

RÉPUBLIQUE DE HAÏTI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

Unité de Gestion de Projet (UGP/MSPP)

Projet de Réponse au COVID-19

FINANCEMENT ADDITIONNEL

**PLAN DE MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES
(PMPP)**

Préparé par
Équipe Technique UGP
Février 2022

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	3
1. Introduction	4
1.1 Justification du plan de mobilisation des parties prenantes	5
1.2 Objectif du plan de mobilisation des parties prenantes	6
2. Identification et analyse des parties prenantes du projet	7
2.1 Méthodologie	8
2.2 Parties touchées	9
2.3 Autres parties concernées	9
2.4 Individus ou groupes défavorisés ou vulnérables	10
3. Programme d'Engagement des Parties Prenantes	12
3.1. Synthèse des actions de mobilisation des parties prenantes engagées durant la préparation du projet	12
3.2. Activités d'Engagement des Parties Prenantes durant l'exécution du projet à date	13
3.3 Plan d'engagement des parties prenantes au cours du cycle du projet	16
3.4. Stratégie pour la prise en compte des points de vue des groupes vulnérables	21
4. Suivi et établissement de rapports	21
5. Ressources et responsabilités pour mettre en œuvre les activités de mobilisation des parties prenantes	22
5.1. Ressources	22
5.2. Fonctions de gestion et responsabilités	22
6. Mécanisme de gestion des plaintes	23
6.1. Description du mécanisme de gestion des plaintes	23
6.2. Principes de Gestion du MGP	24

Annexe 1 : Photographies FOSREF

Annexe 2 : Activités de communication de la Composante 2 du projet

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CASEC	Conseil d'Administration de la Section Communale
CERC	Composantes d'intervention d'urgence contingent
CES	Cadre Environnemental et Social
CGES	Cadre de gestion environnementale et sociale
DDS	Direction Départementale sanitaire
DELR	Direction d'épidémiologie de Laboratoire de Recherches
DNV	Direction Nationale de Vaccination
DOSS	Direction d'Organisation des Services de Santé
DPSPE	Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement
EAS	Exploitation et l'abus sexuel
FA	Financement Additionnel
EIES	Évaluation d'Impact Environnemental et Social
HS	Harcèlement sexuel
IDA	Association international de développement
KPI	Indicateur clé de performances
MGP	Mécanisme de gestion des plaintes
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PGES	Plan de Gestion Environnemental et Social
PMPP	Plan de Mobilisation des Parties Prenantes
PNDV	Plan National de Développement des Vaccins
PROSYS	Projet de renforcement de la santé primaire et de la surveillance épidémiologique
RCCE	Communication des Risques et d'Engagement Communautaire
RSI	Règlement sanitaire international
UGP	Unité de Gestion de Projets
UNOPS	Bureau des Nations unies pour les services d'appui aux projets
VGB	Violence basée sur le genre

1. Introduction

Une épidémie de maladie à coronavirus (COVID-19) causée par le nouveau coronavirus 2019 (SRAS-CoV-2) se propage rapidement dans le monde entier depuis décembre 2019, de Wuhan, dans la province de Hubei, en Chine. En février 2022, l'OMS estime que l'épidémie a déjà provoqué plus de 5 750 000 décès.

L'épidémie risque de continuer à entraîner un plus grand nombre de décès, des perturbations importantes dans les chaînes d'approvisionnement mondiales, une baisse des prix des produits de base et des pertes économiques dans les pays développés et en développement. L'épidémie de COVID-19 affecte les chaînes d'approvisionnement et perturbe les opérations de fabrication dans le monde entier. L'épidémie se produit à un moment où l'activité économique mondiale est confrontée à l'incertitude et où les gouvernements disposent d'une marge de manœuvre limitée pour agir. La durée et la gravité des conséquences de l'épidémie de COVID-19 dépendront de la durée et de la localisation prévues de l'épidémie, ainsi que de l'existence ou non d'une réponse rapide et concertée pour soutenir les pays en développement, dont les systèmes de santé sont souvent plus faibles. Grâce à des mesures d'endiguement proactives, les pertes en vies humaines et l'impact économique de l'épidémie pourraient être stoppés. Il est donc essentiel que la communauté internationale travaille ensemble sur les facteurs sous-jacents qui favorisent l'épidémie, sur le soutien des réponses politiques et sur le renforcement de la capacité de réponse dans les pays en développement - où les systèmes de santé sont les plus faibles, et donc les populations les plus vulnérables.

En avril 2021 Haïti a reçu un don d'un montant de 20 millions de dollars USD pour le financement du projet principal réponse à la COVID19. Le financement de ce projet est un don de l'Association internationale de développement (IDA), dans le cadre du nouveau mécanisme de financement accéléré approuvé par le Groupe de la Banque mondiale le 3 mars 2020 pour aider les pays du monde entier à faire face à cette pandémie.

Un financement additionnel de 35 millions USD (crédit IDA) est accordé pour élargir le champ d'activités du projet principal et fournir un financement pour élargir le champ d'activités du projet principal et à fournir un financement pour l'achat et le déploiement de vaccins COVID-19 sûrs et efficaces en ajustant sa conception générale. L'objectif de développement du projet (ODP) principal et du FA est de prévenir, détecter et répondre à l'épidémie de la maladie COVID-19 En Haïti. Le projet renforce la capacité du Gouvernement haïtien, et plus particulièrement du Ministère de la Santé Public et de la Population (MSPP), à détecter et à répondre aux maladies infectieuses en temps voulu, en améliorant la coordination, la surveillance et la riposte, ainsi que le partage d'informations en temps opportun avec le public.

Le Projet de réponse COVID-19 proposé pour Haïti vise à répondre et à atténuer la menace posée par COVID-19 en Haïti et à renforcer les systèmes nationaux de préparation à la santé publique.

Le projet de réponse COVID-19 en Haïti comprend les éléments suivants :

Composante 1 : Intervention d'urgence COVID-19 –

Cette composante apporterait un soutien immédiat pour limiter la transmission de COVID-19 ou locale par des stratégies de confinement. Elle soutiendrait le *plan de préparation et d'intervention COVID-19* du MSPP en étroite coordination et avec un soutien important des agences des Nations Unies et d'autres partenaires. Elle soutiendrait le renforcement des capacités de détection de la maladie par la fourniture d'une expertise technique, d'équipements et de systèmes de laboratoire pour assurer une recherche rapide des cas et des contacts, conformément aux directives de l'OMS dans le plan d'intervention stratégique. Il permettrait aux pays de mobiliser une capacité de réaction rapide grâce à des agents de santé de première ligne formés et bien équipés.

Composante 2 : Renforcement du système de santé –

Cette composante soutiendrait le renforcement de la capacité de soins cliniques et des fonctions essentielles du système de santé afin de fournir les meilleurs soins possibles aux personnes malades malgré une forte augmentation de la demande. Il soutiendra également le renforcement de la préparation nationale en matière de santé publique, en se concentrant sur les domaines clés identifiés dans les dernières évaluations externes conjointes des capacités de base du RSI pour Haïti.

Composante 3 : Gestion de la mise en œuvre et suivi et évaluation –

Cette composante financera des activités visant à soutenir la capacité des unités centrales du MSPP et des autorités sanitaires départementales dans la coordination, la gestion de la mise en œuvre et la supervision du projet (y compris les aspects fiduciaires et le suivi et l'évaluation, les garanties et les rapports sur les activités et les résultats du projet), et la réalisation d'audits du projet.

Composante 4 : Composante d'intervention d'urgence contingent (CERC) –

En cas de crise ou d'urgence admissible, le projet pourrait contribuer à apporter une réponse immédiate et efficace à ladite crise ou urgence par l'intermédiaire de cette Composante.

Dans le cadre du FA, la Project financera le déploiement de vaccins qui sera ajouté dans le cadre des mesures de confinement et d'atténuation visant à prévenir la propagation des infections et des décès dus au COVID-19. A cette fin, une nouvelle sous-composante 1.4 : Déploiement et achats de vaccins COVID-19 sera ajoutée à la composante 1. En outre, plusieurs activités du projet parent seront mises à l'échelle : Sous-composante 1.1 : Interventions de confinement ; Sous-composante 1.3 : Renforcement de la capacité de prestation de services de santé ; Composante 2 : Renforcement du système de santé ; et Composante 3 pour soutenir les activités de suivi et d'évaluation.

1.1 Justification du plan de mobilisation des parties prenantes

Le projet de réponse COVID-19 pour Haïti est préparé suivant les principes du Cadre environnemental et social (CES) de la Banque mondiale. Conformément à la norme environnementale et sociale ESS 10 Engagement des parties prenantes et divulgation de l'information, les agences de mise en œuvre doivent fournir aux parties prenantes des

informations opportunes, pertinentes, compréhensibles et accessibles, et les consulter d'une manière culturellement appropriée, qui soit exempte de manipulation, d'interférence, de coercition, de discrimination et d'intimidation.

Une première mise à jour du document, au 30 septembre 2021, présentait les activités de mobilisation des parties prenantes réalisées dans le cadre du projet de réponse COVID-19, et sur la base du Plan de Mobilisation des Parties Prenantes qui avait été élaboré lors de la préparation du projet.

Des activités de mobilisation des parties prenantes ont été réalisées dans le cadre du projet :

- Dans le cadre de la Composante 1.2 (Activités de communication), le projet de Communication Individuelle et Communautaire pour la réponse au COVID-19 a été exécuté par l'Organisation Fondation pour la Sécurité Reproductrice et l'Education Familiale (FOSREF) dans les 10 départements d'Haïti, son objectif étant de sensibiliser et former les parties prenantes et la population aux mesures de prévention Covid-19 et de déstigmatiser la maladie.
- L'UNOPS qui a la charge de la Composante 1.3 de distribution d'équipements médicaux a eu de nombreux échanges avec les directeurs départementaux ainsi que les directeurs / responsables des hôpitaux bénéficiaires et a mis en place des formations théoriques/pratiques du personnel médical des centres respectifs en septembre 2020.
- L'Organisation Panaméricaine de la Santé a mis en place les activités de renforcement du système de santé de la Composante 2, et dans ce cadre de nombreuses activités de mobilisation des parties prenantes ont été réalisés et en particulier le renforcement des capacités du Centre d'Appels du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).

Ces activités sont décrites dans le chapitre 3.2.

Une seconde mise à jour du document est préparée en février 2022, pour prendre en compte le Financement Additionnel.

1.2 Objectif du plan de mobilisation des parties prenantes

L'objectif global de ce 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 succinctement la façon dont l'équipe du projet communiquera avec les parties prenantes et inclut un mécanisme par lequel les populations peuvent exprimer leurs préoccupations, donner leur avis ou déposer des plaintes concernant le projet et toute activité y relative. La participation des populations locales est essentielle à la réussite du projet, afin d'assurer une collaboration harmonieuse entre le personnel du projet et les communautés locales, et de minimiser et d'atténuer les risques environnementaux et sociaux associés aux activités du projet proposé. Dans un contexte de maladies infectieuses, des activités de sensibilisation à large échelle et adaptées à la culture et aux réalités locales sont particulièrement importantes pour sensibiliser correctement les populations aux risques associés aux dites maladies. Pour les programmes de vaccination contre la COVID-19, la mobilisation des parties prenantes est importante pour faire connaître les principes applicables à la détermination des groupes à

vacciner en priorité et le calendrier de distribution des vaccins, atteindre les groupes défavorisés et vulnérables, lever les obstacles à l'accès du côté de la demande (comme la méfiance à l'égard des vaccins, la stigmatisation, les hésitations culturelles), et créer des mécanismes de responsabilités en cas de détournements, de discrimination et de corruption.

2. Identification et analyse des parties prenantes du projet

Les parties prenantes du projet sont définies comme des individus, des groupes ou d'autres entités qui :

- (i) Sont affectés ou susceptibles d'être affectés directement ou indirectement, positivement ou négativement, par le projet (également appelés "parties affectées") ; et
- (ii) Peuvent avoir un intérêt dans le projet ("parties intéressées"). Il s'agit d'individus ou de groupes dont les intérêts peuvent être affectés par le projet et qui ont le potentiel d'influencer les résultats du projet de quelque manière que ce soit.

La coopération et les négociations avec les parties prenantes tout au long de la préparation du projet exigent souvent d'identifier également les personnes qui agissent en tant que représentants légitimes de leurs groupes respectifs de parties prenantes, à savoir les individus à qui les autres membres du groupe ont confié la charge de défendre les intérêts du groupe durant le processus de dialogue et de concertation avec le projet. Ces représentants peuvent fournir des renseignements utiles sur les réalités locales et être le principal moyen de diffusion des informations concernant le projet et le premier lien de communication ou d'échange entre le projet et les communautés visées ainsi que les réseaux qu'elles auront établis. Les représentants des communautés, les leaders culturels et les femmes leaders peuvent également être des intermédiaires utiles pour diffuser l'information d'une manière culturellement appropriée, en renforçant la confiance dans les programmes gouvernementaux ou les efforts de vaccination.

Les femmes peuvent également être des parties prenantes et des intermédiaires pour la distribution des vaccins, car elles maîtrisent les programmes de vaccination pour leurs enfants et sont les gardiennes de leurs familles.

La vérification du mandat des représentants des parties prenantes (autrement dit le processus par lequel leur légitimité est confirmée et il est établi qu'ils sont les véritables défenseurs de la communauté qu'ils représentent) reste une tâche importante dans le processus de prise de contact avec les parties prenantes. Cette vérification peut se faire dans le cadre d'échanges informels avec un échantillon aléatoire de membres des communautés concernées et en prenant en compte leurs points de vue s'agissant des personnes à même de les représenter le plus efficacement. En raison des restrictions et de l'interdiction de rassemblements publics en période de COVID-19, l'identification des parties prenantes se fera davantage sur une base individuelle, ce qui exige différents moyens pour atteindre les personnes touchées.

2.1 Méthodologie

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(s) projet(s) seront organisées tout au long de la durée de vie du projet et menées d'une manière transparente et libre de toute manipulation extérieure, interférence, coercition ou intimidation ;
- *Participation et avis en toute connaissance de cause* : des informations seront communiquées et distribuées largement à toutes les parties prenantes sous une forme appropriée ; des moyens seront mis à disposition pour recevoir les avis et préoccupations des parties prenantes et pour les analyser et les prendre en compte ;
- *Absence d'exclusion et prise en compte des besoins divers et variés* : les parties prenantes seront identifiées 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, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes déplacées, les personnes présentant des problèmes de santé sous-jacents, et aux réalités culturelles des différents groupes ethniques.
- *Flexibilité* : si les mesures de distanciation sociale limitent le recours aux formes traditionnelles de mobilisation, la méthodologie retenue devrait être révisée pour prendre en compte d'autres techniques, y compris les différentes formes de communication par internet. (voir la section 3.2 ci-après.)

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

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

¹ La vulnérabilité peut être attribuable à la race, à l'origine ethnique ou sociale, à la couleur, au sexe, à la langue, à la religion, aux convictions politiques ou autres, au patrimoine, à l'âge, à la

particulières pour être représentés sur un pied d'égalité dans le processus de consultation et de décision associé au projet.

2.2 Parties touchées

Les parties touchées comprennent les communautés locales, les membres desdites communautés et d'autres parties qui pourraient subir les effets directs du projet. La Covid 19, vu son évolution peut toucher toutes les couches de la population plus spécifiquement les personnes à risque, les personnes impliquées dans la mise en œuvre du projet et les bénéficiaires des différentes interventions dans le cadre de la prise en charge des malades et de la vaccination des groupes cibles. Plus précisément, cette catégorie renferme les individus et groupes suivants :

- La population et les communes locales ;
- Les populations vivant aux environs des structures de santé (laboratoires, centres de traitement, site de vaccination...) ;
- Les personnes malades de la COVID 19 et leur famille qu'elles soient hospitalisées ou prises en charge à domicile ;
- Les femmes enceintes à partir du troisième trimestre ;
- Patients avec des conditions préexistantes (spécialement l'hypertension) âgés de 19-59 ;
- Patients avec d'autres comorbidités ;
- Les résidents des zones sous restriction d'activités ou de mobilité et leur famille ;
- Les personnes en situation de confinement ;
- Les fournisseurs et prestataires de services en particulier ceux travaillant dans les sites ou centres de prise en charge des malades (chantier CTE, structures de santé...) ;
- Les autorités gouvernementales en particulier ceux en charge de la coordination de la mise en œuvre du plan de riposte et de vaccination ;
- Les autorités locales et territoriales ;
- Les acteurs en chargés de la protection de l'environnement ;
- Les autorités sanitaires ;
- Travailleurs de la Santé de première ligne ;
- Le personnel de santé public comme privé travaillant dans le cadre de la prise en charge de la maladie en particulier ceux évoluant dans les centres de traitement ;
- Les techniciens de surface et autres personnels d'appui des structures de santé.

2.3 Autres parties concernées

Les parties prenantes du projet désignent aussi des individus, groupes ou entités qui ne sont pas directement touchés par le projet, notamment :

- Résidents d'autres agglomérations rurales situées dans la zone du projet, qui peuvent profiter des opportunités d'emploi et de formation découlant du projet ;
- Organisations communautaires de base (OCB) notamment les organisations de femmes impliquées dans les activités de gestion ou de prise en charge du volet sensibilisation et mobilisation communautaire, de gestion des plaintes et d'accompagnement des personnes affectées ;

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.

- Organisations de la société civile et des ONG d'envergure locale, régionale ou nationale qui s'intéressent aux questions environnementales et socioéconomiques et peuvent nouer des partenariats avec le projet ;
- Leaders communautaires, les notables, les mouvements associatifs des jeunes, les groupements des femmes
- Propriétaires d'entreprises et des fournisseurs de biens, de services et de matériaux dans la zone du projet qui seront associés à la chaîne d'approvisionnement plus large du projet ou qui pourraient être inclus parmi les fournisseurs potentiels du projet à l'avenir ;
- Agents des services l'administration en charge du contrôle et de la certification des actions environnementales et sociales en rapport avec les domaines d'intervention du projet ;
- Médias et groupes d'intérêt associés, y compris la presse écrite et audiovisuelle locale, régionale et nationale, les entités numériques ou basées sur l'internet, ainsi que leurs associations ;
- Représentants des pouvoirs publics, des organismes chargés de la délivrance de permis et des agences de régulation aux niveaux national et régional, y compris des autorités responsables des questions environnementales et techniques ainsi que de la protection sociale et de l'emploi ;
- Acteurs du ministère de l'intérieur et ses démembrements ainsi que les forces armées ;
- Organe de gestion du fonds covid 19 et du programme covax ;
- La Direction d'Epidémiologie de Laboratoire et de la Recherche ainsi que ses démembrements aux niveaux régional, départemental et local ;
- Le secrétariat permanent du haut conseil de la sécurité sanitaire mondiale ;

2.4 Individus ou groupes défavorisés ou vulnérables

Il est particulièrement important de déterminer si les effets du projet pourraient toucher de façon disproportionnée des individus ou des groupes défavorisés ou vulnérables qui, souvent, n'ont pas les moyens de faire entendre leurs préoccupations ou de saisir la portée des répercussions d'un projet. Il est également important de veiller à ce que les actions de sensibilisation et de mobilisation des parties prenantes axées sur les individus ou groupes défavorisés ou vulnérables, en particulier pour ce qui concerne les maladies infectieuses et les traitements médicaux, soient adaptées de manière à prendre en compte la sensibilité, les préoccupations et les réalités culturelles particulières de ces individus ou groupes et à s'assurer qu'ils comprennent parfaitement les activités et les avantages du projet. On peut attribuer cette vulnérabilité à l'origine, au sexe, à l'âge, à l'état de santé, à la précarité économique et à l'insécurité financière d'un individu, à la position désavantageuse qu'il occupe au sein de sa communauté (c'est le cas notamment de minorités ou de groupes marginaux), et à sa dépendance à l'égard d'autres individus ou des ressources naturelles, etc. Le dialogue avec les individus et groupes vulnérables exige souvent l'application de mesures spécifiques et l'octroi d'une aide particulière pour faciliter leur participation à la prise de décisions dans le cadre du projet, de sorte qu'ils soient sensibilisés et puissent contribuer au processus global au même titre que les autres parties prenantes.

Dans le cadre du projet, les groupes vulnérables ou défavorisés peuvent comprendre, sans s'y limiter, les entités suivantes :

- Personnes âgées ;
- Personnes handicapées et leurs aidants ;
- Ménages dirigés par des femmes ou les mères célibataires ayant des enfants en bas âge ;
- Chômeurs, les groupes défavorisés.

S'agissant spécifiquement de la COVID-19, le *Cadre de l'OMS pour l'attribution et la priorisation des vaccins anti-COVID-19* liste les groupes suivants comme étant potentiellement défavorisés ou vulnérables :

- Personnes vivant dans la pauvreté, en particulier l'extrême pauvreté
- Les sans-abri et ceux qui vivent dans des implantations sauvages ou des taudis urbains
- Groupes religieux ou de genre, minorités sexuelles et personnes handicapées
- Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, populations vivant dans des zones de conflit ou touchées par des situations d'urgence humanitaire,
- Populations difficiles à atteindre
- Personnes âgées définies par le risque en fonction de l'âge
- Personnes âgées vivant dans des situations de vie à haut risque (exemples : établissement de soins de longue durée, personnes incapables de s'écarter physiquement)
- Groupes présentant des comorbidités ou des états de santé (p. ex. grossesse/allaitement) jugés significativement plus élevés risque de maladie grave ou de décès
- Groupes sociodémographiques présentant un risque disproportionnellement plus élevé de maladie grave ou de décès
- Groupes sociaux incapables de respecter la distanciation physique (exemples : populations regroupées géographiquement éloignées, centres de détention, dortoirs, personnel militaires vivant dans des quartiers restreint, camps de réfugiés)
- Groupes vivant dans des quartiers urbains denses
- Groupes vivant dans des ménages multigénérationnels.
- Les personnes atteintes de maladies chroniques et en particulier :
 - o Les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée, une insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
 - o Les malades atteints de cirrhose au stade B au moins ;
 - o Les patients aux antécédents cardiovasculaires (hypertension artérielle, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque) ;
 - o Les diabétiques insulino-dépendants ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro-angiopathie) ;
 - o Les insuffisants respiratoires chroniques sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
 - o Les personnes avec une immunodépression ;
 - o Les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40kg/m² : par analogie avec la grippe A (H1N1) ;

Les groupes vulnérables au sein des communautés touchées par le projet seront informés et consultés à l'aide de moyens dédiés, s'il y a lieu. Les sections qui suivent comportent une

description des méthodes qui seront employées pour la mobilisation des parties prenantes dans le cadre du projet. Pour tout programme de vaccination, le PMPP comprendra des consultations ciblées, culturellement appropriées et approfondies pour les groupes défavorisés et vulnérables avant le démarrage des campagnes de vaccination.

3. Programme d'Engagement des Parties Prenantes

3.1. Synthèse des actions de mobilisation des parties prenantes engagées durant la préparation du projet

Le premier Plan d'Engagement des Parties Prenantes (PMPP) a été élaboré et divulgué avant l'évaluation du projet. L'objectif global du PMPP est de définir un programme pour l'engagement des parties prenantes, en incluant la divulgation des informations au public et à la consultation, durant tout le cycle du projet. En cas de besoin, il sera actualisé de façon périodique, via la stratégie d'inclusion de la Communication des Risques et d'Engagement Communautaire (RCCE), pour être préparé sous la bannière du projet en lien avec les dispositions de l'OMS « facilité de RCCE et au nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV°) » (26 Janvier 2020).

Durant la phase de préparation du projet initial, en raison de la situation d'urgence et de la nécessité de traiter les questions liées à la COVID19, aucune consultation spécifique n'a été menée pendant la préparation du projet, en dehors des autorités publiques et des experts de la santé.

L'élaboration du PMPP permet de décrire les voies de communication de l'équipe du projet avec les parties prenantes. Il inclut un mécanisme à travers lequel les gens peuvent poser leurs problèmes, réagir, ou se plaindre sur le projet et toute autre activité en lien avec le projet. Ce PMPP soutiendra les activités du projet liées à la communication, à la mobilisation, et des campagnes pour l'engagement communautaire pour la prise de conscience et la connaissance du public sur la prévention et le contrôle de COVID-19 au sein de toute la population. En outre, il contribue au renforcement des capacités des structures communautaires à promouvoir des messages de prévention contre le coronavirus. Le projet engagera des consultations significatives sur les politiques, procédures, processus et pratiques (y compris les griefs) avec toutes les parties prenantes durant tout le cycle du projet, et les doter d'informations en temps réel, pertinentes, compréhensibles et accessibles. Les consultations fourniront des informations sur les risques liés au projet, y compris la violence basée sur le genre (VBG), qui comprend l'exploitation et l'abus sexuel (EAS) aussi bien que le harcèlement sexuel (HS), les risques d'augmentation des VBG et particulièrement la violence des partenaires intimes liée à l'urgence du COVID-19², et les

² Sur la base de l'expérience des pays qui ont été grandement touché par le virus, tels que la Chine et l'Italie, il y a eu une augmentation de violence avec les conjoints. Durant la pandémie. Après l'éruption du virus différents pays ont aussi fait cas d'augmentation des GBV, y compris les violences faites aux femmes dans des contextes d'urgence, d'exploitations et d'abus sexuels par des fonctionnaires de l'Etat et des Gardes armés, de violences sur les lieux de travail dans le secteur de la santé, aussi bien que d'harcèlement racial et sexuel.

mesures de signalement et de riposte proposées, avec une attention particulière aux groupes vulnérables, y compris ceux avec une mobilité réduite, aussi bien que sur les femmes et les enfants. Des consultations communautaires sur l'atténuation des risques liés aux GBV / EAS / HS avec des femmes et des filles seront conduites dans des environnements sécurisés et propices, tels que dans des groupes de même sexe et avec des facilitatrices, et se focalisera sur les risques et les vulnérabilités des femmes et des filles, aussi bien que sur les problèmes en lien avec leur bien-être, leur santé et leur sécurité, étant donné qu'ils ont un lien avec les activités du projet sur COVID-19.

3.2. Activités d'Engagement des Parties Prenantes durant l'exécution du projet à ce jour

Le jeudi 19 mars 2020, Haïti a officiellement confirmé les premiers cas de contamination au coronavirus. Dans la foulée, pour contenir l'épidémie un arrêté présidentiel a déclaré L'état d'urgence sanitaire sur toute l'étendue du territoire national et des dispositions restrictives à appliquer dès le vendredi 20 mars.

Ces mesures limitent grandement la capacité du projet à utiliser les méthodes traditionnelles de consultations publiques et d'engagement des parties prenantes. C'est pourquoi, le projet a exploité d'autres activités pour l'engagement des parties prenantes avec ses partenaires, en particulier OPS/OMS et UNOPS.

Les consultations ont été faites en deux modalités par l'UNOPS :

- Des réunions présentielle avec les Directions Départementales et représentants de la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS) durant les missions d'évaluation, distribution et formation.
- La plupart des suivis avec les institutions respectives ont été réalisées via des échanges téléphoniques (whatsapp) aux directeurs et avec les techniciens biomédicaux départementaux pour assurer un suivi des équipements mis en place.

Le plan stratégique de préparation et de réponse de l'OMS "COVID-19 -- Directives de planification opérationnelle pour soutenir la préparation et la réponse des pays". (2020) présente l'approche suivante dans le pilier 2 RCCE, qui servira de base à l'engagement des parties prenantes du projet :

Il est essentiel de communiquer régulièrement au public ce que l'on sait sur COVID-19, ce que l'on ignore, ce qui est fait et les mesures à prendre. Les activités de préparation et d'intervention doivent être menées de manière participative, à l'échelle de la communauté, et être informées et optimisées en permanence en fonction des réactions de la communauté afin de détecter et de répondre aux préoccupations, aux rumeurs et à la désinformation. Les changements dans les interventions de préparation et de réponse doivent être annoncés et expliqués à l'avance et être élaborés en fonction des perspectives de la communauté. Pour établir l'autorité et la confiance, il est essentiel de transmettre des messages réactifs, empathiques, transparents et cohérents dans les langues locales par le biais de canaux de communication fiables, en utilisant les réseaux

communautaires et les principaux acteurs d'influence et en renforçant les capacités des entités locales.

Stratégie pour la diffusion des informations

En termes de méthodologie, il est important que les différentes activités soient inclusives et culturellement sensibles, garantissant ainsi que les groupes vulnérables décrits ci-dessus aient la chance de participer aux bénéfices du projet. Il peut s'agir de discussions au sein des ménages et des groupes de discussion en plus des consultations dans les villages, de l'utilisation de différentes langues, de l'utilisation de la communication verbale ou d'images au lieu de texte, etc.

Le projet s'est donc adapté à différentes exigences. En particulier, des campagnes de sensibilisation ont été mises en place à l'échelle nationale (avec l'organisation FOSREF), et la ligne téléphonique de soutien COVID-19 a été renforcée.

Activités de communication et de sensibilisation sur la COVID-19

Selon la description de la Composante 1.2, les activités de communication pour la préparation sont les suivantes : Le projet soutiendra la stratégie nationale de communication pour COVID-19. Un plan national de communication des risques et d'engagement communautaire a été élaboré et mis en œuvre, y compris les détails des mesures de santé publique prévues et la reproduction et la diffusion en temps voulu des messages et du matériel en créole haïtien. Ce plan comprend des activités axées sur le changement de comportement pour adopter des pratiques d'hygiène adéquates et une communication concernant la distanciation sociale et d'autres mesures nécessaires en cas de pandémie. Il comprend également des activités pour contrer la désinformation et les rumeurs infondées. Les communications comprennent des activités de sensibilisation impliquant divers ministères et secteurs, ainsi que des groupes communautaires de confiance et des réseaux locaux. Les activités de communication soutiennent la sensibilisation sur le « lavage des mains » par le biais des médias, du conseil, des écoles et des lieux de travail. D'autres activités de communication visant à améliorer la préparation contre les maladies contagieuses sont également soutenues, le cas échéant.

Le projet de communication est mené par l'organisation FOSREF (Fondation pour la Santé Reproductrice et l'Éducation Familiale) pour la population haïtienne en générale dans les 10 départements. Dans son rapport d'activité de Mai 2020 à Mai 2021, le FOSREF indique qu'il a réalisé les activités suivantes au niveau national :

A/ 1043 personnes ont été formées sur la prévention du COVID-19 :

- Formation de 300 nouveaux pairs éducateurs sur la prévention de COVID19 et sur les techniques de communication individuelle et communautaire : 30 sessions de formations sur la prévention de COVID19 et techniques de communication individuelle et communautaire d'une durée de 2 jours par session pour des Pairs éducateurs (groupes de 10 personnes).
- Des formations ou sessions d'éducatrices ont été réalisées pour les leaders communautaires, groupes religieux, membres d'association paysannes, associations de camionneurs, responsables de marchés et marchands ambulants, et CASECS ASECS.

B/ 3,8 millions de personnes ont été sensibilisées sur le COVID-19 par l'intermédiaire des activités suivantes :

- Sessions de sensibilisation, rencontres-dialogues/ causeries,
- Emissions de radio communautaires,
- Sessions mobiles de sensibilisation dans les grands points publics,
- Distribution de matériels de communication dans les communautés,
- Visites domiciliaires, sessions dans les points fixes à hauts risques etc., avec l'appui de nombreuses organisations communautaires de base (OCB) dans les 10 départements.
- Des mégaphones et des dépliants (flyers) ont été utilisés à grande échelle.

C/ 29 organisations communautaires ont été formées et ont participé activement aux activités de prévention, d'identification précoce de cas suspects, aiguillage vers des systèmes de références / conseils vers sites de prise en charge et aux activités de surveillance du COVID-19.

Des photographies des activités sont présentées en Annexe 1.

Consultations

De nombreuses activités de mobilisation des parties prenantes se sont faites par l'intermédiaire des partenaires du projet : UNOPS et OPS/OMS.

L'UNOPS qui a la charge de la Composante 1.3 de distribution d'équipements médicaux a eu de nombreux échanges avec les directeurs départementaux ainsi que les directeurs / responsables des hôpitaux bénéficiaires et a mis en place des formations théoriques/pratiques du personnel médical des centres respectifs en septembre 2020.

Les consultations ont été faites en deux modalités par l'UNOPS :

Des réunions présentielle avec les Directions Départementales et représentants de la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS) durant les missions d'évaluation, distribution et formation.

La plupart des suivis avec les institutions respectives ont été réalisées via des échanges téléphoniques (whatsapp) aux directeurs et avec les techniciens biomédicaux départementaux pour assurer un suivi des équipements mis en place.

Une mission de consultations a été réalisée du 15 au 20 septembre 2021. Durant cette mission, des activités de consultation et de formation ont été réalisées en présentielle et en petits groupe (15 personnes maximum) pour le personnel médical des centres où sont livrés les concentrateurs d'oxygène et pour évaluer les services de pédiatrie, maternité, médecine interne, urgences des hôpitaux bénéficiaires. Les mesures de distanciation pour prévention du risque COVID-19 ont été suivies (lavage des mains, masques, prise de température et distanciation).

Mobilisation des parties prenantes dans le cadre du Renforcement du système de santé

D'autre part, l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) a mis en place les activités de renforcement du système de santé de la Composante 2, et dans ce cadre de nombreuses activités de mobilisation des parties prenantes ont été réalisés et en particulier le renforcement des capacités du Centre d'Appels du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).

Pour assurer une prise en charge et un suivi rapides et adéquats des cas confirmés de COVID-19 dans le cadre des soins à domicile, et à la demande du MSPP, l'OPS/OMS a augmenté les capacités du Centre d'Appels du MSPP. Les professionnels de la santé du Centre d'Appel ont été formés à la prise en charge des cas de COVID-19 et à la formation aux compétences non techniques (service à la clientèle, comment parler au patient et comment répondre à ses besoins) par le prestataire de services. Ils ont également reçu un questionnaire complet pour assurer un suivi adéquat des patients et recueillir des informations clés. Entre le 21 Août (date de lancement du Centre d'Appels) et le 30 Septembre 2021, le Centre d'Appels a suivi 166 patients (parmi lesquels 113 étaient des patients confirmés COVID-19 et 53 contacts de cas confirmés ou suspectés de COVID-19).

D'autre part, dans le cadre de la Composante 2, des ateliers ont été organisés dans les dix départements afin de revitaliser les cellules de crise des Directions Départementales de la Santé et d'évaluer les capacités existantes pour assurer une préparation et une réponse efficaces aux crises sanitaires.

Pendant cette période, des sessions de formation sur la surveillance épidémiologique ont été organisées pour divers professionnels de la santé dans tout le pays.

Dans les deux aéroports principaux, des formations ont été réalisées aux personnels pour l'évaluation rapide de la santé des passagers à l'arrivée et du matériel de communication a été distribué sur les risques aux voyageurs.

Les brochures sont présentées en Annexe 2 et peuvent être téléchargées sur le site web suivant : <http://santehaiti.com/download/kisa-pou-fe-deyo-sal-izolman/>

3.3 Plan d'engagement des parties prenantes au cours du cycle du projet

Une approche de précaution sera appliquée au processus de consultation afin de prévenir la propagation de l'épidémie, compte tenu du caractère hautement infectieux de la COVID-19. On trouvera ci-dessous des éléments à prendre en compte pour le choix des modes de communication, eu égard à l'évolution actuelle de l'épidémie :

- Éviter les rassemblements publics (en tenant compte des restrictions imposées à l'échelon national ou des avis émis sur le territoire), y compris les audiences publiques, les ateliers et les assemblées locales ;
- Si des rassemblements de plus petite envergure sont autorisés/recommandés, tenir des consultations en comité restreint, comme des réunions thématiques. Si cela n'est ni permis ni recommandé, prendre toutes les mesures raisonnables pour tenir des réunions virtuelles ;

- Diversifier les moyens de communication et solliciter davantage les réseaux sociaux et les médias en ligne. Lorsque cela est possible et approprié, mettre en place des plateformes dédiées en ligne et des groupes de discussion virtuels adaptés à l'objectif, en fonction du type et des catégories de parties prenantes (À veiller à l'inclusion de tous, car ceci pourrait être un facteur bloquant pour certaines personnes illettrées) ;
- Utiliser les voies de communication classiques (télévision, presse écrite, radio, lignes téléphoniques dédiées) lorsque les parties prenantes n'ont pas accès aux médias numériques ou ne les utilisent pas fréquemment. Les médias classiques peuvent aussi être hautement efficaces pour relayer les informations pertinentes aux parties prenantes, et leur offrir une plateforme pour donner leurs avis et suggestions (Pour ce qui est de la consultation spécifique des femmes, à prendre en compte la confidentialité du processus. Elles ne devront être consultées que par des femmes qui, ont une certaine connaissance des VBG) ;
- Lorsque la concertation directe avec les populations touchées par le projet ou les bénéficiaires de ce dernier est nécessaire, déterminer les moyens de communiquer directement avec chaque ménage touché via une combinaison de messages électroniques, de plateformes numériques, de services téléphoniques dédiés gérés par des opérateurs compétents (À s'assurer de la capacité ces opérateurs sur les matières telles que les VBG, EAS, HS par exemple), en tenant compte du contexte ;
- Pour chaque méthode de concertation proposée, indiquer clairement comment les parties prenantes pourront donner leurs avis et commentaires.
- Identifier la société civile locale de confiance, les organisations communautaires et les acteurs similaires qui peuvent servir d'intermédiaires pour la diffusion de l'information et la mobilisation des parties prenantes ; s'engager avec eux sur la base continue. Pour une mobilisation efficace des parties prenantes sur la vaccination contre la COVID-19, préparer différents programmes de communication et utiliser différentes plateformes d'engagement avec différentes parties prenantes, en fonction de l'identification des parties prenantes susmentionnées. Les programmes de communication peuvent prendre des formes diverses pour différents supports, comme le calendrier sommaire, les éléments visualisés, les graphiques et des dessins animés pour la presse, les sites web et les médias sociaux ; les dialogues et les sketches en langage simple pour la radio et la télévision ; et des informations plus détaillées pour la société civile et les médias. Toutes ces informations devraient être disponibles dans les différentes langues locales. Les informations diffusées devraient également indiquer les lieux où on peut se rendre pour en savoir plus, poser des questions et donner son avis.

Conformément à l'approche de précaution décrite ci-dessus, différentes techniques de mobilisation sont proposées et répondent à différents besoins des parties prenantes, à savoir : i) un ordre du jour bien structuré ; ii) des réunions thématiques ou des discussions de groupe ; iii) des consultations avec les populations locales ; iv) des réunions formelles ; v) des visites de sites.

Le tableau suivant présente le processus d'engagement des parties prenantes au cours du cycle du projet :

Phase de projet	Parties prenantes ciblées	Informations à divulguer	Méthodes proposés	Calendrier proposé
Préparation	Ministères et autorités sanitaires	Description du projet Plan d'Engagement Environnemental et Social (PEES) Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP)	Courriels et réunions par vidéoconférence Entretiens avec des experts de la santé publique Réunions de consultation virtuelles	Mars-Avril 2020
Mise en œuvre	Grand public Personnes infectées par le COVID-19 Personnes en quarantaine Personnes et groupes vulnérables Patients hospitalisés Travailleurs du secteur de la santé Travailleurs de projet	Description du projet Cadre de Gestion Environnemental et Sociale (CGES) Plan de Mobilisation des Parties Prenantes (PMPP) Mécanisme de Gestion des Plaintes (MGP)	Communiqués de presse Brochures d'information Annonces à la radio, à la télévision, dans les journaux et les médias sociaux Groupes de discussion avec les parties concernées et les groupes vulnérables Réunions de consultation communautaire (si possible) Ligne d'assistance téléphonique gratuite pour la diffusion d'informations et la prise en compte des griefs	Quand le CGES sera mis à jour , il est nécessaire de faire une consultation du CGES et PMPP. Tout au long de l'exécution du projet. Le présent rapport indique les activités de mobilisation des parties prenantes réalisées d'avril 2020 à janvier 2022. Pour la suite de l'exécution, en plus du suivi de la mobilisation des parties prenantes, il sera nécessaire d'assurer le fonctionnement du mécanisme de plaintes et de faire son suivi.
Clôture	Grand public Travailleurs de projet	Rapports d'avancement et d'évaluation	Communiqués de presse Brochures d'information	Les activités de mobilisation des parties prenantes devront intégrer les retours d'expériences pour la clôture du projet.

Pour compléter les activités ci-dessus, le projet peut utiliser des outils de communication en ligne pour concevoir des ateliers virtuels dans des situations où de grandes réunions et ateliers sont essentiels. Webex, Skype et (dans les situations de faible capacité TIC) les réunions audio peuvent être des outils efficaces pour concevoir des ateliers virtuels.

Dans les situations où l'interaction en ligne est difficile, les informations peuvent être diffusées via une plate-forme numérique (le cas échéant) comme Facebook, Twitter, les groupes WhatsApp, les liens Web / sites Web du projet et les moyens de communication traditionnels (télévision, journaux, radio, appels téléphoniques et courriers électroniques avec des informations claires), description des mécanismes de retour d'informations par courriels et / ou lignes téléphoniques dédiées. Tous les canaux de communication doivent spécifier clairement comment les parties prenantes peuvent fournir leurs commentaires et suggestions. Tout effort pour mener des consultations avec les parties prenantes dans des formats virtuels ou non traditionnels, en particulier dans les zones rurales et ceux qui dépendront de l'accès aux technologies de l'information ou aux plates-formes Web seront conçus pour garantir aux groupes vulnérables, tels que les femmes, les personnes âgées, les personnes peu alphabétisées ou vivant avec un handicap, seront d'être informés de ces consultations et offriront des canaux accessibles pour faire part de leurs commentaires.

Le projet comprend des ressources pour mettre en œuvre les actions ci-dessus. Il sera mis à jour périodiquement si nécessaire, via l'inclusion d'une stratégie de communication des risques et participation communautaire (RCCE), à préparer dans le cadre du projet conformément aux dispositions de l'OMS « Communication sur les risques et participation communautaire (RCCE) : préparation et riposte face au nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) - Lignes directrices provisoires -26 janvier 2020 ».

Le modèle de préparation à la RCCE de l'OMS comprend une série de principes et de listes de contrôle de préparation avec des orientations sur les objectifs et les actions concernant :

- Systèmes de communication des risques
- Coordination interne et partenaire
- Communication publique
- Engagement communautaire
- Lutter contre l'incertitude et les perceptions et gérer la désinformation
- Renforcement des capacités

En outre, des stratégies seront identifiées pour permettre l'engagement des parties prenantes et les consultations sur la version finale du Cadre de Gestion de l'Environnement et Social (CGES).

Les parties prenantes seront tenues informées au fur et à mesure de l'évolution du projet, notamment par la présentation de rapports sur les performances environnementales et sociales du projet et la mise en œuvre du plan d'engagement des parties prenantes et du mécanisme de réclamation. Cela sera important pour le grand public, mais aussi et surtout pour les cas COVID19 suspectés et/ou identifiés, ainsi que pour leurs proches.

Conformément aux directrices de l’OMS sur la priorisation, la cible initiale de la vaccination dans le cadre du Projet est d’atteindre 20 % de la population dans chaque pays, donner la priorité aux personnels de santé, aux autres travailleurs essentiels, et aux groupes les plus vulnérables, à savoir les personnes âgées et les personnes souffrant des comorbidités sous-jacentes. Étant donné que tout le monde ne recevra pas le vaccin en même temps, une divulgation insuffisante ou inefficace de l’information peut entraîner la méfiance à l’égard du vaccin ou du processus de prise de décision pour administrer le vaccin.

Par conséquent, les autorités nationales veilleront à ce que les informations à diffuser :

- Soient exactes, à jour et facilement accessibles ;
- Se fondent sur les meilleures preuves scientifiques disponibles ;
- Soulignent des valeurs sociales partagées ;
- Exposent les principes et la justification de la priorisation de certains groupes pour la vaccination ;
- Comportent un calendrier indicatif et énoncent les étapes de vaccination de toute la population ;
- Expliquent les mesures qui seront prises pour obtenir le consentement volontaire, ou si les mesures sont obligatoires, qu’elles sont raisonnables, qu’elles suivent une procédure régulière, , n’incluent pas de mesures punitives et disposent d’un cadre de gestion des plaintes éventuelles.
- Fournissent des explications relatives à l’innocuité des vaccins, à leur qualité, leur efficacité, leurs effets indésirables potentiels, ainsi qu’aux mesures à prendre en cas d’incidence négative ;
- Indiquent les lieux où se rendre pour en savoir plus, poser des questions et donner son avis ;
- Décrivent les coûts économiques directs, indirects et attendus de la vaccination, ainsi que les mesures à prendre en cas d’incidence négative grave sur les parties prenantes, comme des effets indésirables ; et
- Sont communiquées dans des formats tenant compte des aspects linguistiques, d’alphabétisation et culturels.
- Au fil du temps, sur la base des avis et commentaires reçus à travers le Mécanisme de gestion des plaintes et sur d’autres plateformes, les informations diffusées devraient également répondre aux questions fréquemment posées par le grand public et aux différentes préoccupations soulevées par les parties prenantes.
- De fausses informations peuvent se répandre rapidement, particulièrement sur les réseaux sociaux. Durant l’exécution du projet, le gouvernement affectera du personnel dédié à la surveillance régulière des réseaux sociaux pour déceler les fausses informations concernant l’efficacité des vaccins, leurs effets indésirables, leur répartition et leur distribution. Cette surveillance devrait couvrir toutes les langues utilisées dans le pays.
- En réponse, le gouvernement diffusera de nouvelles campagnes de communication et de messages clés pour contrer la désinformation sur différentes plateformes dans les meilleurs délais. Ces campagnes seront également dans les langues locales pertinentes.
- Si l’utilisation du personnel de sécurité ou militaire est envisagée pour le déploiement des vaccins, il faut assurer la mise en place d’une stratégie de communication pour informer les parties prenantes de leur participation et de la possibilité de soulever des préoccupations et des plaintes concernant leur conduite à travers le Mécanisme de gestion des plaintes.

Le MSPP a préparé un plan national de vaccination et de déploiement (PNVD), qui s'appuie sur les résultats de l'évaluation et de l'analyse des lacunes du VRAF/VRAT 2.0. Le PNVC continue d'être mis à jour en fonction de l'évolution de la situation pandémique dans le pays et des premiers enseignements tirés du déploiement de la campagne de vaccination. Il inclut la participation des différents niveaux de gouvernement. Les objectifs spécifiques du Plan sont de : (i) prioriser la population bénéficiaire sur la base de preuves scientifiques et de considérations éthiques ; (ii) planifier les aspects clés de la logistique, de la distribution et de l'administration des vaccins ; (iii) établir des indicateurs pour mesurer les progrès dans le déploiement des vaccins ; et (iv) définir les stratégies de communication pour le personnel de santé et la communauté nécessaires à une vaccination réussie.

Le Plan Nationale du Développement de la Vaccination (PNDV) du gouvernement vise à vacciner 60% de la population en 3 phases :

- 1- Vaccination du personnel de santé, des personnes âgées de 50 ans et plus avec comorbidités et des personnes âgées de 18 à 49 ans avec comorbidités.
- 2- Vaccination de toutes les personnes de plus de 50 ans sans discrimination et des travailleurs sociaux (police, enseignants etc..).
- 3- Lorsque nous aurons atteint un niveau d'immunité dans la population, nous rendrons la vaccination accessible à tous. Même si vous êtes vacciné, vous devez respecter les mesures de protection.

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

Un processus ciblé de concertation avec les groupes vulnérables susceptibles d'être touchés par le projet sera engagé pour comprendre leurs préoccupations/besoins s'agissant de l'accès à l'information, des établissements et services de santé et d'autres défis rencontrés dans leur foyer, leur lieu de travail et leur communauté. Les détails des stratégies qui seront adoptées pour communiquer et collaborer efficacement avec ces groupes seront passés en revue durant la mise en œuvre du projet. Il s'agit des mesures spécifiques en matière de communication et de prise en charge supplémentaire pour les groupes cibles et vulnérables. Des messages ciblés seront préparés et diffusés à l'endroit des groupes spécifiques selon des canaux de communication adaptée. Une stratégie rapprochée sera développée pour faciliter l'accès des communautés au vaccin en réduisant les contraintes de mobilité. Une concertation soutenue fiable sera maintenue sur toute la durée du projet afin de maintenir le niveau de participation

4. Suivi et établissement de rapports

Le PMPP sera périodiquement révisé et mis à jour si nécessaire au cours de la mise en œuvre du projet afin de s'assurer que les informations présentées ici sont cohérentes et les plus récentes, et que les méthodes d'engagement identifiées restent appropriées et efficaces par rapport au contexte du projet et aux phases spécifiques du développement. Tout changement majeur apporté aux activités liées au projet et à son calendrier sera dûment pris en compte dans le PMPP.

Des résumés mensuels et des rapports internes sur les doléances du public, les enquêtes et les incidents connexes, ainsi que l'état d'avancement de la mise en œuvre des mesures correctives/préventives associées devront être rassemblés par le personnel responsable et transmis à la direction du projet. Les résumés mensuels fourniront un mécanisme d'évaluation du nombre et de la nature des plaintes et des demandes d'information, ainsi que de la capacité du projet à y répondre de manière opportune et efficace. Les informations sur les activités 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 indépendant sur l'interaction du projet avec les parties prenantes
- Un certain nombre d'indicateurs clés de performance (KPI) seront également contrôlés régulièrement par le projet notamment les paramètres suivants : de réunions de consultation, de rencontres virtuelles, forums de discussion à distance (plateformes) ; le nombre de rapports mensuel, trimestriel ou annuel ; la fréquence des activités de consultation publique ; nombre de plaintes reçues du public pendant la période couverte par le rapport, le nombre de plaintes traitées dans les délais prescrits ; Le nombre de plaintes EAS, HS ayant été référées aux prestataires ; le nombre d'articles de presse publiés/de programmes diffusés dans les médias locaux, régionaux et nationaux.

Les parties prenantes seront tenues au courant de l'évolution du projet, par voie de rapports sur sa performance environnementale et sociale, ainsi que sur la mise en œuvre du Plan de mobilisation des parties prenantes et du mécanisme de gestion des plaintes (surtout pendant les consultations qui devront s'étaler sur la durée du projet). Les plans de communications de l'OPS OMS et du MSPP seront mis en contribution.

5. Ressources et responsabilités pour mettre en œuvre les activités de mobilisation des parties prenantes

5.1. Ressources

Le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) sera responsable des activités de mobilisation des parties prenantes. Le budget alloué à la mise en œuvre du PMPP est inclus dans la composante 2 du Projet (Engagement communautaire et communication des risques du projet).

5.2. Fonctions de gestion et responsabilités

Les modalités de mise en œuvre du projet sont les suivantes : i) le MSPP est responsable de l'exécution du projet dans le respect des engagements contractuels avec l'Association ; ii) la mise en œuvre effective du projet sur le plan opérationnel sera confiée à l'unité de coordination des projets UGP qui capitalise une expérience dans la gestion du portefeuille des projets santé financés par la banque mondiale en Haïti.

Les entités responsables de la conduite de chacune des activités de mobilisation des parties prenantes sont les acteurs du MSPP, l'unité de gestion des projets, la DELR et ses démembrements appuyés par les acteurs communautaires, les autorités administratives et locales,

la société civile, les partenaires de mise en œuvre. La mise en œuvre du PMPP sera assurée quotidiennement par l'UGP. Les activités de mobilisation des parties prenantes seront enregistrées ou consignées dans procès verbaux et compte rendu ainsi que dans les rapports de suivi. Les activités relatives au PMPP seront déclinées dans les Plans (annuels, trimestriels et mensuels) de mise en œuvre. Ces plans préciseront entre autres pour chaque action ou activité prévue, le responsable, les acteurs impliqués, les ressources nécessaires (budget) et les délais de mise en œuvre.

Les activités d'engagement des parties prenantes sont documentées par des rapports d'avancement, qui seront partagés avec la Banque mondiale. Le présent document documente la période Avril 2020 -Septembre 2021.

6. Mécanisme de gestion des plaintes

Le principal objectif d'un mécanisme de gestion des plaintes est de concourir au traitement de plaintes et au règlement de griefs en temps voulu et d'une manière efficace et optimale qui satisfait toutes les parties concernées. Plus précisément, il offre un processus transparent et crédible permettant de parvenir à une résolution équitable, efficace et durable. En tant que composante intégrante d'un processus de consultation communautaire plus vaste qui favorise l'action corrective, il renforce également la confiance et la coopération. Concrètement, le mécanisme de gestion des plaintes :

- Offre aux personnes touchées une plateforme pour déposer plainte ou pour régler tout différend qui pourrait survenir durant la mise en œuvre du projet ;
- Veille à ce que des actions en réparation appropriées et mutuellement acceptables soient identifiées et appliquées à la satisfaction des plaignants ; et
- Évite si possible de devoir recourir à l'appareil judiciaire (car dans le cas des plaintes VBG, EAS, HS, la survivante est libre de recourir à la justice si elle le souhaite).

6.1. Description du mécanisme de gestion des plaintes

Les plaintes seront traitées au niveau des comités de réception et de traitement par les membres désignés et mandatés par le projet. Le mécanisme de gestion des plaintes comportera les étapes suivantes assorties de délais indicatifs :

Étape 1 : Dépôt de la plainte, soit oralement soit par écrit,

Étape 2 : Enregistrement de la plainte et réponse initiale dans un délai de [24 heures]

Étape 3 : Instruction de la plainte et communication de la décision dans un [sept jours]

Étape 4 : Réaction du plaignant : soit la plainte est close, soit le plaignant passe à l'étape supérieure et la plainte reste pendante. Dans ce dernier cas, le plaignant aura la possibilité de faire appel de la décision.

Le mécanisme de gestion des plaintes prévoira une procédure de recours dans le cas où le plaignant n'est pas satisfait du règlement proposé pour sa plainte. Si le plaignant n'est toujours pas satisfait malgré toutes les voies de recours proposées, il devrait être informé de son droit de saisir la justice.

Il est important de disposer d'un large éventail d'options pour l'enregistrement des plaintes et qu'elles soient bien connues (les consultations des parties prenantes spécifiques aux femmes qui seront organisées, devront permettre aux femmes d'identifier les canaux de dépôts de plaintes qu'elles préfèrent). Des plaintes anonymes peuvent être déposées et traitées. Plusieurs options de saisine sont examinées dans le cadre du projet, à savoir :

- Appel téléphonique
- Courrier électronique
- Lettre adressée aux responsables des plaintes dans les établissements de santé locaux
- Formulaire de dépôt de plainte à transmettre via l'un des canaux ci-dessus
- Pour des malades ambulatoires, enregistrement de la plainte dans un registre disponible dans un établissement de santé ou dépôt de la plainte dans une boîte à suggestion installée dans un dispensaire ou un hôpital

Le contact principal pour déposer la plainte est le suivant :

Adresse : 1, angle Avenue Maïs gâté et rue Jacques Roumain - Port-au-Prince
Téléphone : (+509) 44 32 84 01 / (+509) 36 93 13 47 Numéro dédié
Courriel : info@mspp.gouv.ht
msppcovidplaintes@gmail.com

Le MGP s'appuiera sur les points focaux locaux du MGP (Conseils administratifs de section communautaire ou CASEC) pour traiter les plaintes, complétées par des consultations, de la documentation et un suivi dirigé par le spécialiste social du projet. Le MGP va : (i) mettre l'accent sur la communication et sur la fermeture de la boucle de rétroaction entre l'équipe du projet, les contractants et les bénéficiaires du projet ; (ii) exiger que tous les contractants désignent des points focaux communautaires pour traiter les griefs ; et (iii) assurer un rapport et un suivi fréquent par l'UGP sur les griefs reçus et les mesures prises pour leur résolution. Des mesures seront mises en place dans le cadre du projet pour gérer des plaintes sensibles et confidentielles, notamment celles liées à des affaires d'exploitation et d'atteintes sexuelles ainsi que de harcèlement sexuel (EAS/HS) conformément aux dispositions de la Note de bonnes pratiques de la Banque mondiale sur l'EAS/HS (cf. section 6.3).

Une fois la plainte reçue, quelque soit l'option retenue, elle doit être consignée dans le registre des plaintes ou dans un tableur ou une base de données sur les plaintes.

Une fois tous les recours possibles ont été proposés et si le plaignant n'est toujours pas satisfait, il doit être informé de son droit à un recours juridique.

6.2. Principes de Gestion du MGP

Un bon système de gestion des plaintes peut être divisé en six étapes : 1) l'accès, 2) l'accusé de réception 3) le tri et le traitement, 4) la vérification et l'action, 5) le suivi et l'évaluation, et 6) le retour d'information. L'ensemble de ces étapes constitue un système complet de gestion des

réclamations. De manière plus spécifique, ces six étapes doivent permettre de répondre aux questions suivantes :

Pourquoi avoir un système de gestion des plaintes ?

- Répondre aux besoins de la population et pour traiter et résoudre leurs réclamations
- Proposer un réceptacle aux requêtes et suggestions de la population, et améliorer ainsi la participation des communautés dans la réalisation du projet
- Améliorer la performance opérationnelle grâce à l'information recueillie
- Améliorer le dialogue entre les responsables du projet et les communautés
- Promouvoir la transparence et la recevabilité
- Atténuer les risques éventuels liés à l'action de la réalisation du projet

Quels sont les avantages pour la communauté de mettre en place un système de gestion des plaintes

- Fournir à l'UGP des informations qui permettent d'améliorer la réalisation du projet de manière transparente ;
- Etablir, par la résolution des plaintes, une relation de confiance entre les communautés et le responsable du projet ;
- Donner un aperçu de l'efficacité du projet par le biais des données liées aux plaintes ;
- Aider à identifier et traiter les problèmes rapidement avant qu'ils ne se généralisent ou ne dégèrent à un niveau plus difficilement gérable ;
- Limiter les impacts négatifs éventuels liés à la réalisation du projet et générer des mesures correctives ou préventives appropriées.

Quels sont les avantages pour les communautés d'un système de gestion des plaintes ?

- Établir un forum et une structure pour exprimer des plaintes ;
- Donner accès à un système clair et transparent pour la résolution des plaintes ;
- Permettre de négocier et d'influencer les décisions qui pourraient affecter les habitants défavorablement ;
- Faciliter l'accès à l'information ;
- Offrir aux communautés un outil fiable pour contester un projet ou une activité du projet à programmer ou déjà réalisée ;
- Améliorer les services et optimiser la satisfaction des communautés.

Quels sont les principaux risques d'un système de gestion des plaintes ?

- Même si le système est parfaitement élaboré, si la population n'est pas informée de l'existence et du fonctionnement du système, il restera inutile ;
- Si les réclamations ne sont pas traitées dans un délai opportun et/ou ne produisent pas de retour d'information ou de résultats, le système de gestion des plaintes risque d'être décredibilisé.

6.3 Procédures pour la gestion éthique des plaintes EAS/HS

La nature spécifique de l'exploitation et des abus sexuels et le harcèlement sexuel nécessite des

mesures adaptées pour le signalement et le traitement sûr et éthique de ces allégations par le biais de mécanismes de plaintes. Les procédures pour les allégations d'EAS/HS sont fondées sur une approche basée sur les besoins des survivant-e-s, assurant la confidentialité du traitement des cas, la sécurité des survivant-e-s, l'obtention du consentement éclairé et le référencement vers des structures locales de prestations VBG (au moins médicale, psychosociale et une aide juridique).

Le mécanisme de gestion des plaintes décrit dans cette section sera adapté par le/la Spécialiste Social afin d'inclure plusieurs canaux de signalement, sûrs et accessibles, avec des femmes comme points d'entrée/focaux, identifiées par les groupes de femmes lors des consultations communautaires.

Il faudra souligner aussi que les plaintes éventuelles d'EAS/HS ne feront jamais l'objet de traitement/résolution à l'amiable.

Recevoir et enregistrer la plainte

Toutes les plaintes éventuelles relatives aux EAS et HS seront reçues par des points focaux identifiés lors de consultations avec les groupes vulnérables et par des canaux proposés par le/la Spécialiste Social. Ces personnes ou points focaux doivent être accessibles, confidentielles, sûres et fiables.

Les points focaux avec l'assistance technique du/de la Spécialiste Social doivent référer le/la survivant-e aux prestataires de service VBG au niveau local pour prise en charge et ou référencement vers d'autres structures de prise en charge. Les points focaux demandent le consentement du/de la survivant-e pour partager certaines données non identifiables avec l'UGP et la Banque mondiale.

Les points focaux doivent expliquer au/à la survivant-e son droit à contrôler comment l'information sur le cas est partagée avec d'autres organismes ou personnes ainsi que toute implication du partage d'informations avec d'autres acteurs. Les survivant-e-s devraient recevoir des renseignements adéquats pour donner leur consentement éclairé et comprendre qu'il/qu'elles ont le droit d'imposer des limites au type d'informations qu'elles souhaitent partager.

Ensuite, les plaintes doivent être immédiatement transmises par téléphone ou e-mail au spécialiste social et le Coordonnateur de l'UGP qui à son tour informera la Banque mondiale immédiatement (dans un délai de 48 heures). Dans la phase d'enregistrement, seulement les informations suivantes doivent être enregistrées :

- La nature de la plainte (ce que le/la plaignant-e dit avec ses propres mots sans être interrogée directement) ;
- Si, à la connaissance du/de la survivant-e, l'auteur de l'acte était associé au projet ;
- Si possible, l'âge et le sexe du/de la survivant-e ; et
- Si possible, des informations permettant de déterminer si le/la survivant-e a été orienté-e vers des services compétents.

Vérification de l'allégation

Si un-e survivant-e souhaite aller de l'avant avec la plainte, le/la Spécialiste Social avec un comité préétabli avec des membres de l'UGP et des associations des femmes de la communauté examine l'allégation d'EAS/HS selon des protocoles établis antérieurement, pour déterminer la

probabilité que l'allégation soit liée au projet ou pas. La vérification des plaintes EAS/HS ne visera qu'à confirmer le lien entre la plainte et le projet et ne tentera jamais d'établir la culpabilité ou l'innocence de l'auteur présumé, car cela relève de la compétence des autorités judiciaires (si le-la survivant-e choisit pour poursuivre cette voie).

Clôture du cas

Une fois le cas vérifié, l'employeur de l'agresseur est alors responsable de déterminer et exécuter les sanctions appropriées selon le code de conduite et la loi nationale et le-la survivant-e sera informée de la décision. La Banque sera aussi notifiée que le cas a été clôturé au moins à l'échelle du projet.

6.4 Service de règlements des plaintes de la Banque mondiale

Le Grievance Redress Service (GRS) est un moyen pour les individus et les communautés de soumettre des plaintes directement à la Banque mondiale s'ils estiment qu'un projet de la Banque mondiale a ou est susceptible d'avoir des effets négatifs sur eux, leur communauté ou leur environnement. Le GRS renforce la réactivité et la responsabilité de la Banque mondiale envers les communautés affectées par les projets en garantissant que les doléances sont rapidement examinées et traitées.

Toute personne ou communauté qui estime qu'un projet soutenu par la Banque mondiale a ou est susceptible d'avoir un effet négatif sur elle peut déposer une plainte. Les plaintes doivent être écrites et adressées au GRS. Elles peuvent être envoyées

EN LIGNE - sur le site Internet de GRS à l'adresse www.worldbank.org/grs

PAR COURRIER électronique à l'adresse grievances@worldbank.org

PAR LETTRE OU EN MAIN propre à n'importe quel bureau national de la Banque mondiale (7, Rue Ogé, Pétion ville, Haiti)

PAR LETTRE au siège de la Banque mondiale à Washington à l'adresse suivante Le Service de recours de la Banque mondiale (GRS) MSN MC 10-1018 1818 H St NW Washington DC 20433, USA

Annexe 1 : Photographies projet de communication FOSREF

Formation de pairs éducateurs sur la prévention de COVID19 et sur les techniques de communication individuelle et communautaire



Photographie de session d'orientation pour leaders communautaires



Photographie session d'orientation pour les CASEC/ASEC



Photographie de l'équipe mobile de sensibilisation sur COVID-19

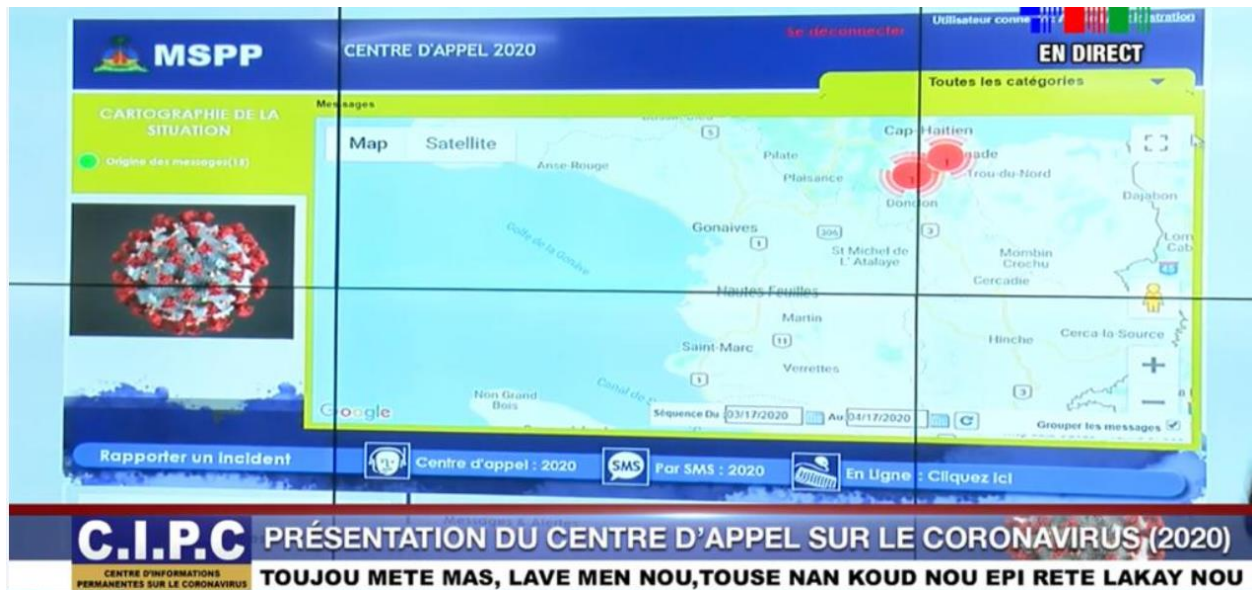


Photographie de Flyers distribués sur la prévention du COVID-19



Annexe 2 : Activités de communication de la Composante 2 du projet

Présentation télévisée du centre d'appel





KISA POU FÈ DEYÒ SAL IZOLMAN

ABIMAN

1		DLO + SAVON OUSWA SANITIZER
2		BLOUZ
3		MAS CHIRIJIKAL
4		LINÈT PWOTEKSYON
5		TABLYE

DEZABIMAN

1		LINET PWOTEKSYON
2		MAS CHIRIJIKAL
3		DLO + SAVON OUSWA SANITIZER
• Jete mas la nan sachè rouj la • Dezinfekte linèt la		
Pou mas la : • Ti fè a anlè • Byen ranje (elastik ak ti fè a) • Apresa pa manyen mas la • Sèvi ak mas N95 sèlman pou jès ki ka fè aewosol Pou linèt la : • Pa manyen l lèw fin metel		