunes ont également présenté leurs préoccupations relatives aux éventuelles opportunités offertes par le projet en termes d'emplois créés par les travaux de construction ou réhabilitation et/ou d'animation de centres de santé et/ou de centres d'enrôlement. A cet effet, les jeunes ont souhaité que les processus de recrutement soient transparents. Ils ont aussi exprimé leur souhait d'être impliqué dans les diverses campagnes de communication et de sensibilisation.

⁷ Voir Document d'évaluation du projet (PAD), paragraphe 102, p.48

Pour ce qui concerne les femmes, elles ont globalement salué l'avènement du PSNDPE en ce sens qu'il leur permettra de mieux prendre soin de leurs enfants, d'avoir la bonne information sur la nutrition des enfants, d'être informées et éduquées sur la santé et la nutrition des enfants, avoir des agents et des services de santé infantile de qualités proches des populations. Elles ont émis le souhait d'être directement impliquées (pas d'intermédiaire entre elles et le projet) pour bénéficier au mieux des retombées du projet. Enfin, les femmes en milieu rural ont présenté leurs besoins en termes d'appui pour leurs activités de production et de commercialisation des produits agricoles (produits maraichers, huile de palme, graines de palme, féculents et autres intrants pouvant être utilisés pour la confection des aliments infantiles, etc.).

Les femmes ont estimé que le montant des cotisations de la CMU est élevé, et ont dénoncé les tracasseries liées à l'utilisation de la carte CMU qui sont :

- Le fait qu'elle ne couvre pas tous les médicaments et prestations ;
- Les nombreuses démarches à mener dans différents bureaux pour régler les éventuels soucis techniques avant d'être servi ;
- Le fait que la carte CMU ne peut pas souvent être utilisée en zone rurale.

Tableau 4. Synthèse des opinions différenciées des femmes et des jeunes

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
Les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Main d'œuvre potentielle pour le projet ; - Fort intérêt pour les activités. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ce projet est la bienvenue pour les enfants qui sont fragiles et exposés à la malnutrition dans certaines régions particulièrement ici à l'ouest de la Cote d'Ivoire ; - Risques de détournement et de malversation ; - Risque d'exclusion des jeunes dans les retombées (opportunités d'emploi) offertes par le projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Que l'UCPS-BM fasse bon usage des opportunités et des bienfaits du projet face aux malversations et favoritismes qui sont une gangrène dans le pays. - Adjoindre des jeunes, pas seulement des agents de l'Etat, au programme PSNDPE
Les femmes	Actrices majeures. Elles s'occupent de la santé et la sécurité des enfants.	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de communication sur les activités du projet - Existence de VBG, EAS et HS - Accès limité à la terre pour l'agriculture 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir la bonne information sur la nutrition des enfants, être informé et éduqué sur la santé et la nutrition des enfants, avoir des agents et des services de santé des enfants de qualités proches des populations rurales ; - Être directement impliquées (sans intermédiaire) pour les informations et les activités qui les concerne.

Source : Rapport de collecte des données (Focus femmes et jeunes)

3.2.5. 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 que selon les statistiques du Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant (MFFE) au moins 7 919 cas de VBG ont été enregistrés en Côte d'Ivoire au cours de l'année 2022 par les structures de prise en charge. Ces sont dominés par les dénis de ressources, d'opportunités et de services (DROS) avec une proportion de 38,81 %. Les incidents de viol représentent 15,13 % des cas de VBG. En revanche, en 2021, un total de 6 040 cas de VBG avait été enregistrés dont 954 cas de viols, 1391 cas d'agressions physiques et 1052 cas de violences psychologiques et émotionnelles.

Comparativement à 2021, on constate une hausse du nombre d'incidents signalés en 2022 (6 040 cas à 7 919), soit une augmentation de 31,10 %. Cette augmentation est observée pour tous les types de VBG, à l'exception des agressions sexuelles.

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 (-18 ans), 5 974 victimes ont été enregistrés et pris en charge par les services sociaux et les ONG en 2022 dont 66,59% de filles et 33,41% de garçons. Ici encore, l'on constate que les filles sont plus exposées que les garçons.

Les formes de vulnérabilités les plus observées chez les enfants sont la privation de soins et les viols qui représentent respectivement 17,51% et 16 %. Les cas de déni de ressources, d'opportunité ou de services, de maltraitances physiques et psychologiques, de disparition et d'abandon s'avèrent

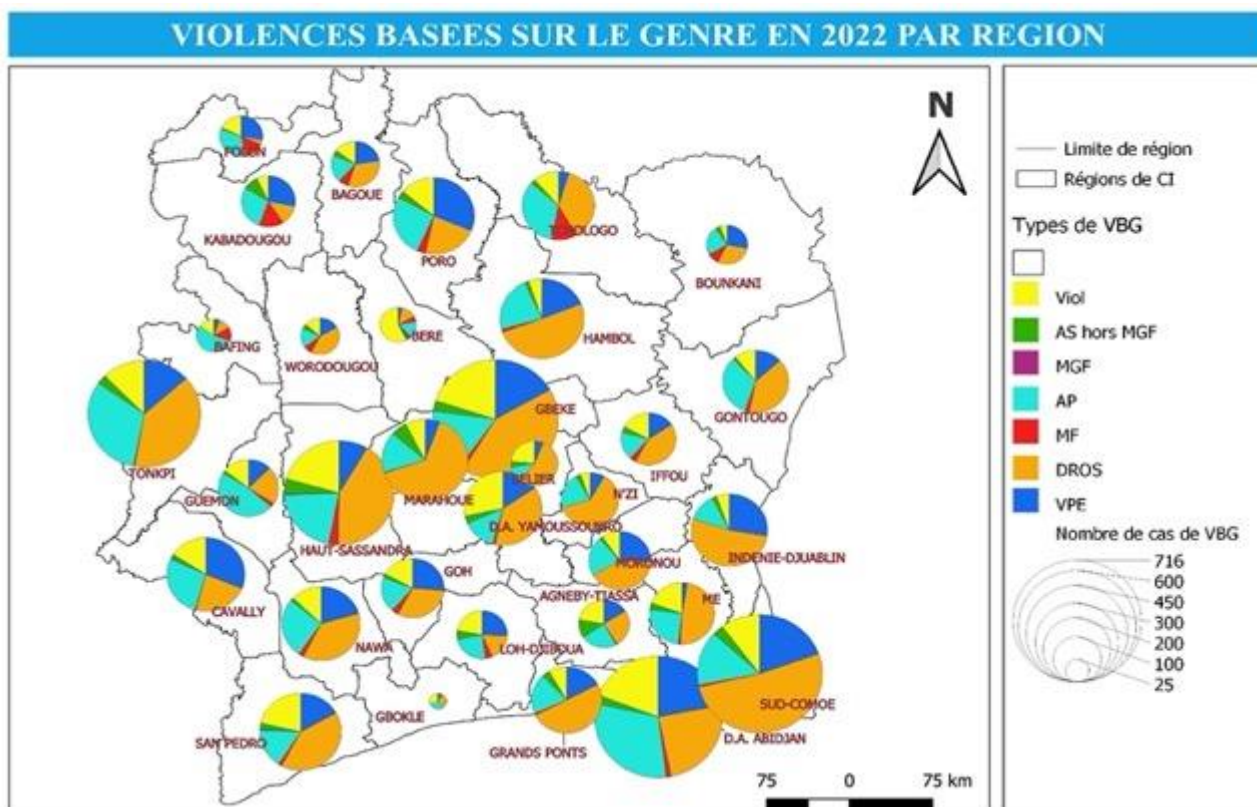
aussi importants. Les enfants non déclarés se positionnent avec un taux de 5,54 %⁸. Les incidents de mariages forcés, de viols et de privation de soins dont sont victimes les enfants ont connu un accroissement selon ce rapport qui estime que cette aggravation pourrait s'expliquer par la négligence des parents, leur vulnérabilité socio-économique, la méconnaissance d'une alimentation équilibrée et les pesanteurs socio-culturelles.

Au niveau de la répartition spatiale des incidents, les régions les plus touchées en 2021 étaient les Lagunes, le Sud-Comoé, le Gbêkê, le Haut-Sassandra, le Tonkpi, la Nawa et San-Pedro. En 2022, ce sont cinq régions qui ont déclaré le plus grand nombre de cas, à savoir le District d'Abidjan (716 cas) ainsi que les Régions du Gbêkê (687 cas), du Sud-Comoé (681 cas), du Tonkpi (552 cas) et du Haut-Sassandra (529 cas)⁹.

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. Les plateformes sont installées autour des centres sociaux qui sont des structures publiques animées par un personnel spécialisé dans le travail social. Elles sont des mécanismes de prise en charge multisectorielle et de gestion des cas au niveau communautaire.

Les plateformes regroupent l'ensemble des acteurs locaux impliqués dans la réponse aux VBG au nombre desquels figurent les prestataires de santé et les organisations de la société civile.

Figure 4. Carte de répartition des VBG rapportées en 2022 par région administrative



Source : MFFE, Annuaire statistique 2022

⁸ Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant, Annuaire statistique 2022, Abidjan, mai 2023

⁹ Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant, Annuaire statistique 2022, Abidjan, mai 2023

3.2.6. Examen des points qui pourraient constituer des goulots d'étranglement

Les principaux goulots d'étranglement à considérer sont :

- Les travaux de construction et/ou réhabilitation des centres de santé et centre d' enrôlement ;
- Les opérations d' enrôlement des assurés et utilisateurs de la CMU ;
- L' usage de la CMU et les services de soins et de nutrition proposés par les centres de santé.

3.2.6.1. Travaux de construction et/ou réhabilitation des centres de santé et centre d' enrôlement

Les travaux de construction et/ou de réhabilitation des centres de santé et/ou d' enrôlement CMU, à cause de leurs lenteur (non-respect des calendriers d' exécution) peuvent être à l' origine d' un ralentissement général du projet.

Pour éviter cette situation, il est indiqué de recruter des entreprises sur la base de leurs expériences de ce type de projet, et éviter au mieux les retards de paiement.

3.2.6.2. Opération d' enrôlement des assurés et utilisateurs de la CMU

La forte affluence saisonnière¹⁰ des souscripteurs dans les centres d' enrôlement, surtout à l' approche de la rentrée scolaire, peut être à l' origine d' un goulot d' étranglement. Cette situation pourrait ouvrir la porte à la discrimination (les agents commis à l' enrôlement des usagers auront tendance à prendre en charge préférentiellement leurs amis et connaissance).

Pour éviter cette situation, il faut :

- Sensibiliser les usagers afin qu' ils se fassent enrôler à des périodes de moindre affluence ;
- Dématérialiser une partie du processus de l' enrôlement afin que les usagers puissent la faire depuis leur domicile ou dans un Cyber café ;
- Sensibiliser les agents commis à l' enrôlement sur les questions liées à l' éthique, la transparence, l' égalité, l' équité et l' inclusion sociale.

3.2.6.3. Usage de la CMU et les services de soins et de nutrition proposés par les centres de santé

Un autre facteur entravant se situe au niveau du service rendu à l' usager de la CMU, ou des services sanitaires ou de nutrition. En effet, avec le nombre de personnes désormais assurées, les centres de santé seront beaucoup plus fréquentés que par le passé. Cette forte affluence dans les centres de santé pourrait se heurter à la lenteur dans la délivrance des actes ou services, et ralentir les activités du projet.

¹⁰ Surtout à l' approche de la rentrée scolaire, vu que l' Etat a assujéti l' inscription des élèves de plus de 16 ans à leur enrôlement et à la régularité de leurs cotisations à la CMU.

Pour éviter cette situation, le projet devrait effectivement recruter et former des agents de santé, et des animateurs de centre de CNAM.

IV. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PARTIES PRENANTES

4.1. Catégories 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 ;
- **Parties intéressées** : individus, groupes ou entités qui pourraient ne pas ressentir/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 projet que tout autre groupe en raison de leur vulnérabilité¹¹, 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.

4.1.1. 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 ;

¹¹ 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 ;

Globalement, l'ensemble des populations vivant en Côte d'Ivoire soit plus de trente millions de personnes sont les bénéficiaires potentiels des interventions du projet, notamment en ce qui concerne les prestations de la couverture maladie universelle. (CMU). Cette population est très jeune, plus de trois quart de la population ayant moins de 35 ans (75,6%), 12,6% ayant moins de 5 ans et plus d'une personne sur trois (38,3%) est âgée de moins de 15 ans. En revanche, à peine 2,6% de la population est âgée de 65 ans ou plus¹².

Selon les résultats des consultations, les populations facilitent la mise en œuvre du projet et la pérennisation des acquis. De ce fait, afin de mieux impliquer les populations dans la mise en œuvre du projet, il est primordial de :

- connaître leurs besoins spécifiques et essayer d'y répondre, si cela n'est pas possible, expliquer les raisons par le biais d'une restitution itérative avec les communautés ;
- communiquer avec elles et leur délivrer des informations de qualité ;
- engager toutes les parties prenantes, y compris celles qui sont vulnérables, dans la prise de décisions et la mise en œuvre du projet.

Tableau 5. Répartition de la population totale résidente par type de ménage, selon / sexe

Population des ménages	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ordinaires	15 266 032	99,49	14 010 628	99,76	29 276 660	99,62
Collectifs	74 150	0,48	32 593	0,23	106 743	0,36
Sans abri	4 808	0,03	939	0,01	5747	0,02
Total	15 344 990	100	14 044 160	100	29 389 150	100

Source : Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2021

4.1.2. Les Parties prenantes intéressées

¹² Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2021

Les parties prenantes intéressées du projet incluent toutes les entités et communautés impliquées et indirectement affectées notamment :

- les entités gouvernementales, y compris les services départementaux et l'administration territoriale et autres entités qui assurent le contrôle de l'utilisation des ressources naturelles et la protection de l'environnement, la santé et la sécurité des communautés, le bien-être humain, la protection sociale et l'emploi, etc. ;
- les collectivités territoriales, les communautés riveraines, et les populations riveraines des zones de travaux qui peuvent bénéficier d'opportunités de travail, d'emploi et de formation découlant du projet, et de l'amélioration du cadre de vie dans les zones desservies par le PSNDPE ;
- les organisations de la société civile et les chefferies locales qui poursuivent des intérêts environnementaux et socio-économiques ainsi que la médiation et la protection des droits des communautés et peuvent devenir des partenaires du PSNDPE ;
- les entreprises et fournisseurs de services, de biens et de matériaux qui seront impliqués ou intéressés par les activités du projet de manière plus large ;
- les Partenaires techniques : le projet s'attachera également des services de partenaires techniques sur les questions de conseil et d'assistance technique ;
- les bailleurs de fonds, (notamment la Banque mondiale) ;
- les médias et les groupes d'intérêt associés, y compris les médias parlés, écrits et audiovisuels ainsi que leurs associations.

Les parties prenantes intéressées sont présentées – de manière plus détaillée - dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6. Catégories des parties prenantes et leurs rôles

Catégorie	Partie prenante	Entité	Rôles
Gouvernement (entités gouvernementales, y compris les services départementaux et l'administration territoriale et autres entités)	Primature	Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le Développement de la Petite Enfance (CONNAPE)	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Catégorie	Partie prenante	Entité	Rôles
	Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale	Direction Générale du Travail	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<div>÷ Direction de la Promotion du Genre et de l'Équité (DPGE)</div> <div>÷ Programme nationale de lutte contre les VBG</div>	Suivi des questions sociales et relatives aux violences basées sur le genre, travail des enfants
	Ministère des ressources animales et halieutiques	Comité Pesticides	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation et accompagnement des populations sur l'utilisation des pesticides ; - Fourniture de la liste des produits homologués
	Ministre d'Etat, Ministre de l'Agriculture et du	ANADER	Accompagnement des activités agricoles

Catégorie	Partie prenante	Entité	Rôles
	Développement Rural		
Secteur privé (Entreprises et fournisseurs de biens et de services)	<ul style="list-style-type: none"> - Secteur privé sanitaire - Secteur privé du BTP 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournisseurs de services, de biens et de matériaux ; et Prestataires - Entreprises 	<ul style="list-style-type: none"> - Fourniture d'équipements et de matériel médicaux - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (travaillant dans le domaine de nutrition et de la	Faitière FENOSCI, Caritas CI, ITPC, Alliance Côte d'Ivoire, Croix-Rouge de Côte d'Ivoire, ONG Lumière Action, ONG Akonda, ONG Human, ASAPSU, Assistance Côte d'Ivoire (HACI), ONG La Source Agents de Santé	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à la mise en œuvre du plan de communication Information, sensibilisation et mobilisation des communautés ; - Appui à l'extension des réseaux de soins à travers la construction d'hôpitaux dans les zones reculées ; - Appui à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH-SIDA ; - Sensibiliser les populations sur la santé maternelle et infantile et plus particulièrement dans la lutte contre la malnutrition ;

Catégorie	Partie prenante	Entité	Rôles
	santé) et Organisations à base communautaire	Communautaires (ASC), ONG kids'House, ONGs/OBC locales, (voir la liste en annexe 3).	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien à l'autopromotion sanitaire urbaine ; - Soutien des populations vulnérables et défavorisées en leur assurant un bon état nutritionnel ; - Défense des intérêts des communautés - Appui à la gestion des plaintes, rétro-information, veille citoyenne et redevabilité sociale
Médias	Radio, journaux, télévision, Web, artistes	<ul style="list-style-type: none"> - Presse écrite nationale (de tous les bords : gouvernementale, opposition, autres partis politiques et autres presse privée) ; - Télévisions nationales ; - Radios nationales ou locales (voir la liste en annexe 4) ; - Sites web ; - Réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, YouTube, Twitter) ; Influenceurs, Web Artistes musiciens 	<ul style="list-style-type: none"> - 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,	<ul style="list-style-type: none"> - Partage d'informations stratégiques sur le Projet, - Conseil, appui technique et financier
	Bailleurs	Banque mondiale	<ul style="list-style-type: none"> - Appui technique et financier Supervision des activités du projet - Garant de la participation des parties prenantes

Catégorie	Partie prenante	Entité	Rôles
Personnel du projet	PSNDPE	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel de l'UCPS-BM - Personnel de PMNDPE - Agences d'exécution locale 	<p>Implication de ces acteurs dans les processus de consultation et d'engagement afin de mieux communiquer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.

4.1.3. Personnes ou groupes défavorisés/vulnérables

4.1.3.1. Identification des personnes ou groupes 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. Généralement certains facteurs sont considérés comme induisant la vulnérabilité, à savoir : le handicap, le statut socio-économique, l'origine raciale et ethnique, la religion, le sexe, la géographie, la vulnérabilité aux chocs, l'âge, etc. Le croisement des facteurs de vulnérabilités a permis d'identifier onze (11) groupes de personnes vulnérables ou à risque de l'être qui seront associées aux activités du projet. Il s'agit entre autres :

- Des personnes en situation de handicap (physiques ou mentaux) ;
- Des personnes malades, particulièrement les personnes atteintes du VIH/SIDA ou d'autres maladies graves, chronique ou incurables ;
- Des personnes du troisième âge, particulièrement quand elles vivent seules ;
- Des ménages dont les chefs sont des femmes ;
- Des ménages dont le chef de famille identifié comme étant un individu sans ressources ou quasiment sans ressources ;
- Des chômeurs ;
- 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 migrants et populations à risque d'apatridie ;
- 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).

4.1.3.2. Aperçu de la vulnérabilité en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, la pauvreté reste un phénomène essentiellement rural. En effet, l'incidence de la pauvreté en milieu urbain en 2018 était de 24,7%, contre 54,7% en milieu rural. 85,2% des ménages pauvres sont dirigés par un homme contre 14,8% dirigés par des femmes. Ces ménages pauvres sont plus présents dans le Gbêkê (9%) et le Tonkpi (8,5%).

En 2020, ce sont 428 827 personnes (dont 64,5% de femmes et 7,4% d'enfants de 0 à 14 ans) qui vivaient avec le VIH en Côte d'Ivoire.

En 2014, la Côte d'Ivoire comptait 450 000 personnes en situation de handicap, répartie entre 90% d'handicapés physiques et 10% d'handicapés psychiques, dont 57,4% d'hommes et 42,6% de femmes. Environ 70% de ces personnes handicapées vivaient en milieu rural. Le tableau en termes de prise en charge des handicapés est le suivant :

- 30% qui sont pris en charge par l'Etat ;
- 50% qui sont pris en charge par leurs familles respectives ;
- 20% qui sont pris en charge par des structures (ONG, Ambassade, etc.).

En termes d'accès aux services de santé adéquat, la proportion des personnes vulnérables ayant accès auxdits services de santé est estimée à 18%.

Au 3^{ème} trimestre de l'année 2022, les programmes OEV de soutien aux enfants et leurs familles affectées par le VIH Sida ont identifié 260 442 bénéficiaires dont 188 851 OEV (72,51%) et 71 591 adultes (27,49%) membres des ménages. Parmi ces bénéficiaires, 55,99 % sont de sexe féminin et 44,01 % de sexe masculin. Le pourcentage de bénéficiaires servis est de 82,20 %, dont 72,98% d'OEV et 27,02% adultes membres des ménages OEV¹³. Pour ce qui concerne la nutrition, il est évident que les ménages contenant des personnes vivant avec un handicap, ceux contenant des personnes vivant avec une maladie chronique et les ménages ayant des enfants 0-4 ans orphelin de père ou de mère sont plus exposés à l'insécurité alimentaire avec des taux respectifs de 14,20%, 13,60% et 12,80%.

4.1.3.3. Dispositions à prévoir en vue de porter l'assistance aux individus et groupes vulnérables

Pour faire face aux 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, le PSNDPE 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 ;

¹³ Idem, p.50

tenue de réunions ciblées durant lesquelles les parties prenantes vulnérables se sentiraient plus à l'aise pour poser leurs questions ou formuler leurs préoccupations.

- les organisations de la société civile (ONG, OCB, etc.) actives dans la zone du projet qui œuvre avec les groupes vulnérables, notamment les personnes handicapées, ont été identifiées afin d'établir des relations avec les professionnels de santé de leurs Districts sanitaires respectifs.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités visant à porter assistance aux individus et groupes vulnérables, les dispositions suivantes ont été prévues. Pour la phase de démarrage, deux principales ONG ont été identifiées :

- La faitière FENOS-CI, regroupant plusieurs ONG intervenant dans le domaine de la santé en Côte d'Ivoire, réparties sur la totalité des 113 Districts sanitaires qui constituent la zone d'intervention du Projet ;
- Caritas Côte d'Ivoire, présente sur toute l'étendue du territoire. Elle est une structure sociale de l'Église catholique déclarée au Ministère de l'Intérieur en 1968 et compte plus de 20 000 Communautés Ecclésiales de Base (CEB), 15 Caritas Diocésaines et plus de 400 Caritas. Son action vise à encourager le développement agricole, améliorer l'accès à l'eau potable et aux systèmes sanitaires, ainsi que soutenir des projets d'activités génératrices de revenus. Caritas Côte d'Ivoire est activement engagée dans la promotion des droits de l'homme et la protection des enfants vulnérables.

4.2. Analyse et évaluation des parties prenantes

L'analyse et l'évaluation des parties prenantes déterminent la relation probable entre les parties prenantes et le projet, et aide à identifier les méthodes de consultation appropriées pour chaque groupe de parties prenantes pendant la durée du projet. Certaines des méthodes, les plus courantes utilisées pour consulter les parties prenantes comprennent :

- téléphone / email ;
- des entrevues individuelles ;
- des ateliers / groupes de discussion ;
- distribution de brochures et de bulletins d'information ;
- des réunions publiques ; et
- journaux / magazines / radio.

L'évaluation des craintes et des attentes des parties prenantes de manière détaillée permettra de prendre certaines décisions sur l'effort nécessaire pour traiter leurs besoins. Cela dépend de leur niveau d'intérêt et leur capacité à influencer les résultats du projet :

- l'Intérêt (élément motivateur) d'une partie prenante est considéré comme fort de par sa proximité ou de sa dépendance à l'égard du projet ;
- le Pouvoir (capacité d'influencer le projet) d'une partie prenante est défini par sa capacité à influencer sur les résultats du Projet ou à persuader ou forcer des parties prenantes à prendre des décisions et à adopter une ligne de conduite à l'égard du Projet.

Au moment de décider de la fréquence et de la technique d'engagement appropriée utilisée pour consulter un groupe de parties prenantes particulier, trois critères seront pris en compte :

- l'étendue de l'impact du projet sur le groupe des parties prenantes ;
- l'étendue de l'influence du groupe de parties prenantes sur le projet ; et
- les méthodes d'engagement et de diffusion de l'information culturellement acceptables et suivant les niveaux de connaissance desdites parties prenantes.

En général, l'engagement est directement proportionnel à l'impact et à l'influence, et à mesure que l'impact d'un projet sur un groupe de parties prenantes augmente ou que l'influence d'un acteur particulier augmente. L'engagement avec ce groupe de parties prenantes doit s'intensifier, s'approfondir en termes de fréquence et d'intensité de la méthode d'engagement utilisée. Les parties prenantes présentant un intérêt et un pouvoir fort vis-à-vis du projet seront managées de près et leurs attentes seront prises en compte. Ceci passera par des actions de communication et de consultation et par la mise en œuvre des engagements du projet. Pour les parties prenantes présentant un intérêt et un pouvoir faible vis-à-vis du projet, des actions de communication seront le plus souvent suffisantes pour satisfaire leurs besoins.

Les consultations et réunions tenues dans le cadre des processus de la préparation du projet, ont servi à alimenter le PMPP. D'autres consultations seront tenues dans le cadre de la mise à jour du présent PMPP.

Ainsi, les parties prenantes présentant un intérêt et un pouvoir fort vis-à-vis du PSNDPE seront suivies de près et leurs attentes seront prises en compte. Ceci passera par des actions de communication et de consultation et par la mise en œuvre des engagements du projet.

4.2.1. Consultations et participation

La consultation repose sur une démarche inclusive et participative conduite tout le long du cycle du projet, dans le but de construire entre des parties prenantes, une adhésion et une mobilisation effectives et efficientes pour l'évaluation et la gestion du projet. A cette étape du PSNDPE et dans le cadre du présent PMPP, certaines activités de consultation et de participation des parties prenantes sont déjà engagées et d'autres seront planifiées. La matrice ci-dessous délivre une vision synthétique des stratégies globales pour gérer les parties prenantes. Ces stratégies en fonction des couples intérêt / pouvoir sont décrites ci-dessous :

Tableau 7. Stratégies globales pour gérer les parties prenantes

Pouvoir de la partie prenante	Intérêt de la partie prenante	Stratégie à adopter	Descriptif des stratégies globales pour gérer les parties prenantes
Fort	Fort	Collaborer	Les individus ou organismes de cette catégorie sont considérés comme étant des "parties prenantes naturelles" de par leurs forts niveaux d'intérêt et de pouvoir. La collaboration avec ces individus ou

Pouvoir de la partie prenante	Intérêt de la partie prenante	Stratégie à adopter	Descriptif des stratégies globales pour gérer les parties prenantes
			organismes est donc essentielle pour assurer leur soutien tout au long du projet.
Fort	Faible	Satisfaire	Les individus ou organismes de cette catégorie n'ont pas d'intérêt particulier pour le projet, mais leur fort niveau de pouvoir peut les amener à intervenir et s'opposer à celui-ci. Identifier et satisfaire leurs besoins spécifiques est une manière de développer leurs niveaux d'intérêt tout en évitant les conflits futurs.
Faible	Fort	Communiquer	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 ces parties prenantes peut se révéler bénéfique dans le cas où l'une de ces entités obtiendrait plus de pouvoir.
Faible	Faible	Surveiller	Les individus ou organismes de cette catégorie sont liés de loin au projet : ils n'accordent que peu d'importance à sa réussite et n'ont pas spécialement d'influence sur l'atteinte des objectifs. La stratégie à mettre en place consiste alors à surveiller ces parties prenantes au cas où leurs niveaux de pouvoir et/ou d'intérêt augmenteraient.

4.2.2. Analyse et synthèse des besoins des parties prenantes au projet

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 dans les quatorze districts que compte le pays du 12 au 17 décembre 2022, et du 14 Août au 1^{er} septembre 2023. 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.

La matrice suivante présente une synthèse de l'analyse et des besoins des parties prenantes du PSNDPE désagréé par groupe, à savoir parties prenantes touchées et autres parties prenantes concernées. Une attention particulière est accordée aux personnes ou groupes vulnérables au sein de chacun des groupes de parties prenantes.

Tableau 8. Synthèse des besoins des parties prenantes

Catégories de partie prenante	Entité	Besoins linguistiques	Moyens de notification privilégiés (courriels, téléphone, radio, lettre)	Besoins spéciaux
Gouvernement et Collectivités territoriales	<ul style="list-style-type: none"> - 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 et Services déconcentrés de l'état (Directions Régionales et/ou Départementales de l'Environnement et du Développement Durable ; de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle ; de l'Agriculture et du Développement Rural ; et des Ressources Animales et Halieutiques ; etc.). 	Français	<p>La transmission des informations se fera par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radios communautaires ; - des relais communautaires ; - des courriers ; - le téléphone - les réunion d'information et - de consultation <p>Fréquence : permanente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informations et formation sur le projet. - Implication dans le Projet
	Collectivités territoriales, conseils régionaux	Français	<p>La transmission des informations se fera par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des radios communautaires ; - des relais communautaires ; - des courriers ; 	<p>Informations et formation sur le projet</p> <p>Implication dans le Projet</p>

Catégories de partie prenante	Entité	Besoins linguistiques	Moyens de notification privilégiés (courriels, téléphone, radio, lettre)	Besoins spéciaux
			<ul style="list-style-type: none"> - le téléphone - les réunions d'information et - de consultation Fréquence : mensuelle.	
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 : <ul style="list-style-type: none"> - des visites avec traducteurs et représentants de la société civile ; - des courriels (courrier électronique), - des courriers édités, téléphone - des rencontres, visites, radios locales, etc. Fréquence : permanente	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Des handicapés (physiques ou mentaux), - Des vieillards, particulièrement quand ils vivent seuls, 	<ul style="list-style-type: none"> - Français ; - Langues vernaculaire ; - braille ; 	Informations transmises par : <ul style="list-style-type: none"> - Radios communautaires ; - Relais communautaires ; - Entretien spécifique avec les personnes concernées ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Attention prioritaire et particulière accordée aux personnes vulnérables - Moyens de déplacement

Catégories de partie prenante	Entité	Besoins linguistiques	Moyens de notification privilégiés (courriels, téléphone, radio, lettre)	Besoins spéciaux
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Langage de signes 	<ul style="list-style-type: none"> - boîtes à images etc. <p>Fréquence : permanent</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance médicale, financière - Scolarisation des enfants <p>La prise en compte des personnes économiquement faibles dans le projet Filets Sociaux Productifs</p> <p>Prise en charge médicale, psycho- sociale, 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) susceptibles d'être affectés par les activités du Programme	<p>Français ;</p> <p>Langues vernaculaires ;</p> <p>Braille ;</p> <p>Langage de signes</p>	<p>La transmission des informations se fera par des rencontres, visites, radios, locales, etc.</p> <p>Fréquence : permanente</p>	<p>Informations et formation sur le projet</p> <p>Séances de consultations publiques</p> <p>Information sur l'enrôlement et le fonctionnement de la CMU</p>

Catégories de partie prenante	Entité	Besoins linguistiques	Moyens de notification privilégiés (courriels, téléphone, radio, lettre)	Besoins spéciaux
La Société civile	<ul style="list-style-type: none"> - ONG Lumière action, - ONG Akonda, - ONG Human Assistance Côte d'Ivoire (HACI), - ONG La Source - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Informations et formation sur le projet - Implication dans le Projet
Autorités coutumières ou organisations Communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Chambre nationale et Chambres régionales des rois et chefs traditionnels; - organisations de femmes et des jeunes, - comités villageois, etc. 	Français ; Langues vernaculaires	La transmission des informations se fera par des rencontres, visites, radios, locales, Fréquence : permanente	<ul style="list-style-type: none"> - Informations et formation sur le projet - Implication dans le Projet
Travailleurs dans le cadre du Programme	<ul style="list-style-type: none"> - 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

V. PROGRAMME DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES

5.1.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).

5.2. Calendrier du programme de mobilisation des parties prenantes

Le PSNDPE comprend trois (03) phases qui se chevauchent, chacune d'une durée de quatre (04) ans et qui seront mises en œuvre sur une période totale de 10 ans de manière séquencée à partir d'octobre 2023.

Pour les premières étapes, il est primordial de divulguer des informations justes et pertinentes sur le projet et d'entreprendre des consultations approfondies d'une manière qui offre la possibilité aux parties prenantes, notamment les PAP et d'autres intervenants qui sont directement ou indirectement touchés par le projet de donner leur avis sur les risques, les effets et les mesures d'atténuation du projet. Ces consultations des parties prenantes favorisent le développement de relations solides et constructives et permettent de renforcer l'adhésion des populations au projet, ainsi que sa mise en œuvre efficiente. Elles devront donc se poursuivre tout au long du cycle du projet. Au niveau des différentes sous-composantes, les activités envisagées comprendront des consultations supplémentaires avant leur démarrage, pour assurer une bonne sélection des bénéficiaires, la transparence et la responsabilité sur les modalités du projet, et permettre aux voix de la communauté de former la base de la conception concrète de chaque intervention.

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 9. 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>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

Etape de réalisation du projet	Liste des informations à communiquer	Méthodes proposées	Calendrier : lieux/dates	Parties prenantes ciblées	Pourcentage atteint	Responsabilités
		<p>Radios de proximité dans les localités cibles</p> <p>Radios communautaires</p> <p>Consultation du public (regroupement ou focus groupe)</p>				
Phase d'exécution, du Suivi et d'évaluation du projet	<p>Durée des activités du projet</p> <p>(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</p>	<p>Publication dans le quotidien national et privé, affiches, la radio, la télévision ;</p> <p>Diffusion de 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</p>	<p>Un communiqué dans la presse écrite nationale</p> <p>À la radio et à la télé, une 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

Etape de réalisation du projet	Liste des informations à communiquer	Méthodes proposées	Calendrier : lieux/dates	Parties prenantes ciblées	Pourcentage atteint	Responsabilités
	rendus de ces réunions)	sociaux. (Facebook, WhatsApp, etc.) 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 Consultation du public (regroupement ou focus groupe)				

5.3.Méthodes de mobilisation des parties prenantes

Pour la mobilisation et l'engagement des parties prenantes dans le contexte du projet, une variété de techniques peut être utilisées, l'objet étant d'établir des relations avec les parties prenantes, recueillir des informations auprès d'elles, les consulter et diffuser des informations sur le projet auprès du public. Lors du choix d'une technique de consultation appropriée, les méthodes de consultation culturellement appropriées en vue de l'engagement avec un groupe de parties prenantes doivent être pris en compte.

Certaines méthodes ou outils sont couramment utilisés pour la mobilisation des parties prenantes.

Il s'agit entre autres de correspondances, de communication directe avec les parties prenantes, de réunions formelles, de réunions publiques, de réunion en groupe de discussion, de la page Facebook ou du site internet du projet, de communiqués Radio – Télé, et de communiqués de presse ainsi que tous les supports de communication et d'information (porte-document, flyer, roll-up, brochures, dépliants, posters, documents et rapports de synthèse non techniques). Il faut noter que chaque composante aura besoin de méthodologies distinctes pour mobiliser les parties prenantes.

En plus des supports de communication, des ateliers et événements de sensibilisation du projet, en particulier les ateliers de formation, de réflexion et de partage d'expériences, assureront une grande mobilisation des parties prenantes concernées. Leurs visibilitées seront assurées à la fois par des livrets de formation et des articles de presse qui paraîtront après les ateliers et événements programmés dans le cadre du projet.

5.4.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 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 saisine, le processus de traitement des Plaintes etc.) ;
- les ONG identifiées pour jouer le rôle de relais entre les communautés et le Projet ;
- l'engagement citoyen ;
- les conditions d' enrôlement à la CMU et fonctionnement ;
- les critères de sélection des fournisseurs ;
- l'objectif et les principes de la réinstallation ;
- les 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'elle 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 utilisés 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 10. 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	<ul style="list-style-type: none"> - Presse écrite nationale « fraternité matin », affiches, la radio et la télévision nationale (RTI) ; - Brochures, dépliants, affiches, documents et rapports de synthèse ; - Correspondance, les réunions officielles ; - Visites de terrain, - Consultation du public, entrevues, - Diffusion sur site Internet Web du Projet, les médias sociaux. (Facebook, WhatsApp, etc.) - Radios de proximité dans les localités cibles - Entretien de groupe ou focus group) 	Au début du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Autorités administratives et sanitaires - Services Techniques - Collectivités territoriales - Entreprise privée, prestataires, etc. - Communautés locales - Organisation de la société civile 	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE - Comité de pilotage
2	Risques et impacts environnementaux et sociaux du projet sur les communautés, les mesures d'atténuation et de bonification, notamment sur les personnes vulnérables	Réunions formelles et réunions publiques d'information, Diffusion sur site Internet Web du Projet, les médias sociaux (Facebook, WhatsApp, etc.) les résultats des EIES/NIES, consultations publiques, Focus group spécifiques pour les groupes de femmes et de filles.	Du début à la fin du projet	Le Ministère de tutelle ; les ministères techniques, les services administratifs techniques déconcentrés, les collectivités territoriales, les ONG, les PAP, les médias etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE - Maître d'ouvrage délégué

N°	Informations à communiquer	Méthodes proposées	Calendrier	Parties prenantes ciblées	Responsable
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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Informer, expliquer le 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 	Dès après leur approbation et avant la mise en œuvre	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
7	Communication sur les risques EAS/HS (annexe au CGES) et signature des codes de conduite	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Mettre en place un numéro de téléphone pour assurer la récolte des plaintes et les commentaires 	En permanence	Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées)	Unité de Coordination du PSNDPE
8	Procédures de réinstallation éventuelle des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - Information consultations des autorités compétentes en la matière ; - Information et consultations publiques comprenant un renforcement des droits des personnes affectées et comment accéder au MGP en cas de non-respect ; réunions officielles sur les compensations/indemnisations 	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 entreprises, les ONG, les PAP, les médias	Unité de Coordination du PSNDPE Comité de pilotage des PAR
PHASE DES TRAVAUX					
1	Durée des activités du projet (Enjeux environnementaux et sociaux ; mécanisme de gestion des	<ul style="list-style-type: none"> - Publication dans le quotidien gouvernemental et privé, - Affichages publics, - Diffusion à la radio nationale et de proximité, à la télévision nationale ; 	A toutes les phases du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Autorités administratives et sanitaires - Services Administratifs et Techniques - Collectivités territoriales - Agences d'exécution 	Unité de Coordination du PSNDPE

N°	Informations à communiquer	Méthodes proposées	Calendrier	Parties prenantes ciblées	Responsable
	plaintes ; mobilisation des parties prenantes, participation et implication des acteurs et des populations locales ; notifications et les comptes rendus de ces réunions)	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Affiches des procédures d'appel d'offres, documents et rapports de synthèse non techniques 		<ul style="list-style-type: none"> - Entreprise, prestataires, etc. - Communautés locales - ONG, Organisation de la société civile 	
2	Procédures de réinstallation (PAR)	Information Consultations publiques ; vulgarisation des PAR ; discussions avec chaque PAP recensé concernant les types de compensation souhaité	Pendant la mise en œuvre des PAR	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 entreprises, les ONG, les PAP, les médias	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE - Comité de gestion et d'exécution du PAR
3	Mécanisme de gestion des plaintes	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion de l'information et explication du MGP à toutes les parties prenantes. 	Pendant la durée des travaux	Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées)	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE - Entreprises, Prestataires

N°	Informations à communiquer	Méthodes proposées	Calendrier	Parties prenantes ciblées	Responsable
		<ul style="list-style-type: none"> - 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 			
4	Plan d'action EAS/HS	<ul style="list-style-type: none"> - Information et formation sur les VBG/EAS/HS sur les sites de mise en œuvre des activités par réunions formelles et réunions publiques d'information pour tout travailleur du projet. - 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. 	Pendant la durée des travaux	Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées)	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE - 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

N°	Informations à communiquer	Méthodes proposées	Calendrier	Parties prenantes ciblées	Responsable
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					
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)	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE - Entreprises, Prestataires -

5.5. 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 11. 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. 	Unité de Coordination du PSNDPE
<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, 	<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 	Unité de Coordination du PSNDPE

Stades du projet	Sujet de la Consultation/Message	Méthodes proposées	Période	Parties prenantes	Responsabilité
		presse écrite et audiovisuelle).		<ul style="list-style-type: none"> - Organisations communautaires de base - Société civile. 	
<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. - 	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, réhabilitations et réinstallations - Liste des acteurs communautaires et 	<ul style="list-style-type: none"> - Lettres d'informations aux acteurs concernés - Organisations d'ateliers - Revue des documents et rapports - Entretiens semi-structurés - Focus group avec les différents acteurs et organisations concernés ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Pendant la réalisation de l'étude. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les parties prenantes du PSNDPE 	Unité de Coordination du PSNDPE

Stades du projet	Sujet de la Consultation/Message	Méthodes proposées	Période	Parties prenantes	Responsabilité
	acteurs institutionnels. - Liste des acteurs et groupes d'acteurs vulnérables identifiés	- Groupe de discussion avec les services techniques. - Réalisation d'enquêtes -			
- Validation des instruments et documents de sauvegardes, environnementale et sociale et publication des documents.	- Obtention d'ANO - Rapport d'étude	- Diffusion médiatique nationale/locales (radio, presse écrite et audiovisuelle) - Publication sur le site internet du Ministère du tutelle et les Ministères techniques concernés - Organisations d'ateliers de dissémination - Dépôt des rapports dans les bibliothèques des administrations et collectivités locales.	- Après validation et approbation du rapport par la partie prenante gouvernementale et de la Banque mondiale.	- Toutes les parties prenantes du PSNDPE	Unité de Coordination du PSNDPE
- 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	- Listes des clauses sociales et environnementales - DAO - Plan de gestion environnementale et sociale.	- Dépôt des documents dans les services administratifs et services techniques centraux et déconcentrés, collectivités territoriales concernées, - Traduction du PGES chantier dans les langues locales	- Avant le début des travaux.	- Entreprises adjudicataires - Administration et services techniques centraux et déconcentrés - Collectivités territoriales.	Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Suivi évaluation, Spécialiste en Passation de Marchés, Spécialiste en Sauvegarde environnementale, Spécialiste en

Stades du projet	Sujet de la Consultation/Message	Méthodes proposées	Période	Parties prenantes	Responsabilité
approbation du PGES-chantier. -					Sauvegarde social, Expert VBG/EAS/HS).
- 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. 	- 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/HS - Spécialiste en Suivi évaluation).
- Surveillance interne de la mise en œuvre des mesures sociales et environnementales et diffusion du rapport.	- Rapport interne de surveillance.	- Dépôt des documents dans les services administratifs et services techniques centraux et déconcentrés, collectivités territoriales concernées.	- Pendant l'exécution des travaux des sous-projets.	<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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Sauvegarde environnementale, Spécialiste en Sauvegarde social, Expert VBG/EAS/HS - Spécialiste en Suivi évaluation).

Stades du projet	Sujet de la Consultation/Message	Méthodes proposées	Période	Parties prenantes	Responsabilité
<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 - ONG locales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Unité de Coordination du PSNDPE (Spécialiste en Sauvegarde environnementale, Spécialiste en Sauvegarde social, Expert VBG/EAS/HS - 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/HS - Spécialiste en Suivi évaluation).

Stades du projet	Sujet de la Consultation/Message	Méthodes proposées	Période	Parties prenantes	Responsabilité
				- Partenaires Techniques et Financiers.	
- Audit de mise en œuvre des mesures de sauvegardes.	- 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. 	- 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. 	- Unité de Coordination du PSNDPE
- Exploitation	- Mesures d'entretien et gestion des ouvrages	- Suivi régulier des infrastructures construites ; radio	- Périodiquement après la mise en exploitation des ouvrages	- Toutes les parties prenantes du projet (touchées et concernées)	- Unité de Coordination du PSNDPE

5.6. 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.

5.7.Examen des commentaires

Le spécialiste en sauvegarde environnementale, le spécialiste en sauvegarde sociale et l'expert VBG sont chargés 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 s'appuiera au niveau local sur les ONG d'intermédiation sociale (annexe 4), notamment la Faitière FENOSCI, Caritas Côte d'Ivoire, ITPC, Alliance Côte d'Ivoire, Croix-Rouge de Côte d'Ivoire, ONG Lumière Action, ONG Akonda, ONG Human, ASAPSU, Assistance Côte d'Ivoire (HACI), ONG la Source, les Agents de Santé Communautaires (ASC), ONG kids'House, ONGs/OBC locales. 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.

5.8.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 des activités, 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).

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

6.1.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 (annexe 5) et au Suivi – évaluation du PMPP (annexe 6).

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 12. 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.

6.2.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 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.

VII. MECANISME DE GESTION DES PLAINTES

7.1.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.

7.2.Principes de base

Le mécanisme de gestion des plaintes sera mis en œuvre en respectant les principes suivants :

- **Accessibilité** : il sera facile à utiliser (simple et adaptée), communiquée de façon claire (pas de jargon technique, langage adapté) et sans obstacle (coûts, disponibilité).
- **Transparence et responsabilité envers toutes les parties prenantes** : Il est de la responsabilité de l'UCP et de ses partenaires techniques de s'assurer que les préoccupations ou plaintes soulevées par les parties prenantes soient traitées au travers d'un processus équitable, claire et transparent et suivi d'actions concrètes de dans un laps de temps jugé adéquat.
- **Pertinence** : la procédure de gestion des plaintes prendra en compte les spécificités du contexte culturel et aux structures de gouvernance locales.
- **Proportionnalité** : La mise en œuvre de la procédure de gestion des plaintes sera proportionnelle à l'impact négatif potentiel sur la partie prenante concernée.
- **Protection** : le mécanisme de gestion des plaintes devra protéger le plaignant de toutes actions de représailles et ne pas empêcher l'accès à d'autres voies de recours en incorporant une politique claire de non-représailles, des mesures pour assurer la confidentialité et la protection physique des plaignants, protéger la collecte de données personnelles et offrir aux plaignants la possibilité de soumettre des plaintes de façon anonyme si nécessaire.
- **Diffusion de la procédure (information et sensibilisation des communautés et autres parties prenantes)** : Le Spécialiste en Sauvegarde Sociale de l'UCP a la responsabilité d'informer et de sensibiliser, en amont, les parties prenantes sur l'existence et le fonctionnement du mécanisme de gestion des plaintes.

7.3.Le dispositif et ses acteurs

7.3.1. Le(la) plaignant(e)

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.

Canaux de transmission des plaintes

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.

Récepteurs des plaintes

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.

7.3.2. 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.

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 mise en causes. 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.

Au niveau sous-préfectoral

Dans chaque sous-préfecture où s'exécutent les activités, un Comité Sous-préfectoral de Gestion des plaintes (CSGP) est mis en place et présidé par le Sous-préfet. Le CSGP 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.

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.

Au niveau national

Un Comité National de Gestion des Plaintes (CNGP) est mis en place et présidé par le Coordonnateur de l'UCP. Il est composé du Coordonnateur de l'UCP, du Spécialiste 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 Spécialiste 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) (annexe 7 et 11).

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.

7.4. 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.

7.4.1. Réception et enregistrement de la plainte (annexe 8)

Le plaignant introduit sa plainte en utilisant les canaux prévus à cet effet ou en se rendant physiquement chez le point focal chargé de la réception des plaintes. 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 (annexe 9) 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).

7.4.2. Evaluation de la recevabilité de la 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.

En revanche, 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.

7.4.3. Accusé de réception (annexe 10)

Quel que soit le mode de transmission de la plainte (courrier, verbal, appel téléphonique, SMS, plainte directe, réseaux sociaux, etc.), le point focal, après avoir procédé à l'enregistrement, doit délivrer au (à la) plaignant (e), un accusé de réception. Cet accusé de réception qui confirme au plaignant l'enregistrement et la recevabilité ou non de son dossier et l'informe sur les étapes suivantes de la procédure, les délais et les coordonnées de contact du responsable des plaintes. Au cas où la plainte ne serait pas recevable, l'accusé de réception informe le plaignant sur les motifs d'exclusion de sa plainte ; et, dans la mesure du possible, lui conseille sur d'autres voies de recours. Ceci peut se faire à réception de la plainte ou par la suite.

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.

Dans le cas d'une plainte exprimée par voie électronique, une réponse automatique de réception de la plainte comprenant les mêmes informations énoncées plus haut est envoyée au plaignant.

Si les réclamations sont exprimées au cours d'une réunion, elles seront inscrites dans le procès-verbal de la réunion et officiellement transmis au plaignant.

7.4.4. Investigation ou enquête approfondie

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 ; et
- en consultant toute autre partie impliquée pour effectuer une analyse objective des circonstances de la situation.

7.4.5. Traitement de la plainte

Proposition de résolution

Une fois l'enquête terminée, une proposition provisoire raisonnable, proportionnée à la plainte et tenant compte des normes culturelles devra être élaborée. Pour ce faire, il revient aux différents acteurs impliqués dans le traitement des plaintes d'évaluer la plainte par rapport à son niveau de gravité et de proposer et mettre en place les actions pour la traiter, dans les délais notifiés au plaignant. Lesdits acteurs se servent du tableau ci-contre qui permet d'identifier et de 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).

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

Le responsable des plaintes discutera de la proposition provisoire avec le plaignant plutôt que de lui imposer le verdict de manière unilatérale. Le responsable des plaintes lui indiquera également les autres voies de recours possibles. Le plaignant aura l'opportunité d'accepter la proposition, de présenter une proposition alternative pouvant faire l'objet d'une discussion ou de la rejeter et d'envisager un autre processus de résolution des différends. L'accord final devra être précis, assorti de délais et agréé par les deux parties.

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.

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.

Mise en œuvre et suivi de la proposition de résolution

La proposition de résolution acceptée par les parties est mise en œuvre à l'aide des ressources dégagées et dans le délai imparti à cet effet. Les problèmes survenus pendant la mise en œuvre seront étudiés et gérés dans le cadre du suivi. 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.

Le suivi et l'évaluation du Mécanisme de Gestion des Plaintes seront réalisés par l'UCP.

Clôture de la plainte et archivage

La clôture du dossier survient après la vérification de la mise en œuvre d'une résolution de la plainte qui a été convenue. L'UCP à travers son Spécialiste en Sauvegarde Sociale doit s'assurer que les solutions proposées dans le cadre de la gestion des plaintes sont appliquées. Pour ce faire, il sera demandé au plaignant de fournir un retour d'information documenté sur leur degré de satisfaction à l'égard du processus de traitement des plaintes et du résultat.

Même en l'absence d'un accord, il sera important de clore le dossier, de documenter les résultats et de demander aux parties d'évaluer le processus et sa conclusion.

Un système d'archivage physique et électronique sera mis en place par le projet pour le classement des plaintes. Ce système sera composé de deux modules, un module sur les plaintes reçues et un module sur le traitement des plaintes. Ce système donnera accès aux informations sur : i) les plaintes reçues ii) les solutions trouvées et iii) les plaintes non résolues nécessitant d'autres interventions.

7.4.6. Procédure d'appel et possibilité de Recours à la justice

Tout(e) plaignant(e) non satisfait(e) de la réponse à sa plainte peut faire appel pour un réexamen. La procédure d'appel suit les quatre (4) niveaux de traitement des plaintes et se présente comme suit :

- les personnes non satisfaites du traitement de leur plainte par le Comité Local de Gestion des Plaintes (CLGP), peuvent faire appel au niveau du Comité Sous-préfectoral de Gestion des plaintes (CSGP);

- les plaignants non satisfaits du traitement de la plainte par le Comité Sous-préfectoral de Gestion des plaintes (CSGP) doivent remonter leur plainte au comité départemental de gestion des plaintes ;
- le dernier recours en cas de non-satisfaction est le Comité National de Gestion des Plaintes (CNGP).
- Recours au tribunal : L'objectif du Mécanisme de Gestion des Plaintes est le règlement à l'amiable des différentes plaintes liées aux activités du projet. Toutefois, 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.

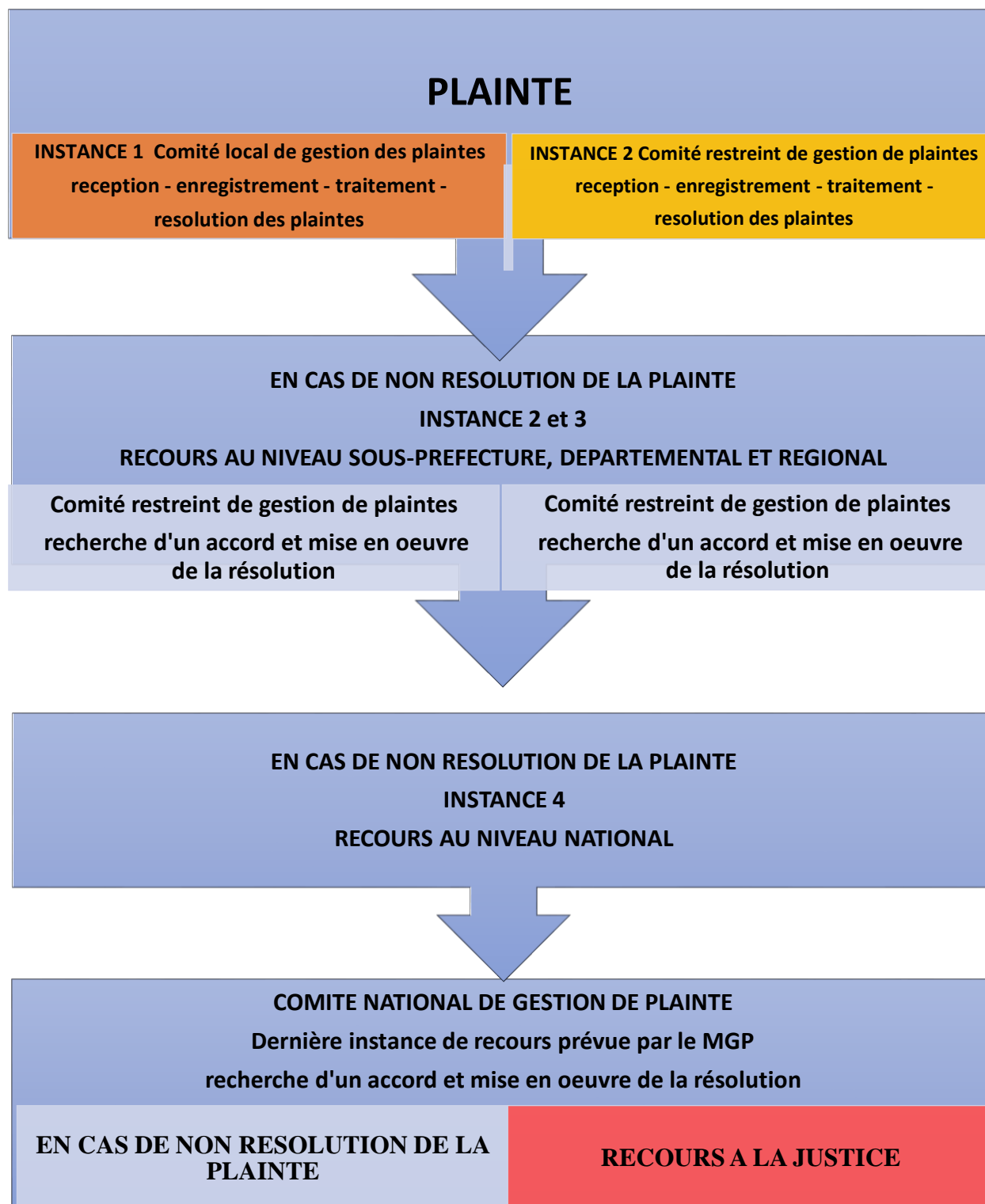
Ces dispositions prescrites par le Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP) du Projet s'applique à tous les niveaux des différentes instances de gestion des plaintes en cas de nécessité.

Tableau 13. Échéancier du traitement de la plainte

Activités	Fréquences et délai de traitement
Dépôt et réception des plaintes	Chaque jour ouvrable
Réception	Chaque jour ouvrable
Evaluation de la recevabilité de la plainte	1 à 2 jours après la réception de la plainte
Accusé de réception	48 heures

Activités	Fréquences et délai de traitement
Investigation ou enquête approfondie	3 à 5 jours à compter de la date de réception de la plainte
Proposition de réponse de résolution au plaignant, recherche d'un accord et mise en œuvre de la résolution de la plainte	3 jours ou 5 à 7 jours au cas où la plainte fait l'objet d'investigation approfondie.
Mise en œuvre et suivi de la proposition de résolution	<ul style="list-style-type: none"> - 2 jours après l'accord entre le(la) plaignant(e) et le projet - Entre 2 et 7 jours maximums, après l'accord entre le(la) plaignant(e) et le projet, pour les plaintes qui nécessitent une investigation.
Recours en cas d'insatisfaction du plaignant	7 jours

Figure 5. Etapes séquentielles des procédures de gestion et résolution de plaintes



7.4.7. 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 à savoir : la secrétaire technique ou un 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 et signalement 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 survivant-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.

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).

7.5. 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.

VIII. SUIVI ET ETABLISSEMENT DES RAPPORTS

8.1. 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 les 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.

8.2.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 (ucpsante-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 seront intégrés 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 aigues ✓ 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. Liste des Districts, Régions, Département, hôpitaux et localités visités par le Consultant

District	Région/Préfet de Région	Département/Préfet de Département	Nombre d'hôpitaux (localités) visités	Hôpitaux / localités visités
District Autonome d'ABIDJAN	Abidjan	Abobo (Mairie)	3	CHR PUBLIC Houphouët Boigny
				CM PRIVE Clinique Soutra de ABOBO-SAGBE
				CSU-DM COMMUNAUTAIRE de ABOBO-AGOUETO
		Port Bouet (Mairie)	1	CSU-DM COMMUNAUTAIRE de PORT-BOUET GONZAGVILLE
		Cocody (Mairie)	1	CSU-D PUBLIC de COCODY M'BADON
		Bingerville	1	HG PUBLIC de BINGERVILLE
		Yopougon	3	CSU-DM COMMUNAUTAIRE de YOPOUGON ANDOKOI
				CENTRE SOCIAL de PORT BOUET 2
				HG PUBLIC de YOPOUGON-ATTIE
Bas-Sassandra	San-Pedro	Préfet de San-Pedro	3	HG PUBLIC de SAN PEDRO (Ex CHR)
				CSR-DM PUBLIC de BLAHOU

District	Région/Préfet de Région	Département/Préfet de Département	Nombre d'hôpitaux (localités) visités	Hôpitaux / localités visités
				CMS PUBLIC COOPAGA DE GABIADJI
Comoé	Sud-Comoé	Préfet d'Aboisso	4	CHR PUBLIC de ABOISSO
				CMS PRIVE de EHANIA
				CSR-D PUBLIC de AYEBO
				CSUS-CDV Communautaire de MAFERE
Gôh-Djiboua	Goh	Préfet de Gagnoa	6	HG / CHR PUBLIC de GAGNOA
				CSU-DM PUBLIC de GALEBRE
				CSR-D PUBLIC de GODELILIE
				CSR-D PUBLIC de KAKREDOU
				CSR-DM PUBLIC de GNALIEPA
				CSR-DM PUBLIC de ZEBIZEKOU
	Lôh-Djiboua	Préfet de Divo	4	CHR PUBLIC de DIVO
				CSR-DM PUBLIC de TABLEGUIKOU
				CSU-DM PUBLIC de DIDOKO
				CSR-D PUBLIC de DJIDJIDOU

District	Région/Préfet de Région	Département/Préfet de Département	Nombre d'hôpitaux (localités) visités	Hôpitaux / localités visités
Lacs	Bélier	Département de Toumodi	2	HG PUBLIC de TOUMODI
				CSR-DM PUBLIC de MORONOU
	Moronou	Département de Bongouanou	2	HG PUBLIC de BONGOUANO
				CSR-DM PUBLIC de BROU AKPAOUSSOU
Lagunes	Grands-Ponts	Département de Dabou	3	HG PUBLIC de DABOU
				CSR-DM PUBLIC de DEBRIMOU
				CSR-D PUBLIC de PETIT BADIEN
	La Mé	Département d'Adzopé	2	HG PUBLIC de ADZOPE
				CSR-DM PUBLIC de BOUDEPE
Montagnes	Cavally	Département de Guiglo	1	CSUS-SSSU PUBLIC de GUIGLO
		Département de Toulépleu	1	CSR-D PUBLIC DE PAHOUBLY
	Tonkpi	Département de Man	3	CHR PUBLIC de MAN
				CSR-D PUBLIC de MELAPLEU
				CSU-DM PUBLIC de LOGOUALE
Valée du Bandama	Gbêkê	Département de Bouaké	3	CHU PUBLIC de BOUAKE

District	Région/Préfet de Région	Département/Préfet de Département	Nombre d'hôpitaux (localités) visités	Hôpitaux / localités visités
				CSU-DM PUBLIC de BROBO
				CSR-D PUBLIC de KAHANKRO
Totaux				43

Annexe 3. Liste des ONG et OSC

Caritas Côte d'Ivoire

Téléphone: +225 224 20 684 / +225 22 429596 Fax: +225 224 20 698

Courriel: infocaritasci@yahoo.fr/caritascotedivoire@yahoo.fr**Faitière FENOS-CI**

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
REGION SANITAIRE D'ABIDJAN 1				
1	ASRU	Yopougon Ouest	TAH Kouakou Robert	07 59 09 29 03 ongasru1@gmail.com / kouakoutah1@gmail.com
2	KVT-HA	Songon	TSHIKATAH Dieudonné Aku Mansah	07 08 19 69 22 dieudonnesuccesjesus4u@gmail.com
3	CASES	Yopougon Est	DJE BI	05 05 02 60 86 djebiirielaurent@gmail.com
4	ADSR	Abobo Ouest	SILUE Pekaïdjo	07 07 62 40 24/05 06 44 34 96 psgci2015@gmail.com
5	SOLIDARITE PLUS	Abobo Est	TOURE Amara	07 07 29 33 08 tourea1994@gmail.com
6	AHICOU	Anyama	DAGO Martial	07 89 91 01 59 martialdago3@gmail.com
REGION SANITAIRE D'ABIDJAN 2				
7	MESSI	Cocody Riviera	AKAHOUA Jocelyn	07 08 81 97 13 jocelynrodrigueakahoua@gmail.com
8	KVT-HA	Cocody Angré	ELONG Prizo Marie Charlotte	07 48 05 09 28 charlottepriso458@gmail.com
9	MESSI	Bingerville	GBEI Justine	07 57 93 38 82 justinefloregebei@gmail.com
10	ASAPSU	Attecoubé	TIOTE Mory	07 49 38 8677/05 44 48 24 59 elmamoudtiote@gmail.com
11	ESPOIR	Adjamé	BENIE David Stéphane	07 68 21 05 94/01 40 49 70 30 davidlagachette1994@gmail.com
12	SANYA	Plateau	TRAORE Lassane	07 7878 06 45 31

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
				traorelassane1979@gmail.com
13	OVERLOVE	Marcory	BOUARE Keletigui	07 07 89 46 92 overlove.ci@gmail.com
14	LICH	Treichville-	TIA Aimée	07 89 59 06 61 doueamie@gmail.com
15	CBIEM-CI	Koumassi	CISSE	07 07 62 34 37 cisseamara711@gmail.com
16	CEDES-CI	Port-Bouët-Vridi	KREDI VADJO BRIGITTE	07 07 14 86 06 brigittekredi@gmail.com
17	CEDES-CI	Port-Bouët Littoral	GUIRODJE Yves	07 78 85 7 86 64/05 05 85 06 73 yvesguirodjie@gmail.com
REGION SANITAIRE DU SUD-COMOE				
18	FONDATION RAYON DE SOLEIL	Grand-Bassam	SAMAKE Issa	07 09 04 16 56 samakeissagb@yahoo.fr
19	FONDATION ADJAH		ACHI Obede	07 49 02 46 96
20	ABICOM	Bonoua	ELLO Frédéric	07 47 77 47 31 fredello@gmail.com
21	UACOM	Adiaké	TRAORE Sékou	07 49 02 42 13 sekoutraore1991@gmail.com
22	UACOM	Tiapoum	BANDE Aboudramane	07 09 38 23 02
23	UFFASSEDOS	Aboisso	AKOBE	01 01 89 18 46 akobejosee@gmail.com
REGION SANITAIRE DES GRANDS-PONTS				
24	FOI ET VIE	Dabou	KONATE Abdoul	07 78 01 40 61 ongfoietvie@gmail.com
25	ESSE	Jacqueville	BRUNO	07 09 55 78 59/05 55 79 35 68 badjobruno@gmail.com
26	EDJA	Grand Lahou	GUEI Nesserou	07 58 01 69 56/01 43 13 36 31 soseja.inter15@gmail.com
REGION SANITAIRE DE L'AGNEBI TIASSA				
27	FEMME=VIE	Tiassalé	KOUASSI Kouadio Ghislain	05 05 16 19 04 gislankouadio@gmail.com
28	MOCAM-CI	Sikensi	AHOUSSE Germain	05 05 44 98 10/07 08 77 26 71

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
				germainyabi@gmail.com
29	OUMOHO	Agboville	KOUADIO	07 09 53 89 71 kouadio.omouho@gmail.com
REGION SANITAIRE DU LOH DJIBOUA				
30	FRATERNITE POUR TOUS LES PEUPLES	Divo	OUATTARA Joël	07 57 42 43 23 jodesiouatt@yahoo.fr
31	ASD	Lakota	VODOUNOU Akouvi Elom Deloho	05 85 10 36 39
32	KVT-HA	Guitry	CAMARA Guelou Dorcas	07 08 24 43 53
REGION SANITAIRE DU GÔH				
33	APS-CI	Gagnoa 1	GOGOUA Francis	07 08 29 59 91 gogoaf Francis2019@gmail.com
34	PROSACOR		DASSE	07 07 62 77 57
35	UFDCEM	Gagnoa 2	DADJI Dady Olivier	07 58 30 50 30 ongufdcem@yahoo.com
36	AEES	Oumé	BOHOUSSOU	078 478 278 40 782/01 42 05 40 23 ongaees@gmail.com
REGION SANITAIRE DE LA NAWA				
37	UGEFOFOS	Soubre	KOFFI Théodore	07 58 42 99 82 ugefos@ymail.com
38	NIKAMO	Méaguy	DOSSO	07 09 91 74 67/01 41 24 85 80
39	ASPSMECI	Guéyo	KESSIE Obou Nicaise	07 09 23 26 01 kessienicaise@yahoo.fr
40	V2MR	Buyo	KOUADIO Nestor Roméo	07 57 52 06 25/05 05 86 01 81
41	FFS	Sassandra	KPOKOO Wilfried	07 57 92 28 17 wilfredkpokpo@gmail.com
42	SOS ENFANT	Fresco	DAGO Charles	07 79 67 00 76 dagocharlesf1983@gmail.com
REGION SANITAIRE DU GBOKLE				

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
43	MOCAM-CI	San-Pedro	KOFFI Raymond	07 47 08 44 65 raymondkoffi47@gmail.com
44	APROSAM		BROU Mah Elisabeth	05 05 10 86 09 broumah1@yahoo.fr
45	VICTOIRE PLUS		GNAGNAN Adra Fleure	07 08 18 48 36 vitoirepl@gmail.com gnanafle@gmail.com
46	AFFPROEX	Tabou	GBOGOU Sery Joseph	07 58 11 09 94 afproex@gmail.com
REGION SANITAIRE DE LA MARAHOUE				
47	KVT HA	Sinfra	DIAKITE	05 05 38 29 33
48	STOP PALU	Bouaflé	KOFFI Angaman Adolphe	05 64 25 82 78 ongstoppallu05@gmail.com ko.an.ad@gmail.com
49	ASAPSU	Zuénoula	SAPEU	07 89 92 42 31/07 57 74 25 83
REGION SANITAIRE DU HAUT SASSANDRA				
50	UACOM	Issia	DEHO	05 04 82 62 15
51	SAPHARM	Daloa	TEHE Doué Fulgence	07 08 83 06 45 fulgencedoue@gmail.com
52	CNADES	Vavoua	KOFFI Séraphin	07 09 32 39 86 cnades2017@gmail.com
52	SUR	Zoukougbeu	N'DA Pierre	07 08 84 34 48 ong.sur15@gmail.com
REGION SANITAIRE DU GUEMON				
53	BEP	Duékoué	DIABY	05 06 40 91 21
54	MANNE	BANGOLO	TO Dogbé Guy Mathias	07 58 80 88 97 dogbemathias@gmail.com
55	LIDHO	Kouibly	GUEI Didier	07 08 99 23 87
REGION SANITAIRE DU CAVALLY				
56	ASSISE	Guiglo	TOULO Villasco	07 07 31 63 25/01 50 53 56 67

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
				toulovilasco@gmail.com joelgladion225@gmail.com
57	CEDEEB	Tai	BAHOUA Noel	07 57 71 33 93
58	AMEPOUH	Blolequin	GOHO	07 49 12 38 58 gohoaloisevivien.1992@gmail.com
59	AFFPROEX	Toulepleu	DIBY Venceslas	07 57 94 12 24 vdibykonan@gmail.com
REGION SANITAIRE DU TONKPI				
60	CŒUR PLUS	Zouan Hounien	TOGBE Serge	07 09 26 15 18 togbeserge1@gmail.com
61	NOUSTOUS	Danané	KOUIPLEU Bernard	07 09 72 04 36
62	GFM3		DIE Diemon	07 08 96 56 49/05 84 44 08 81
63	ODAFEM	Man	ZRAN Pierre	05 08 62 77 57/05 6538 88 34
64	ODAFEM	Biankouma	KPANGNY Kacou	07 09 12 58 52 kpangniernestkacou@gmail.com
REGION SANITAIRE DU BAFING				
65	CNADES	Touba	KOUASSI N'Guessan	05 04 13 40 18 cnadestouba@gmail.com
66	CNADES	Koro	KONAN Yao Hyacinthe	07 49 10 11 32 onanyaohyacinthe01@gmail.com
67	CNADES	Ouaninou	HIEN Sansan Honore	07 07 14 89 44 Cnades52@gmail.com
REGION SANITAIRE DU BELIER				
68	RENAISSANCE SANTE	Yamoussoukro	TOUALY Dorothée	07 07 78 42 60 dorotheosso@yahoo.fr
69	EPE	Toumodi	KOUASSI Victorine	07 78 59 84 60 victorine479@gmail.com
70	EKA-EHOUN	Didiévi	EKRA	07 47 41 13 7 Ekarak82@gmail.com /eoukaeoun2011@yahoo.fr
71	AGRIRURAL	Tiébissou	KOUAKOU Rosemonde	07 07 48 03 91

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
REGION SANITAIRE DU N'ZI				
72	ACP2H	Dimbokro	ADON Pierre Marie Claude	07 49 43 31 81 acp2h@yahoo.fr
73	ASP	Kouassi- Kouassikro	KOSSAN Akahi Narcisse	05 64 38 68 11
74	ACP2H	Bocanda	YAO Amenan Aya	07 57 43 01 79 amenaya878@gmail.com
REGION SANITAIRE DU GBEKE				
75	PSCDP	Bouaké Nord- Ouest	DOUMBIA SOUMAILA	07 07 60 26 60 ssdoubmbia@yahoo.fr
76	AIP	Bouaké Nord-Est	BAMBA	07 78 80 93 35 mohamedisaac07@gmail.com
77	PSCDP	Bouaké Sud	YEO	07 08 78 74 70
78	PSCDP	Botro	YAO Amenan Charlotte	07 09 71 60 63 amenaya878@gmail.com
79	PSCDP	Sakassou	YAO N'Dry	07 07 77 46 01
80	PSCDP	Béoumi	KONAN	07 57 45 01 20
REGION SANITAIRE DU MORONOU				
81	TAUPKE	Bongouanou	EHOUMA Tehoua Paul	07 57 51 79 45 ongtaukpe@gmail.com
82	IDEES	M'Batto	N'GORAN Kouame	07 09 17 74 52
83	IDEES	Arrah	KOUAME Jacques	05 06 69 46 52
REGION SANITAIRE DU IFFOU				
84	CSCI	Daoukro	SEKRE Kouakou Dappah	07 08 13 91 54 70sekreto@gmail.com
85	REDEF	M'Bahiakro	DABONE Lacissa	07 58 41 91 59 Danbonelassina1@gmail.com / ongredef17@gmail.com
86	PANAFCI	Prikro	KOUMOU Yao Jean	07 09 33 32 85/01 40 83 72 80
REGION SANITAIRE DU HAMBOL				

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
87	CSCI	Katiola	TOURE	07 58 51 28 67
88	CENTRE SAS	Niakaramandougou	KONE Dofanguy Olivier	07 09 33 94 07
89	NOUVELLE VISION	Dabakala	BAMBA	07 47 34 62 08
REGION SANITAIRE DU TCHOLOGO				
90	SAVANE COM	Ouangolodougou	DOUYERIE	07 57 05 50 25 savane20052006@yahoo.fr
91	SINIKENEYA	Kong	DOA Souleymane	01 51 76 16 55 massasouleymanedao77@gmail.com
REGION SANITAIRE DU PORO				
92	ARK	Korhogo 1	YEO Théodore	07 49 10 72 15 theodoreyeo2@gmail.com
93	ARK	Korhogo 2	GBAYO	07 09 62 21 04/05 86 58 11 76 gbayopehekin@gmail.com
94	EVEIL	Sinématiali	BOMISSO N'Deloh	05 64 18 17 04 ndelohbgomisso@gmail.com
95	EVEIL	M'Bengué	KONATE Lamine	07 57 84 43 21 Konatelamine85@gmail.com
96	EVEIL	Dikodougou	PALE Djimi	07 09 86 53 98 paledjimi@gmail.com
REGION SANITAIRE DE LA BAGOUE				
97	CSCI	Boundiali	DOSSO Vassidiki	07 09 71 50 15 ydosso755@gmail.com
98	CENTRE SAS	Tengréla	SORO Lancina	07 88 03 36 85 lacinasoro69@gmail.com
99	CSCI	Kouto	KONATE	07 49 83 00 04
REGION SANITAIRE DU KABADOUGOU				
100	SOUTRA	Odienné	TRAORE Aboubacar	07 07 68 55 24 ongsoutra@gmail.com
101	SADHEV	Madinani	KONE Hamidou	07 58 08 05 33

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
REGION SANITAIRE DU FOLON				
102	CSCI	Minignan	DIABATE	05 04 71 35 91
103	UACOM	Kaniasso	KOFFI Yao Nicaise	07 09 21 15 12 nicaisekoffi0@gmail.com
REGION SANITAIRE DU BERE				
104	SAPHARM	Mankono	KOULAI	05 74 60 82 94
105	CNADES	Dianra	YAO Irène	07 68 60 71 23 yaoirene2016@gmail.com
106	GELCOS	Kounahiri	Charles	07 89 12 29 26 trabecharly@gmail.com
REGION SANITAIRE DU WORODOUGOU				
107	AIP	Kani	KAFANA	07 87 72 42 41
108	SAPHARM	Séguéla	DIOMANDE	05 06 71 82 33
REGION SANITAIRE DU BOUNKANI				
109	FLAMBOYANT	Bouna	BINI Abo Jonas	07 09 86 67 79 abobinijonas@gmail.com
110	FLAMBOYANT	Doropo	GBANE Kobenan Assouman	07 47 86 14 89 Gbaneassoumou93@gmail.com
111	FLAMBOYANT	Téhini	HIEN François	07 09 49 77 75 hienfrancois68@gmail.com
112	NOTRE GRENIER	Nassian	KOUASSI Kobenan Raphael	07 09 25 09 91/05 04 64 71 60 rafael2kouassi@gmail.com
REGION SANITAIRE DU GONTOUNGO				
113	EVEIL	Bondoukou	PALE Djimi	05 06 33 55 86
114	ASRU	Tanda	ALMAMY Mallick Toure	07 08 47 74 71/05 54 29 23 45 almosibraheidi@gmail.com
115	LIDHO	Koun Fao	BINI Kouame	07 07 71 66 79 kouamebini97@gmail.com
116	EVEIL	Sandégué	HIEN Binin Flora	07 77 65 31 87 Florahien10@gmail.com

N°	ONG	DISTRICT SANITAIRE/ LOCALITE	NOM ET PRENOMS SUPERVISEURS	CONTACTS
				Florahien9@gmail.com
117	EVEIL	Transua	KAMBOU Kpekpe	05 84 69 67 84/01 52 14 75 21 Kpekpekambou1@gmail.com
REGION SANITAIRE DE L'INDENIE-DJUABLIN				
118	GBH	Abengourou	KONAN Emanuel	05 05 71 35 21
119	OSCI	Agnibilékro	ASSOA Niangoran Jor.	07 07 29 08 57 jorrisassoa@gmail.com
120	ANOPACI	Béttié	ADOU	07 07 68 76 65
REGION SANITAIRE DE LA ME				
121	BA YA INTER	Adzopé	GBOCHO François	07 49 82 88 39/05 05 14 98 39 Ongbayainter2015@gmail.com
122	VSS	Akoupé	TAHA Anselme	07 47 48 36 07 tahanselme@gmail.com
123	VSS	Alépé	YAPI Armel	05 74 79 08 26
124	AHICOU	Yakassé Attoubrou	YAPO Alexandre	07 79 69 19 45

Annexe 4. Liste des radio locales

Radios identifiées	Départements/Communes	Fréquences d'émission en Mhz	Type de Radios
RADIO OXYGENE	Sinfra	89.5	Proximité
RADIO DE LA MARAHOUE	Bouaflé	92.3	Proximité
LA VOIX DU GONTOUGO	Bondoukou	90.5	Proximité
RADIO ZNZAN		96.9	Proximité
RADIO ARC-EN-CIEL	Abobo	102.0	Proximité
RADIO ABOBO FM		88.9	Proximité
AL HIKMAH FM		106.7	Confessionnelle
RADIO ESPOIR	Port Bouet	102.8	Confessionnelle
IVOIRE FM	Cocody	103.4	Proximité
RADIO FEMMES ACTIVES		105.0	Proximité
RADIO ALOBHE	Bingerville	100.8	Proximité
RADIO NATIONALE CATHOLIQUE (RNC)	Yopougon	102.5	Confessionnelle
RADIO FRATERNITE YOPOUGON		96.8	Proximité
RADIO SAN PEDRO	San-Pédro	90.0	Rurale
RADIO BONHEUR FM		104.4	Proximité
BIA FM	Aboisso	102.3	Proximité
RADIO DU CONSEIL REGIONAL SUD-COMOE		100.5	Proximité
DEFI FM	Gagnoa	98.2	Proximité
RADIO N'ZASSA TOUMODI (RNT)	Toumodi	95.8	Proximité
RADIO MORONOU	Bongouanou	100 Mhz	Proximité
RADIO LEBOUTOU FM	Dabou	103.7	Proximité
RADIO SUD BANDAMAN	Divo	102.6	Proximité

Radios identifiées	Départements/Communes	Fréquences d'émission en Mhz	Type de Radios
RADIO FRATERNITE		94.0	Proximité
LA VOIE D'ADZOPE	Adzopé	96.6	Rurale
KANIEN FM		99.9	Proximité
RADIO TCHOYASSO		107.2	Proximité
LA VOIE DE GUIGLO		107.3	Proximité
RADIO REGIONALE DU CAVALLY	Guiglo	99.3	Proximité
RADIO TOMPLOU	Toulepleu	89.7	Proximité
RADIO PAIX ET RECONCILIATION		95.5	Proximité
RADIO CATHOLIQUE LA VOIX DES 18 MONTAGNES	Man	104.7	Confessionnelle
RADIO AL FOURQANE		101.7	Confessionnelle
RADIO ONG DDO (Développement du grand ouest)		103.7	Proximité
TONKPI FM		97.6	Proximité
ALLIANCE FM	Bouaké	97.9	Proximité
RADIO DE L'ALLIANCE CHRETIENNE		89.4	Confessionnelle
RADIO DE LA VOIE DU SALUT		104.7	Confessionnelle
RADIO UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA		91.5	Ecole
RADIO AL FIRDAWS		88.8	Confessionnelle
RADIO DE LA PAIX		95.3	Institutionnelle
RTI RADIO BOUAKE		98.6	Proximité

Annexe 5. Formulaire de feedback ou doléances

Contact de l'UCP	Date de consultation	Lieu de la consultation
Nom et statut de la partie prenante	Adresse :	Email
	Tel :	
Problèmes/sujets soulevés	Résumé des résultats de la consultation	
Avons-nous oublié quelque chose qui a été soulevé durant la consultation ?		
Y a-t-il une information importante qui a été négligée ?		
Y a-t-il une autre prenante importante que nous devrions consulter ?		
Qu'est-ce qui vous intéresse le plus dans les programmes ?		
Quelles sont vos appréhensions sur les programmes ?		
Quelles informations aimeriez-vous qu'on partage avec vous ?		
Par quel canal ?		
Quelles sont vos suggestions et recommandations ?		

Annexe 6. Matrice du Plan de mobilisation des parties prenantes

Phase	Etapes/activités	Description	Activités d'engagement	Acteurs impliqués	Dates clés
Préparation/Instruction					
Mise en œuvre/ Travaux					
Mise en service (exploitation)					
Suivi (durabilité, pérennité)					

NB : cette matrice est un outil qui peut être utilisé pour l'élaboration du plan d'action de mise en œuvre du PMPP

Annexe 7. Procès-verbal de résolution de plainte

République du Côte d'Ivoire

Date :

Région de..... Département de.....

S/P de.....

Village de.....

Comite villageois de gestion des plaintes

Contact.....

PV DE RESOLUTION DE LA PLAINTE

L'an.....et le Suite à une plainte déposée
par Mme/M.....Au sujet de (motif)
.....
.....
.....

Il s'est tenue une réunion de conciliation entre les parties citées sous les auspices de Mme/M
.....président (e) du CGP.

A L'issue de cette réunion, il a été convenu ce qui suit :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ont signé : Le plaignant :

Le Président du Comité

Annexe 8. Modèle de formulaire d'enregistrement des plaintes

Formulaire de Remontée des plaintes	
<p>Nom de l'émetteur*:</p> <p><i>*Vous pouvez choisir de faire valoir votre droit de confidentialité et ne pas fournir ces informations.</i></p>	<p>Cochez la catégorie correspondante :</p> <p><input type="checkbox"/> Employé</p> <p><input type="checkbox"/> Client</p> <p><input type="checkbox"/> Autre partie prenante</p> <p>Détaillez :</p>
N° de la plainte	
Date de dépôt de la plainte	
Nom du plaignant	
Contact (adresse/tel)	
Sous projet mis en œuvre	
Activité objet de la plainte	
Description de la plainte	
<p>Quelles sont les circonstances de la plainte ? <i>Détaillez (Le cas échéant, joindre les images, documents ou autres justificatifs en pièce jointe)</i></p>	
<p>Quelle est la nature des conséquences (accident, pollution, atteinte aux conditions de vie, nuisances, menaces, etc.) ou des préjudices subis ? Si applicable <i>(Le cas échéant, joindre les images, documents ou autres justificatifs en pièce jointe)</i></p>	
<p>Quelles sont les causes de cette plainte ? Si identifiées</p>	
<p>Quelles sont vos attentes suite à la remontée de cette plainte ?</p>	
<p>Un contact a-t-il été préalablement établi auprès de (Insérer comité.....) au sujet de cette même plainte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Si oui, veuillez spécifier la date, le département ou la personne concernée ci-dessous :</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p>	
<p>Cette plainte a-t-elle fait l'objet de mesures ou d'actions correctives afin d'y remédier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Veuillez-le(s) décrire :</p>	
Formulaire rempli par	N° téléphone (optionnel) :

Nom et prénom (optionnel) :	Email (optionnel) :
Signature (optionnel) :	Date :

Annexe 9. Registre des plaintes

Registre des plaintes								
<i>Date de réception</i>	<i>Catégorie de partie prenante</i>	<i>Nom de l'émetteur (si non-confidentiel)</i>	<i>Description ou motif de la plainte</i>	<i>Formulaire de déclaration de plainte rempli ?</i>	<i>Département ou personne en charge de la gestion de la plainte</i>	<i>Description des mesures prises pour la résolution de la plainte</i>	<i>Date à laquelle l'accusé de réception a été envoyée</i>	<i>Date à laquelle la réponse a été envoyée</i>

Annexe 10. Fiche d'accusé de réception

République du Côte d'Ivoire Date :.....
 Région de..... Département de.....
 S/P de.....
 Village de.....
 Comite villageois de gestion des plaintes
 Contact.....

FICHE D'ACCUSE DE RECEPTION DES PLAINTES

Nom du plaignant ou nom de l'organisation soumettant la plainte (si le plaignant souhaite garder l'anonymat) suivi de son adresse :.....

Soumise : en personne ou par voie postale/courriel, téléphone.....

Madame/Monsieur,

Objet : Plainte au sujet de

Le comitéde gestion des plainte de..... accuse réception de votre plainte en date du

Le comité prend en compte vos préoccupations et vous remercie d'avoir soumis votre plainte. Il mettra tout en œuvre pour que votre plainte soit examinée rapidement et en toute équité.

Le comité est doté de procédures de règlement pour examiner et traiter les plaintes. Conformément auxdites procédures, votre plainte fait l'objet d'une évaluation à l'issue de laquelle le comité a conclu qu'elle satisfait aux critères de recevabilité, puis envisagera les prochaines étapes (*qu'elle ne satisfait pas aux critères de recevabilité. Donnez les raisons pour lesquelles la requête du plaignant ne satisfait pas aux critères de recevabilité et conclure le courrier par une formule de politesse et de remerciements*).

Le comité vous reviendra, dans un délai maximal de sept (7) jours à compter de la date du dépôt de votre plainte, avec une proposition de résolution.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Le Président du Comité

Annexe 11. Procès-verbal de Modèle de tableau relative à la décision finale à la plainte

Date de la résolution :	
Décision adoptée :	
Pièces justificatives (Compte rendu, Contrat, accord, Procès-Verbal, etc.) :	
Signature du président du comité de gestion des plaintes ou de son Représentant :	
Signature du plaignant :	

Annexe 12. Relevé des avis, craintes et suggestions des parties prenantes consultées par grande zone géographique (Nord, Sud, Est, Ouest et centre)

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
Zone Nord			
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 	<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) ; 	<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 ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
	activités du projet nutrition.	<ul style="list-style-type: none"> - Défaillance des plateaux techniques et hors normes ; - 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"> - Mettre à disposition et assurer le bon fonctionnement des terminaux dans les centres de santé ; - 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).
Services	- Forte influence sur les acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • PBF 	- Former les gestionnaires sur les procédures PBF ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
Techniques Régionaux (Santé, MFFE ; Conseil Régional ; Protection Sociale ; ANADER)	institutionnels locaux et les communautés ; - Bonne connaissance et implication dans les activités du Projet nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Non maîtrise des procédures du financement basé sur la performance (PBF) par certains prestataires, compte tenue 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 ; - Fortes inquiétudes sur la situation des fonctionnaires en lien avec le basculement de la MUGEFCI à la CMU. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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
Populations : Communautés villageoises	Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ; - 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 	<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 ; - 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 ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<p>meurent de maladies liées à l'alimentation dans la région ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <ul style="list-style-type: none"> • 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 ; - 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"> - 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"> - 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	Grand intérêt pour le Projet qui permet notamment de Renforcer le système de santé	<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.
Zone Sud			
Tous les acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Touche toutes les régions du Pays ; - Vient prendre en compte les préoccupations du système de santé ; 	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance d'informations peut entraver le projet ainsi qu'une mauvaise définition des tâches. Un projet qui n'est pas clair ne pourra pas réussir ; - Déploiement des centres d'enrôlement CMU dans les différents départements ; - Structure de gestion des activités pratiques du projet ; - Insuffisance de grande production vue que les populations pratiquent moins les cultures maraichères ; - Les couples employés par les sociétés agroindustrielles pourraient être mis à l'écart du projet, car ils vivent sur 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour une communication optimale il faut : des réunions de travail avec le Préfet afin de mieux faire passer l'information, des focus groupe, les mass médias, les radios de proximité, les courriers. - En zone urbaine, il faut une équipe pluridisciplinaire. En zone rurale, un comité de gestion intégré prenant en compte chaque entité du village. Prévoir

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<p>des espaces privées appartenant aux société, dont l'accès est règlementé ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau de l'éducation, les : programme, cours et formations lié à la nutrition doivent atteindre : les enfants, même au primaire ; - Récurrence des conflits concernant la paternité des enfant (les filles donnent la paternité à celui qui en a les moyens et ce même s'il n'est pas le géniteur). - 	<p>des Evaluations du projet (phase pratique) sur une période précise et courte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Accompagner les différents DR dans toute la sous-région pour la création des FRANC, afin que l'engagement des populations soit plus important ; - Prévoir des formations par des professionnels de la nutrition au niveau des établissements scolaires, surtout l'inclusion des cantines scolaires dans le PNDPE ; - Sensibiliser sur les stratégies de prévention des grosses, ainsi que des bonnes mœurs.
Corps préfectoral	<ul style="list-style-type: none"> - Remarquable influence dans la mobilisation des acteurs institutionnels locaux ; - 	<ul style="list-style-type: none"> • Principales Préoccupations - Pénurie de terres cultivable pour les cultures maraichères au profit des sociétés agro-alimentaires, et des promoteurs immobiliers ; - Insuffisance de synergie d'action des Directions Régionales (DR) avec les maitres d'ouvrage ; - Une insuffisance de communication pourrait entraver la bonne marche du projet ; - Récurrence des conflits fonciers ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir l'acquisition des terres, qui seront mises à disposition dans les villages pour la pratique des cultures maraichères (au moins 2 ha). - Pour une meilleure coordination du projet, il est souhaité que le maître d'ouvrage collabore régulièrement avec les instances dirigeantes sur le point de leurs activités pour une meilleure cohérence. - Accentuer les missions de communications et de proximités avec les différentes parties prenantes. - Faire plus de campagnes de sensibilisation sur la cohésion sociale, comme facteur de stabilité de la production agricole.
Services	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne connaissance des 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie : 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
Techniques Régionaux (Santé, MFFE ; Conseil Régional ; Protection Sociale ; Agriculture)	<p>réalités communautaires et institutionnelles ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bonne compréhension du PSNDPE, par rapport aux aspects similaires au CORNAPE ; - Amélioration de la santé des enfants ; - CMU comme accès à la protection sociale pour tous ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des avantages pratiques visuels de la CMU, notamment dans les examens de sang, échographies, et dans le faible taux de médicaments pris en charge ; - Culturellement, les femmes cachent pendant un certain temps leur grossesse, ce qui empêche un bon suivi ; - Problème accru de transport qui cause la plupart du temps la mort des femmes enceintes - Le manque d'opportunité est un problème en amont quant à la nutrition de l'enfant ; - Impact négatif du bois d'hévéa utilisé comme combustible ; - Les paramètres techniques et financiers de la carte CMU ne sont pas encore réglés : non validité dans les établissements privés, et non admissibilité dans certains établissements publics (Centre de Santé et Pharmacie). - Insuffisance de production et distribution des cartes CMU ; - Déficit d'information et formation sur les combinaisons d'aliments nutritifs pour les femmes enceintes et les enfants ; <ul style="list-style-type: none"> - Agriculture : - Pauvreté extrême qui emmène souvent les populations à brader leurs terres ; - Le problème de l'exode rural, relatif à une insuffisance d'opportunités de réalisation de soi pour la jeunesse. - Fréquences des conflits fonciers dans la région ; - Description des attentes de PSNDPE dans le cadre de la nutrition ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre à la CMU de prendre en charge le plus de médicaments possible et les examens pour les femmes enceintes. - Sensibiliser les femmes compte tenu des us et coutumes sur l'importance des consultations de la femme enceinte afin d'éviter les complications lors de l'accouchement; - Améliorer la synergie des programmes de développement : dotation en ambulance, amélioration du plateau technique, et réhabilitation des routes dans les espaces ruraux; - Sensibiliser sur la production des aliments nécessaires à la croissance des enfants, et sur les combustibles néfastes pour la santé ; - Accélérer le déploiement des équipes de la CMU dans les départements ; - Renforcement des connaissances du personnel de santé, et sensibilisation des femmes sur les bonnes pratiques nutritionnelles dans le cadre du PSNDPE. - Renforcement des connaissances du personnel de santé, et sensibilisation des femmes sur les bonnes pratiques nutritionnelles dans le cadre du PSNDPE. - Agricultures - Accompagner la synergie des projets de développement. Par Exemple, les projets d'implantations d'entreprises privées du

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
			<p>secteur agricole ou halieutique, pourraient accompagner le programme décentralisation des structures étatiques, dans le cadre de PSNDPE. Afin de s'assurer que ces populations aient accès équitablement aux ressources nécessaires pour l'autonomisation alimentaire de leur région ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire des campagnes de sensibilisations, pour réduire les risque sécuritaire (montrer l'intérêt des parties prenantes dans le projet, de sorte que chacun, ne veille en aucun cas, troubler les activités dudit projet) ; - Monter les projets pour cultiver et combler le vide du manque à gagner des aliments utiles à la nutrition de la petite enfance ;
Populations : Communautés villageoises	Intérêt manifeste pour le programme, relatif à leurs différentes attentes ;	<ul style="list-style-type: none"> • Santé et Environnement - Insalubrité galopante autour des centres de santé ; - Réticence d' enrôlement à la CMU, en raison des coûts de transports, et des longues files d'attentes dans les pôles Urbains. - Coût élevé des cotisations CMU pour les familles nombreuses ; - Prévalence des cas de corruption dans les centres d' enrôlement de la CMU ; - Mauvais accueil des malades par certains praticiens ; - L'ineffectivité de la gratuité ciblée sur le terrain ; - L'absence d'agents de santé dans les centres de santé de certains villages ; - Insuffisance du personnel de santé dans les villages. 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé et Environnement - Prévoir dans la mesure du possible des récompenses pour les centres de Santé les plus propre par région ; - Formation d'équipes pour l' enrôlement dans les villages voire Sous-préfecture, pour encourager l'adhésion de la population. Pour partager en sus toutes les informations concernant la CMU ; - Fixer un montant forfaitaire à payer annuellement au titre de cotisations CMU pour les familles nombreuses, surtout en milieu rural ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'implication des communautés <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'association des communautés villageoises dans les prises de décision relatives aux projets qui les engagent en tant que bénéficiaire ; - Insuffisance, de l'employabilité de la jeunesse locale dans les activités des projets gouvernementaux ; - Dépréciation de l'obligation de la CMU avant d'accéder à l'espace scolaire, pour les parents d'élèves en général, et particulièrement des communautés villageoises. Etat de fait qui favorise à la corruption (à cause de la forte affluence) en période de rentrée scolaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Déconcentrer les centres d'enrôlement CMU vers les établissements scolaires, comme c'est déjà le cas à Dabou ; - Mettre en place un dispositif de contrôle (Caméra à la salle d'accueil, d'attente) des pratiques dans les centres de santé. Encourager les bonnes pratiques d'accueils et d'accompagnement des patients. - Recruter, former et affecter plus d'agents de santé dans les villages, surtout dans les espaces ruraux reculés ; <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'implication des communautés <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les communautés ou associations villageoises à l'ensemble des étapes décisionnelle de mise en œuvre du projet ; - Prévoir des intéressements et enrôler la jeunesse locale dans les activités du PSNDPE. - Lever cette obligation, et favoriser une adhésion inclusive à la CMU.
Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du taux de mortalité infantile et de la malnutrition ; - L'amélioration du cadre et des conditions de 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du matériel de Santé ; - Insuffisance de formations et de sensibilisations sur les éléments relative à la nutrition de la PE. - Retard dans les consultations prénatales (Us et Coutumes) et complications aux accouchements ; - Insuffisance du dispositif de contrôle et de surveillance du matériel biomédical ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le plateau technique des centres de santé de la région de Dabou. - Insister sur la formation des nouveaux agents de santé et le recyclage des anciens pour une transmission efficace et un suivi concernant la nutrition, sans omettre de sensibiliser la population ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
	travail et de soins (amélioration du plateau technique) ;		<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les femmes compte tenu des us et coutumes sur l'importance des consultations de la femme enceinte afin d'éviter les complications lors de l'accouchement ; - Prévoir un système de contrôle du matériel médicale par établissement sanitaire en ligne, qui pourra être suivi de tous, les agents de santé. Il va permettre également d'avoir également en temps réel la disponibilité du matériel en ligne, pour équilibrer les déficits.
ONG/OSC (Organisation Non Gouvernementale/ Organisation de la Société Civil)	Permettra d'avoir une population en bonne santé (la malnutrition disparaîtra, réduction de la mortalité infantile ; Associer dès la phase active du projet les ONG/OSC ;	<ul style="list-style-type: none"> • Perceptions et craintes des ONG / OSC - Perception péjorative de l'obligation d'obtention de la CMU. - Non prise en compte des parties prenantes consultées (ONG, OSC...) lors des prises de décisions pour la phases active du projet ; - Connaître le niveau d'interventions et le rôle précis des différentes parties prenantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lever l'obligation, et mettre l'accent sur les financements et l'apport matériel nécessaire à la concrétisation réel des avantages dits, de la CMU ; - Que les partenaires techniques travaillent avec les OSC/ONG directement sans intermédiaire étatiques ; - Mise à disposition d'un support pour une meilleure information des différentes parties prenantes ;
Zone Ouest			
Tous les acteurs	Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des interactions entre les différentes parties prenantes et les maîtres d'œuvres ; - Déploiement des centres d'enrôlement CMU dans les différents départements ; - Fréquence des conflits fonciers dans la région. 	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter des campagnes de mise à niveau sur l'évolution du PSNDPE ; - La communication de masse, via les supports audiovisuels, les dépliants. Des films institutionnels se rapportant à la nutrition et au développement de la Petite

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
			<p>Enfance (PE). Implication des comités nationaux et régionaux dans la stratégie de communication, ainsi que des autorités administratives (Sous-Préfet, Préfets).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire plus de campagnes de sensibilisation sur la cohésion sociale pour prévenir ces conflits ;
Corps préfectoral	<ul style="list-style-type: none"> - Remarquable influence dans la mobilisation des acteurs institutionnels locaux ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Principales Préoccupations - Risque de présence de parties prenantes non pertinentes dans le plan de mobilisation ; - Ne pas omettre les associations communautaires, pourvoyeuses de bonnes capacités de relais informationnels ; - Une insuffisance de communication pourrait entraver la bonne marche du projet ; - Récurrence des conflits fonciers, pouvant affecter la production agricole ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des avis des autorités administratives locales (Préfet et Sous-Préfet), dans la constitution des parties prenantes, en vertu de leur proximité d'avec les populations ; - Accentuer les missions de communications et de proximités avec les différentes parties prenantes, sur dans le domaine de la santé ; - Faire plus de campagnes de sensibilisation sur la cohésion sociale, comme facteur de stabilité de la production agricole.
Services Techniques Régionaux (Santé, MFFE ; Conseil Régional ; Protection Sociale ; Agriculture)	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne connaissance des réalités communautaires et institutionnelle ; - Bonne compréhension du PSNDPE ; - Amélioration de la santé des enfants ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie : - S'il n'y a pas de soin, c'est la place à la malnutrition, la maladie, les décès précoces, les enfants ne pourront pas aller à l'école. Les parents gagneront en énergies, en santé mentale, et en énergie ; - Accès des zones reculées, des zones sont extrêmement difficile d'accès, les voies impraticables (tel que Sipilou) il faut des moyens de mobilité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé - Oui, le projet va s'appuyer sur les AVEC et autres COGES pour son déploiement. - Permettre à la CMU de prendre en charge le plus de médicaments possible. - Prévoir au travers des comités de gestions locaux des campagnes d'informations, des spots publicitaires, sur la CMU, et sa mise à jour ; - Accélérer le déploiement des équipes de la CMU dans les départements ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - CMU permet d'avoir accès à la majeure partie des médicaments relatif aux maladies les plus courantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Les populations sont sur leur fin, un peu découragé du système de santé parce que les résultats sont peu probants. - Manque de communication et de volonté et d'informations. Il faut avoir l'amour de la chose parce que c'est un service qui ne produit pas, les parents sont pauvres. Normalement la formation doit revenir aux aides nutritionnistes et infirmiers mais ce sont les médecins pour les questions de per diem qui y vont et ne font pas de retour. - Certaines localités sont difficiles d'accès en période de pluie. - Les pertes d'informations par les personnes dans leurs activités, commerce de rue, magasin etc. sont souvent manquées par l'information et les zones reculées ne sont pas visitées. - Le manque de formation des agents. - Bien que dans le cadre des services de nutrition on ne parle pas de CMU, La CMU ne passe avec les enfants, mais pour les autres services médicaux on paye les médicaments cash, c'est seulement les génériques qui avec la CMU les médicaments élémentaires de premier soins, après tous les autres médicaments ne passent pas, on les paye cash ; <ul style="list-style-type: none"> - Certaines pharmacies refusent l'utilisation de la CMU ; - Il faut la rendre opérationnelle sur tout le territoire national et dans le système de santé et les pharmacies ; - Il faut multiplier les centres d'enrôlement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des connaissances du personnel de santé, et sensibilisation des femmes sur les bonnes pratiques nutritionnelles dans le cadre du PSNDPE. - Agricultures - L'une des dispositions à prendre est : la synergie des projets. Par Exemple, les projets routiers pourraient accompagner le programme des campagnes de sensibilisation, dans le cadre de PSNDPE. Afin de s'assurer que ces populations aient accès équitablement aux projets ; - Faire des campagnes de sensibilisations, pour réduire les risque sécuritaire (montrer l'intérêt des parties prenantes dans le projet, de sorte que chacun, ne veille en aucun cas, troubler les activités dudit projet) ; - Fournir les informations sur les productions agricoles importantes pour le PSNDPE ; - Promouvoir un programme d'apprentissage des combinaisons d'aliments, pour la conception de repas équilibrés. - Monter les projets pour cultiver et combler le vide du manque à gagner des aliments utiles à la nutrition de la petite enfance ; - Promouvoir la production de cultures vivrières à travers des mesures incitatives (mise à disposition de semences, d'intrants et d'équipements agricoles). - Protection sociale (VBG)

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - Agriculture : - Insuffisance de productions vivrières comme éléments favorisant le déséquilibre alimentaire (malnutrition). - Réduction des terres disponibles, facteur qui défavorise l'autosuffisance alimentaire ; - Les populations isolées dans des zones difficiles d'accès, pourraient être écartés des bénéfices du projet ; - Fréquences des conflits fonciers dans la région ; - Protection sociale (VBG) - Des cas de VBG enregistrés auprès des sages-femmes ; - Récurrence des viols sur mineurs ; - Violence physique ; - Mariage forcer, tant pour les jeunes filles majeures, que pour des filles mineures ; - Un déni de ressources, d'opportunités, et de services (Empêcher quelqu'un de jouir de ses capacités). 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire la promotion des dispositifs sociaux de prévention, de lutte, et d'encadrements des VBG ; - Mener à bien des campagnes de sensibilisation sur les Violences Basées sur le Genre, Exploitations et Abus Sexuels, Harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS); - Réduire voire supprimer les frais liés aux démarches effectuées par les victimes de viols et de VBG ; - Garantir la sécurité des victimes de viol et de VBG qui introduisent un dossier de plainte pour demander réparation.
Populations : Communautés villageoises	Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie • Depuis sa création la CMU n'est pas prise en compte ou elle est négligée dans les hôpitaux et les pharmacies, elle n'a pas d'utilité pratique. « <i>Après cotisation quand tu vas avec ton enfant pour payer ses médicaments ça ne passe pas</i> » propos de personnes interrogées. . 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé - Annuler les arriérés de cotisations mensuelles, générés par le temps d'établissement de la carte et le temps de mise en vigueur de la CMU, pour une certaine frange de la population qui s'est enrôlée dès le début du programme CMU - Fixer un montant forfaitaire à payer annuellement au titre de cotisations CMU

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - Le coût des cotisations mensuelles de 1000frcs/personne de la CMU est élevé pour les familles rurales nombreuses, qui peuvent aller jusqu'à 15 membres voire plus de 20 membres pour certaines. - la CMU est une sorte de tontine qui sert à des personnes que nous ignorons, parce qu'on paye les cotisations mensuelle mais on ne peut acheter aucun médicament avec. - Mauvais accueil des malades par certains praticiens ; - La réticence des femmes enceintes à effectuer les consultations prénatales en raison de leur coutume, ou de l'insuffisance de ressources financières ; - L'ineffectivité de la gratuité ciblée sur le terrain ; - L'absence de sage-femmes dans les centres de santé de certains villages ; - L'absence d'agents de santé de garde dans certains villages ; - Insuffisance du personnel de santé dans les villages. - Indisponibilité des médicaments surtout pour les femmes enceintes et les nourrices / La gratuité des soins n'est pas effective pour les femmes enceintes / Pas d'ambulance pour le centre de santé du village • Niveau d'implication des communautés <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'association des communautés villageoises dans les prises de décision relatives aux projets qui les engagent en tant que bénéficiaire ; - Insuffisance, voir inexistence de l'employabilité de la jeunesse locale dans les activités des projets ; 	<p>pour les familles nombreuses, surtout en milieu rural ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la transparence de la procédure d'identification et d'enrôlement des indigents ; - Mettre en place un dispositif de contrôle via les relais communautaires ou Points focaux. Encourager les bonnes pratiques d'accueils et d'accompagnement des patients. - Revoir les activités du projet en prenant en compte la construction de centres de santé surtout dans les villages les plus reculés ; - Recruter, former et affecter plus d'agents de santé dans les villages, surtout dans les espaces ruraux reculés ; - Sensibiliser sur l'importance de commercer tôt les consultations prénatales, et ses avantages pour l'accouchement ; • Niveau d'implication des communautés <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les communautés ou associations villageoises à l'ensemble des étapes décisionnelle de mise en œuvre du projet ; - Prévoir des intéressements et recruter la jeunesse locale dans les activités du PSNDPE. - Lever cette obligation, et favoriser une adhésion inclusive à la CMU.

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - L'obligation de détention de la carte CMU pour les enfants à partir de 16 ans n'a pas l'assentiment des communautés villageoises. La pression sociale favorise les cas de corruption. 	
Les jeunes	-	<ul style="list-style-type: none"> - Ce projet est la bienvenue pour les enfants qui sont fragiles et exposés à la malnutrition dans certaines régions particulièrement ici à l'ouest de la Cote d'Ivoire ; - Risques de détournement et de malversation ; - Risque d'exclusion des jeunes dans les retombées (opportunités d'emploi) offertes par le projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Que l'UCPS-BM fasse bon usage des opportunités et des bienfaits du projet face aux malversations et favoritismes qui sont une gangrène dans le pays. - Adjoindre des jeunes, pas seulement des agents de l'Etat, au programme PSNDPE
Les femmes	<ul style="list-style-type: none"> - Actrices majeures. Elles s'occupent de la santé et la sécurité des enfants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de communication sur les activités du projet - Existence de VBG, EAS et HS - Accès limité à la terre pour l'agriculture - 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir la bonne information sur la nutrition des enfants, être informé et éduqué sur la santé et la nutrition des enfants, avoir des agents et des services de santé des enfants de qualités proches des populations rurales ; si il y a des informations et des activités dans le programme qui nous concerne, qu'il n'y ait pas d'intermédiaire entre nous et le programme, nous souhaitons être contacter directement ;
Les Hommes	-	<ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'amélioration de la santé des enfants ; - face aux difficultés des parents ce programme vient comme un soulagement pour nous aider à la santé des enfants ; - L'autonomisation de la population peut être effective grâce à une assistance et un suivi à travers ce programme ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre effectif la gratuité ciblée des soins - S'assurer du suivi pour éviter les malversations comme dans le cas du paludisme dont le traitement a été déclaré gratuit dans les hôpitaux mais ça n'est pas une réalité sur le terrain. Il faut donc que les informations soient vraies et les faire suivre ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des dépenses financières si l'enfant n'est plus malade ou qu'il tombe moins malade que d'habitude. - Risques de malversations - Dans le système sanitaire ivoirien la santé n'est pas gratuite pour les populations, et les programmes de santé gratuit et de prise en charge qui ont été annoncés ne sont pratiquement jamais en vigueur sur le terrain, par conséquent il y a un sentiment de découragement des populations vis-à-vis du système sanitaire en Côte d'Ivoire ; - Particulièrement à Mahapleu les populations n'ont pas confiance au CSR du village à cause du traitement humain et de la qualité des soins. 	-
Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Grand intérêt pour le Projet qui permet notamment de Renforcer le système de santé avec : - L'amélioration du cadre et des conditions de travail et de soins (amélioration du plateau technique) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les formations, ce sont les médecins qui sont conviés or ils ne sont pas forcément ceux qui sont quotidiennement auprès des enfants dans les services de nutrition et qui les traite, il faudrait donc convier également aux formations les aides nutritionnistes, qui sont quotidiennement au contact des enfants et des parents, qui les traite et les assistent ; La malnutrition est le lit des pathologies, il faut donc que ceux qui y travaillent soient outillés et formés ; - La vitamine A manque. Elle n'existe plus dans nos services de nutrition, on en a besoin, c'est important pour les enfants ; - Vulnérabilité des parents d'enfants qui parfois patientent et eux-mêmes n'ont rien à manger alors ils fuient avec l'enfant après quelques jours. - Accès à des zones reculées, des zones sont extrêmement difficiles d'accès, les voies impraticables (tel que Sipilou) il faut des moyens de mobilité ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Former les infirmiers et sage-femmes, vu que c'est ces derniers qui sont en contact opérationnel avec les enfants malades ou victimes de malnutrition ; - Aider les familles vulnérables à s'occuper de leurs enfants ; - Doter les services de nutrition de vitamines et autres intrants essentiels ; - Réhabiliter (profiler) les pistes rurales.

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
ONG/OSC (Organisation Non Gouvernementale/ Organisation de la Société Civil)	Consultation des ONG engagées au niveau de la petite enfance, et des professionnels de la santé;	<ul style="list-style-type: none"> • Perceptions et craintes des ONG / OSC - Implication des ONGs dans le projet - Non prise en compte des parties prenantes consultées (ONG, OSC...) lors de l'étude au profit de d'autres associations ou ONG qui n'étaient pas associées dès le départ des activités relatives au programme (des faitières d'Abidjan) ; - Disparition de certaines ONG très actives au niveau micro, par manque d'accompagnement financier ; - Mise à l'écart total des ONG de l'intérieur du pays et non financement de leurs activités, en dépit du travail quotidien réaliser pour fournir des données fiables au projet. - Connaître le niveau d'interventions et le rôle précis des différentes parties prenantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Que les partenaires techniques travaillent avec les OSC/ONG directement sans intermédiaire étatiques ; - Mise à disposition d'un support pour une meilleure information des différentes parties prenantes ;
Zone centre			
Tous les acteurs	Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des interactions entre les différentes parties prenantes et les maîtres d'œuvres ; - Déploiement des centres d'enrôlement CMU dans les différents départements ; - Fréquence des conflits fonciers dans la région. 	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter des campagnes de mise à niveau sur l'évolution du PSNDPE ; - La communication de masse, via les supports audiovisuels, les dépliants. Des films institutionnels se rapportant à la nutrition et au développement de la Petite Enfance (PE). Implication des comités nationaux et régionaux dans la stratégie de communication, ainsi que des autorités administratives (Sous-Préfet, Préfets). - Faire plus de campagnes de sensibilisation sur la cohésion sociale pour prévenir ces conflits ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
Corps préfectoral	<ul style="list-style-type: none"> - Remarquable influence dans la mobilisation des acteurs institutionnels locaux ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Principales Préoccupations <ul style="list-style-type: none"> - Risque de présence de parties prenantes non pertinentes dans le plan de mobilisation ; - Ne pas omettre les associations communautaires, pourvoyeuses de bonnes capacités de relais informationnels ; - Une insuffisance de communication pourrait entraver la bonne marche du projet ; - Récurrence des conflits fonciers, pouvant affecter la production agricole ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des avis des autorités administratives locales (Préfet et Sous-Préfet), dans la constitution des parties prenantes, en vertu de leur proximité d'avec les populations ; - Accentuer les missions de communications et de proximités avec les différentes parties prenantes, sur dans le domaine de la santé ; - Faire plus de campagnes de sensibilisation sur la cohésion sociale, comme facteur de stabilité de la production agricole.
Services Techniques Régionaux (Santé, MFFE ; Conseil Régional ; Protection Sociale ; Agriculture)	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne connaissance des réalités communautaires et institutionnelle ; - Bonne compréhension du PSNDPE ; - Amélioration de la santé des enfants ; - CMU permet d'avoir accès à la majeure partie des médicaments relatif aux maladies les plus courantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie : <ul style="list-style-type: none"> - Suggestion : Plus de 3 000 Associations pour la Valorisation de l'Entraide Communautaire (AVEC) ont été mises sur pied. Le Ministère dispose d'une base de données sur laquelle le projet pourrait s'appuyer (comme relais). Est-ce-que le projet s'appuie sur l'existant (les AVEC) pour se déployer ? - Insuffisance des avantages pratiques visuels de la CMU, notamment dans les examens de sang, échographies, et dans le faible taux de médicaments pris en charge ; - Processus de mise à jour des cartes, comme facteur d'inaccessibilité aux soins ; - Les paramètres techniques et financiers de la carte CMU ne sont pas encore régler : non validité dans les établissements privés, et non admissibilité dans certains les établissements publics (Centre de Santé et Pharmacie). 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé <ul style="list-style-type: none"> - Oui, le projet va s'appuyer sur les AVEC et autres COGES pour son déploiement. - Permettre à la CMU de prendre en charge le plus de médicaments possible. - Prévoir au travers des comités de gestions locaux des campagnes d'informations, des spots publicitaires, sur la CMU, et sa mise à jour ; - Accélérer le déploiement des équipes de la CMU dans les départements ; - Renforcement des connaissances du personnel de santé, et sensibilisation des femmes sur les bonnes pratiques nutritionnelles dans le cadre du PSNDPE. - Agricultures <ul style="list-style-type: none"> - L'une des dispositions à prendre est : la synergie des projets. Par Exemple, les projets

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de production et distribution des cartes CMU ; - Déficit d'information et formation sur les formulation d'aliments pour les femmes enceintes et les enfants ; • Agriculture : <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de productions vivrières comme éléments favorisant le déséquilibre alimentaire (malnutrition). - Réduction des terres disponibles, facteur qui défavorise l'autosuffisance alimentaire ; - Les populations isolées dans des zones difficiles d'accès, pourraient être écartés des bénéfices du projet ; - Fréquences des conflits fonciers dans la région ; • Protection sociale (VBG) <ul style="list-style-type: none"> - Des cas de VBG enregistrés auprès des sage-femmes ; - Récurrence des viols sur mineurs ; - Violence physique ; - Mariage forcer, tant pour les jeunes filles majeures, que pour des filles mineures ; - Un déni de ressources, d'opportunités, et de services (Empêcher quelqu'un de jouir de ses capacités). 	<p>routiers pourraient accompagner le programme des campagnes de sensibilisation, dans le cadre de PSNDPE. Afin de s'assurer que ces populations aient accès équitablement aux projets ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire des campagnes de sensibilisations, pour réduire les risque sécuritaire (montrer l'intérêt des parties prenantes dans le projet, de sorte que chacun, ne veuille en aucun cas, troubler les activités dudit projet) ; - Fournir les informations sur les productions agricoles importantes pour le PSNDPE ; - Promouvoir un programme d'apprentissage des combinaisons d'aliments, pour la conception de repas équilibrés. - Monter les projets pour cultiver et combler le vide du manque à gagner des aliments utiles à la nutrition de la petite enfance ; - Promouvoir la production de cultures vivrières à travers des mesures incitatives (mise à disposition de semences, d'intrants et d'équipements agricoles). - Protection sociale (VBG) <ul style="list-style-type: none"> - Faire la promotion des dispositifs sociaux de prévention, de lutte, et d'encadrements des VBG ; - Mener à bien des campagnes de sensibilisation sur les Violences Basées sur le Genre, Exploitations et Abus Sexuels, Harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS);

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
			<ul style="list-style-type: none"> - Réduire voire supprimer les frais liés aux démarches effectuées par les victimes de viols et de VBG ; - Garantir la sécurité des victimes de viol et de VBG qui introduisent un dossier de plainte pour demander réparation.
Populations : Communautés villageoises	Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie <ul style="list-style-type: none"> - Tracasserie liée à la prise en charge des souscripteurs à la CMU, quand ils en ont besoin. En cas de maladie, On te fait promener dans plusieurs bureaux pour faire des papiers alors que tu es détenteur de la Carte CMU. - Mauvais accueil des malades par certains praticiens ; - La réticence des femmes enceintes à effectuer les consultations prénatales en raison de leur coutume, ou de l'insuffisance de ressources financières ; - L'ineffectivité de la gratuité ciblée sur le terrain ; - L'absence de sages-femmes dans les centres de santé de certains villages ; - L'absence d'agents de santé de garde dans certains villages ; - Insuffisance du personnel de santé dans les villages. - Indisponibilité des médicaments surtout pour les femmes enceintes et les nourrices / La gratuité des soins n'est pas effective pour les femmes enceintes / Pas d'ambulance pour le centre de santé du village • Niveau d'implication des communautés <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'association des communautés villageoises dans les prises de décision relatives aux projets qui les engagent en tant que bénéficiaire ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé <ul style="list-style-type: none"> - (i) centraliser les services intervenant dans le processus (sous-forme de guichet unique), - (ii) rendre plus fiable le paiement par voie de mobile money. - Centraliser les services de - Fixer un montant forfaitaire à payer annuellement au titre de cotisations CMU pour les familles nombreuses, surtout en milieu rural ; - Améliorer la transparence de la procédure d'identification et d'enrôlement des indigents ; - Mettre en place un dispositif de contrôle via les relais communautaires ou Points focaux. Encourager les bonnes pratiques d'accueils et d'accompagnement des patients. - Revoir les activités du projet en prenant en compte la construction de centres de santé surtout dans les villages les plus reculés ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance, voir inexistence de l'employabilité de la jeunesse locale dans les activités des projets ; - L'obligation de détention de la carte CMU pour les enfants à partir de 16 ans n'a pas l'assentiment des communautés villageoises. La pression sociale favorise les cas de corruption. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter, former et affecter plus d'agents de santé dans les villages, surtout dans les espaces ruraux reculés ; - Sensibiliser sur l'importance de commercer tôt les consultations prénatales, et ses avantages pour l'accouchement ; <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'implication des communautés - Intégrer les communautés ou associations villageoises à l'ensemble des étapes décisionnelle de mise en œuvre du projet ; - Prévoir des intéressements et recruter la jeunesse locale dans les activités du PSNDPE. - Lever cette obligation, et favoriser une adhésion inclusive à la CMU.
Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Grand intérêt pour le Projet qui permet notamment de Renforcer le système de santé avec : - L'amélioration du cadre et des conditions de travail et de soins (amélioration du plateau technique) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'intrants (Pic, PCR, déparasitants, F100, lait, pour les enfants malnutris...), de balances plume Nutrition. - Crainte de rupture d'approvisionnement après la mise en œuvre du PSNDPE ; - Retard dans les consultations prénatales (Us et Coutumes) et complications aux accouchements ; - Retard dans le paiement des agents de la CMU ; - Insuffisance du dispositif de contrôle et de surveillance du matériel biomédical ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le plateau technique des centres de santé de la région de San-Pedro. - Sensibiliser les femmes compte tenu des us et coutumes sur l'importance des consultations de la femme enceinte afin d'éviter les complications lors de l'accouchement ; - Améliorer la disponibilité des salaires à temps ; - Prévoir un système de contrôle du matériel médicale par établissement sanitaire en ligne, qui pourra être suivi de tous, les agents de santé. Il va permettre également

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
			d'avoir également en temps réel la disponibilité du matériel en ligne, pour équilibrer les déficits.
ONG/OSC (Organisation Non Gouvernementale/ Organisation de la Société Civil)	Consultation des ONG engagées au niveau de la petite enfance, et des professionnels de la santé;	<ul style="list-style-type: none"> • Perceptions et craintes des ONG / OSC - Implication des ONGs dans le projet - Non prise en compte des parties prenantes consultées (ONG, OSC...) lors de l'étude au profit de d'autres associations ou ONG qui n'étaient pas associées dès le départ des activités relatives au programme (des faitières d'Abidjan) ; - Disparition de certaines ONG très actives au niveau micro, par manque d'accompagnement financier ; - Mise à l'écart total des ONG de l'intérieur du pays et non financement de leurs activités, en dépit du travail quotidien réaliser pour fournir des données fiables au projet. - Connaître le niveau d'interventions et le rôle précis des différentes parties prenantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Que les partenaires techniques travaillent avec les OSC/ONG directement sans intermédiaire étatiques ; - Mise à disposition d'un support pour une meilleure information des différentes parties prenantes ;
Zone Est			
Services Techniques Régionaux (Santé, MFFE ; Conseil Régional ; Protection Sociale ; Agriculture)	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne connaissance des réalités communautaires et institutionnelle ; - Bonne compréhension du PSNDPE ; - Amélioration de la santé des enfants ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie : - le changement brusque dans les pratiques nutritionnelles. - La non implication des centres sociaux régionaux, des centres d'éducation spécialisés, et ONGs qui ont déjà une forte expérience dans les régions avec le ministère de la famille qui s'occupe de la prise en charge des cas des VBG et des rencontres communautaires de démonstration sur la nutrition des enfants dans les zones 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé - Eviter un changement brusques des pratiques nutritionnelles ; opter pour un changement progressif ; - Impliquer fortement les centres sociaux régionaux, des centres d'éducation spécialisés, et ONGs qui ont déjà une forte expérience dans les régions avec le ministère de la famille qui s'occupe de la prise en charge des cas des VBG et des

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - CMU permet d'avoir accès à la majeure partie des médicaments relatif aux maladies les plus courantes ; 	<p>rurales et urbaines des régions pourrait entraver la réussite du projet ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La faiblesse du plateau technique du CHR et des centres de santé ; - La faiblesse de la capacité du personnel médical ; - Le manque de communication sur les activités du projet ; - Précarité financières des parents en zone reculée pour se rendre à aux consultations, manque de moyen de locomotion pour les parents qui sont dans ces zones. - L'inaccessibilité géographique des services de nutrition c'est-à-dire, l'impraticabilité des voies d'accès des localités reculées même pour les sensibilisations. - En matière d'exclusion, les personnes qui sont dans les zones reculées, les personnes réticentes aux vaccins sont les plus susceptibles à l'exclusion. Comme solution c'est la sensibilisation et la mise en place de comité de nutrition. - Faire durer le projet sur une dizaine d'année afin d'assurer son efficacité profonde sur le terrain. Parce que le constat est que lorsque ce genre de programme arrive, après 5 ans majoritairement, lorsqu'il prend fin le phénomène reprend, les populations ne savent plus où s'orienter et un autre désordre naît. <p>• Agriculture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de productions vivrières comme éléments favorisant le déséquilibre alimentaire (malnutrition). - Réduction des terres disponibles, facteur qui défavorise l'autosuffisance alimentaire ; 	<p>rencontres communautaires de démonstration sur la nutrition des enfants dans les zones rurales et urbaines des régions ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la formation et le matériel des services de nutrition médicaux (CHR et centre de santé). - Renforcer la formation et le matériel des services de nutrition sanitaire. - Sensibilisation de la population à l'esprit du projet. - Conduire des activités de démonstrations de nutrition. - Accélérer le déploiement des équipes de la CMU dans les départements ; - Renforcement des connaissances du personnel de santé, et sensibilisation des femmes sur les bonnes pratiques nutritionnelles dans le cadre du PSNDPE. <p>• Agricultures</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'une des dispositions à prendre est : la synergie des projets. Par Exemple, les projets routiers pourraient accompagner le programme des campagnes de sensibilisation, dans le cadre de PSNDPE. Afin de s'assurer que ces populations aient accès équitablement aux projets ; - Faire des campagnes de sensibilisations, pour réduire les risque sécuritaire (montrer l'intérêt des parties prenantes dans le

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - Les populations isolées dans des zones difficiles d'accès, pourraient être écartés des bénéfices du projet ; - Fréquences des conflits fonciers dans la région ; • Protection sociale (VBG) - Des cas de VBG enregistrés auprès des sage-femmes ; - Récurrence des viols sur mineurs ; - Violence physique ; - Mariage forcer, tant pour les jeunes filles majeures, que pour des filles mineures ; - Un déni de ressources, d'opportunités, et de services (Empêcher quelqu'un de jouir de ses capacités). 	<p>projet, de sorte que chacun, ne veille en aucun cas, troubler les activités dudit projet) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournir les informations sur les productions agricoles importantes pour le PSNDPE ; - Promouvoir un programme d'apprentissage des combinaisons d'aliments, pour la conception de repas équilibrés. - Monter les projets pour cultiver et combler le vide du manque à gagner des aliments utiles à la nutrition de la petite enfance ; - Promouvoir la production de cultures vivrières à travers des mesures incitatives (mise à disposition de semences, d'intrants et d'équipements agricoles). • Protection sociale (VBG) - Faire la promotion des dispositifs sociaux de prévention, de lutte, et d'encadrements des VBG ; - Mener à bien des campagnes de sensibilisation sur les Violences Basées sur le Genre, Exploitations et Abus Sexuels, Harcèlement Sexuel (VBG/EAS/HS); - Réduire voire supprimer les frais liés aux démarches effectuées par les victimes de viols et de VBG ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
			<ul style="list-style-type: none"> - Garantir la sécurité des victimes de viol et de VBG qui introduisent un dossier de plainte pour demander réparation.
Populations : Communautés villageoises	Grand intérêt pour le Projet qui répond à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> • Santé, Nutrition et Couverture Maladie <ul style="list-style-type: none"> - Tracasserie liée à la prise en charge des souscripteurs à la CMU, quand ils en ont besoin. En cas de maladie, On te fait promener dans plusieurs bureaux pour faire des papiers alors que tu es détenteur de la Carte CMU. - Mauvais accueil des malades par certains praticiens ; - La réticence des femmes enceintes à effectuer les consultations prénatales en raison de leur coutume, ou de l'insuffisance de ressources financières ; - L'ineffectivité de la gratuité ciblée sur le terrain ; - L'absence de sage-femmes dans les centres de santé de certains villages ; - L'absence d'agents de santé de garde dans certains villages ; - Insuffisance du personnel de santé dans les villages. - Indisponibilité des médicaments surtout pour les femmes enceintes et les nourrices / La gratuité des soins n'est pas effective pour les femmes enceintes / Pas d'ambulance pour le centre de santé du village • Niveau d'implication des communautés <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'association des communautés villageoises dans les prises de décision relatives aux projets qui les engagent en tant que bénéficiaire ; - Insuffisance, voir inexistence de l'employabilité de la jeunesse locale dans les activités des projets ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé <ul style="list-style-type: none"> - (i) centraliser les services intervenant dans le processus (sous-forme de guichet unique), - (ii) rendre plus fiable le paiement par voie de mobile money. - Centraliser les services de - Fixer un montant forfaitaire à payer annuellement au titre de cotisations CMU pour les familles nombreuses, surtout en milieu rural ; - Améliorer la transparence de la procédure d'identification et d'enrôlement des indigents ; - Mettre en place un dispositif de contrôle via les relais communautaires ou Points focaux. Encourager les bonnes pratiques d'accueils et d'accompagnement des patients. - Revoir les activités du projet en prenant en compte la construction de centres de santé surtout dans les villages les plus reculés ; - Recruter, former et affecter plus d'agents de santé dans les villages, surtout dans les espaces ruraux reculés ;

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
		<ul style="list-style-type: none"> - L'obligation de détention de la carte CMU pour les enfants à partir de 16 ans n'a pas l'assentiment des communautés villageoises. La pression sociale favorise les cas de corruption. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser sur l'importance de commercer tôt les consultations prénatales, et ses avantages pour l'accouchement ; <ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'implication des communautés - Intégrer les communautés ou associations villageoises à l'ensemble des étapes décisionnelle de mise en œuvre du projet ; - Prévoir des intéressements et recruter la jeunesse locale dans les activités du PSNDPE. - Lever cette obligation, et favoriser une adhésion inclusive à la CMU.
Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Grand intérêt pour le Projet qui permet notamment de Renforcer le système de santé avec : - L'amélioration du cadre et des conditions de travail et de soins (amélioration du plateau technique) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'intrants (Pic, PCR, déparasitant, F100, lait, pour les enfants malnutris...), de balances plume Nutrition. - Crainte de rupture d'approvisionnement après la mise en œuvre du PSNDPE ; - Retard dans les consultations prénatales (Us et Coutumes) et complications aux accouchements ; - Retard dans le paiement des agents de la CMU ; - Insuffisance du dispositif de contrôle et de surveillance du matériel biomédical ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le plateau technique des centres de santé de la région de San-Pedro. - Sensibiliser les femmes compte tenu des us et coutumes sur l'importance des consultations de la femme enceinte afin d'éviter les complications lors de l'accouchement; - Améliorer la disponibilité des salaires à temps ; - Prévoir un système de contrôle du matériel médicale par établissement sanitaire en ligne, qui pourra être suivi de tous, les agents de santé. Il va permettre également d'avoir également en temps réel la disponibilité du matériel en ligne, pour équilibrer les déficits.

Acteurs	Atouts	Préoccupations et craintes	Suggestions et recommandations
ONG/OSC (Organisation Non Gouvernementale/ Organisation de la Société Civil)	Consultation des ONG engagées au niveau de la petite enfance, et des professionnels de la santé;	<ul style="list-style-type: none"> • Perceptions et craintes des ONG / OSC <ul style="list-style-type: none"> - Implication des ONGs dans le projet - Non prise en compte des parties prenantes consultées (ONG, OSC...) lors de l'étude au profit de d'autres associations ou ONG qui n'étaient pas associées dès le départ des activités relatives au programme (des faitières d'Abidjan) ; - Disparition de certaines ONG très actives au niveau micro, par manque d'accompagnement financier ; - Mise à l'écart total des ONG de l'intérieur du pays et non financement de leurs activités, en dépit du travail quotidien réaliser pour fournir des données fiables au projet. - Connaitre le niveau d'interventions et le rôle précis des différentes parties prenantes ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Que les partenaires techniques travaillent avec les OSC/ONG directement sans intermédiaire étatiques ; - Mise à disposition d'un support pour une meilleure information des différentes parties prenantes ;

AUTRES ANNEXES : DANS UN FICHIER SEPARÉ