



Des alertes aux évidences : comment les
acteurs locaux ont Anticipé l'évolution
de la 17^e flambée d'Ebola

*Livre blanc sur la gouvernance communautaire
des épidémies République démocratique du Congo*

Par Dr. De-Joseph KAKISINGI

Conseil National des Fora des ONG
Humanitaires, Paix et Développement en RDC
(CONAFOHD RDC)



INTRODUCTION GENERALE

Anticiper pour sauver des vies : pourquoi ce rapport ?

La République démocratique du Congo fait aujourd'hui face à l'une des flambées d'Ebola les plus préoccupantes de son histoire récente. Les données publiées par Africa CDC montrent une accélération exceptionnelle de la transmission, avec plusieurs milliers de cas confirmés, une augmentation rapide du nombre de décès, un suivi insuffisant des contacts et une proportion importante de nouvelles contaminations ne pouvant être rattachées à des chaînes de transmission déjà connues. Cette évolution confirme que le virus continue de progresser plus rapidement que les mécanismes de contrôle actuellement déployés.

Pourtant, cette évolution n'était pas imprévisible.

Depuis les premières semaines de cette dix-septième flambée, le Conseil National des Fora des ONG Humanitaires et de Développement (CONAFOHD-RDC) a mobilisé son réseau de plus de six cents organisations locales et nationales afin de documenter, analyser et suivre les perceptions communautaires ainsi que les défis opérationnels rencontrés sur le terrain. Des consultations successives ont été organisées avec les Fora provinciaux, les organisations de la société civile, les responsables communautaires, les professionnels de santé et les acteurs directement impliqués dans la réponse.

Ces travaux ont donné lieu à plusieurs productions successives :

- Un premier brainstorming national des acteurs locaux consacré aux perceptions communautaires et aux premiers défis de la riposte ;
- Une analyse approfondie des perceptions communautaires et des risques opérationnels dans la province de la Tshopo ;
- Plusieurs rapports de suivi des activités communautaires de sensibilisation ;
- Une synthèse nationale des recommandations formulées par les Fora provinciaux ;
- Ainsi qu'une proposition opérationnelle de réforme de la réponse communautaire à travers le mécanisme **Action Locale de Lutte Contre Ebola (ALLCE)**.

Ces analyses reposaient sur une conviction constante : **la dynamique de cette épidémie serait largement déterminée par les facteurs communautaires, bien avant les facteurs biomédicaux.**

Le CONAFOHD alertait notamment sur plusieurs risques majeurs :

- Une implication insuffisante des organisations locales dans la réponse ;
- Une faible préparation des communautés situées autour des foyers ;
- La propagation des rumeurs et de la méfiance ;
- Des mécanismes de coordination trop centralisés ;
- Des lenteurs administratives freinant la mobilisation des acteurs de proximité ;
- Une concentration des interventions dans les centres urbains au détriment des zones périphériques ;
- L'absence d'investissements suffisants dans ce que nous avons appelé le **temps communautaire de l'épidémie**, c'est-à-dire la période décisive qui précède la confirmation biologique des cas et pendant laquelle les premières chaînes de transmission peuvent encore être interrompues.

Quelques semaines plus tard, les informations remontées par les Fora provinciaux, les témoignages des acteurs de première ligne et les données publiées par Africa CDC montrent que nombre de ces préoccupations se sont progressivement matérialisées. Les difficultés observées aujourd'hui — augmentation rapide des cas, faiblesse du suivi des contacts, maintien des résistances communautaires, diffusion des rumeurs, saturation progressive de certaines structures de prise en charge et extension



géographique de la transmission, correspondent largement aux risques identifiés dès les premières analyses.

Ce constat confère une responsabilité particulière aux acteurs locaux.

Les organisations communautaires n'ont pas seulement participé à la réponse. Elles ont également produit des analyses prospectives qui permettent aujourd'hui de mieux comprendre les mécanismes ayant favorisé l'évolution de l'épidémie et d'identifier les ajustements stratégiques indispensables pour en reprendre le contrôle.

Le présent rapport ne constitue donc ni un simple compte rendu des observations de terrain ni un exercice rétrospectif. Il propose une lecture analytique de l'évolution de la flambée en confrontant les alertes formulées par les acteurs locaux aux réalités aujourd'hui observables. Il met en évidence les enseignements qui peuvent être tirés de cette convergence et présente des recommandations destinées à renforcer durablement l'efficacité de la réponse nationale.

L'ambition de ce document dépasse la gestion de la flambée actuelle. Il s'agit de démontrer que les évidences produites par les acteurs locaux constituent un levier stratégique de préparation, d'anticipation et de décision. Une réponse capable d'écouter ces évidences dès leur émergence est une réponse qui peut intervenir plus tôt, gagner le temps communautaire et interrompre les chaînes de transmission avant qu'elles ne deviennent incontrôlables.



CHAPITRE 1. UNE CRISE ANNONCÉE : LES PREMIÈRES ALERTES DES ACTEURS LOCAUX

« Les grandes épidémies ne deviennent pas incontrôlables du jour au lendemain. Elles laissent toujours apparaître des signaux précoces. La capacité d'une réponse ne dépend pas seulement de ses moyens techniques, mais aussi de son aptitude à reconnaître ces signaux et à agir avant qu'ils ne se transforment en crise. »

1.1. Dès les premières semaines, une démarche d'écoute des acteurs de première ligne

Face à l'apparition de la dix-septième flambée d'Ebola, le CONAFOHD a fait le choix de ne pas limiter son action au plaidoyer institutionnel. Convaincu que les premières informations pertinentes proviennent des communautés directement confrontées à l'épidémie, il a mis en place un dispositif d'écoute et d'analyse mobilisant son réseau national de Fora provinciaux, d'organisations membres, de responsables communautaires et de professionnels de santé.

Cette démarche reposait sur un principe simple : **les communautés perçoivent souvent les évolutions de l'épidémie avant qu'elles n'apparaissent dans les indicateurs épidémiologiques**. Les changements de comportement, les rumeurs, les mouvements de population, les résistances ou encore les difficultés rencontrées par les équipes de terrain constituent autant de signaux précoces susceptibles d'annoncer une dégradation de la situation.

Au fil des semaines, ces informations ont été consolidées à travers plusieurs consultations nationales, des analyses provinciales, des échanges avec les Fora et des documents de positionnement produits par le CONAFOHD. L'objectif n'était pas uniquement de décrire la situation, mais d'identifier les facteurs susceptibles d'accélérer ou de freiner la propagation du virus.

Très rapidement, une même conclusion s'est imposée : **la trajectoire de cette flambée dépendrait autant des dynamiques communautaires que des capacités médicales de la riposte**.

1.2. Une lecture différente de l'épidémie : dépasser l'approche exclusivement biomédicale

Alors que les premières réponses se concentraient principalement sur les dimensions cliniques, épidémiologiques et logistiques, les analyses conduites par le CONAFOHD mettaient en évidence une réalité plus complexe.

Les acteurs locaux observaient déjà que les difficultés rencontrées ne relevaient pas uniquement du virus lui-même, mais également des conditions dans lesquelles la riposte était organisée.

Les premières consultations faisaient apparaître plusieurs préoccupations récurrentes :

- Une faible appropriation communautaire des interventions ;
- Une implication encore limitée des organisations locales dans les mécanismes de décision ;
- Une communication essentiellement descendante, laissant peu de place au dialogue avec les communautés ;
- La persistance de rumeurs et d'incompréhensions autour de la maladie ;
- Des retards dans la détection communautaire des cas ;
- Une concentration des moyens dans certaines zones au détriment d'autres territoires pourtant fortement exposés.



Ces constats conduisaient progressivement à une conviction forte : **la lutte contre Ebola ne pouvait être gagnée uniquement dans les Centres de Traitement Ebola (CTE) ou les laboratoires ; elle devait d'abord être gagnée au sein des communautés.**

Cette lecture a progressivement structuré les différentes productions du CONAFOHD, notamment l'analyse des perceptions communautaires en Tshopo, les recommandations des Fora provinciaux et la proposition du mécanisme **Action Locale de Lutte Contre Ebola (ALLCE)**.

1.3. Les principaux risques identifiés avant l'aggravation de la situation

Les travaux conduits entre juin et juillet ont permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de favoriser une accélération de l'épidémie si aucune correction stratégique n'était apportée.

Une implication insuffisante des acteurs locaux

Les consultations provinciales montraient que les organisations communautaires restaient largement sous-utilisées malgré leur présence permanente auprès des populations.

Le CONAFOHD alertait déjà sur le fait que cette faible implication risquait d'affaiblir la confiance des communautés et de réduire l'efficacité des activités de sensibilisation, de surveillance communautaire et d'alerte précoce.

Une couverture territoriale inégale

Les analyses de terrain signalaient également que plusieurs zones éloignées, souvent difficiles d'accès, demeuraient peu couvertes par les interventions, alors même qu'elles présentaient des facteurs importants de vulnérabilité : mobilité des populations, activités minières, corridors commerciaux ou contraintes sécuritaires.

Le risque identifié était celui d'une extension silencieuse de la transmission en dehors des principaux centres d'intervention.

Une crise de confiance en gestation

Les acteurs communautaires relevaient déjà l'apparition de nombreuses rumeurs, d'interrogations sur la riposte et de comportements traduisant une méfiance croissante.

Ces éléments étaient interprétés comme des indicateurs précoces d'une possible dégradation de l'adhésion communautaire, susceptible d'entraîner des retards de notification, des refus de prise en charge et une augmentation des transmissions intrafamiliales.

Une gouvernance insuffisamment adaptée aux réalités locales

Les premières consultations mettaient également en évidence le risque qu'une réponse fortement centralisée ralentisse la capacité d'adaptation aux réalités de terrain.

Les organisations locales soulignaient déjà la nécessité de renforcer la participation des acteurs implantés dans les communautés et de simplifier les mécanismes opérationnels afin d'accélérer les interventions.

1.4. De l'analyse aux propositions : une stratégie d'anticipation

L'une des particularités de la démarche du CONAFOHD est de ne pas s'être limitée au constat.

À mesure que les analyses étaient produites, elles étaient accompagnées de propositions concrètes visant à prévenir l'aggravation de l'épidémie.



Parmi les principales recommandations figuraient notamment :

- Renforcer immédiatement le pilier communautaire de la riposte ;
- Financer directement les organisations nationales et communautaires ;
- Préparer les zones périphériques avant l'apparition de nouveaux foyers ;
- Développer des mécanismes communautaires d'alerte précoce ;
- Faire des relais communautaires, des leaders locaux et des organisations de proximité les premiers acteurs de la détection et de la prévention ;
- Mettre en place le modèle **Action Locale de Lutte Contre Ebola (ALLCE)** afin d'organiser une réponse communautaire structurée, rapide et localement pilotée.

Ces recommandations traduisaient une vision prospective de la riposte : **agir avant que les chaînes de transmission ne deviennent incontrôlables**, plutôt que renforcer uniquement les capacités de réponse une fois les foyers installés.

1.5. Une intuition devenue hypothèse stratégique

À travers l'ensemble de ses travaux, le CONAFOHD formulait progressivement une hypothèse qui constitue aujourd'hui le fil conducteur de ce rapport :

La progression de la dix-septième flambée ne dépendrait pas uniquement de la virulence du virus, mais aussi de la capacité du système de réponse à gagner le "temps communautaire" de l'épidémie : cette période décisive où les premiers cas peuvent encore être détectés, les comportements influencés et les chaînes de transmission interrompues avant qu'elles ne s'étendent.

Les développements observés au cours des semaines suivantes permettront de confronter cette hypothèse à la réalité du terrain.

C'est précisément l'objet du chapitre suivant.



CHAPITRE 2 : LORSQUE LES ALERTES DEVIENNENT DES EVIDENCES

« Les crises humanitaires ne s'aggravent pas uniquement parce que les risques existent, mais parce que les signaux d'alerte ne sont pas suffisamment pris en compte. L'évolution actuelle de l'épidémie montre que plusieurs des facteurs identifiés très tôt par les acteurs locaux sont désormais pleinement visibles dans les données officielles comme dans les observations de terrain. »

2.1. Une accélération de l'épidémie qui confirme les inquiétudes initiales

Au moment où le CONAFOHD réalisait ses premières consultations auprès des acteurs locaux, les préoccupations exprimées concernaient principalement les facteurs susceptibles d'accélérer la propagation du virus : faible implication communautaire, couverture incomplète de certaines zones de santé, lenteur des interventions et insuffisante anticipation des nouveaux foyers.

Quelques semaines plus tard, l'évolution de la situation confirme largement ces inquiétudes.

Les données communiquées par les autorités sanitaires nationales montrent une aggravation significative de l'épidémie dans plusieurs provinces.

Selon les chiffres consolidés de l'Institut National de Santé Publique (INSP), cinq provinces sont désormais affectées : **l'Ituri, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, le Haut-Uélé et la Tshopo.**

Les principaux indicateurs officiels font apparaître une situation particulièrement préoccupante :

- **3 674 cas confirmés cumulés ;**
- **760 patients actuellement en isolement ou hospitalisés ;**
- **666 personnes guéries ;**
- **1 621 décès parmi les cas confirmés ;**
- **Un taux de létalité de 44,1 % ;**
- **Un taux de suivi global des contacts de 78 %.**

Ces chiffres traduisent non seulement l'ampleur de la flambée, mais également les difficultés persistantes à interrompre durablement les chaînes de transmission. Les autorités précisent par ailleurs que ces données demeurent susceptibles d'évoluer à mesure de l'harmonisation des bases de données nationales.

Cette évolution rejoint également les analyses publiées par Africa CDC, qui décrivent cette flambée comme **la propagation la plus rapide jamais observée en République démocratique du Congo**. Les données présentées par cette institution indiquent notamment une augmentation rapide du nombre de décès, une proportion importante de nouvelles contaminations sans lien connu avec des cas déjà identifiés et un suivi encore insuffisant des contacts, autant d'éléments révélateurs d'une transmission communautaire difficile à contrôler.

Ces constats renforcent la pertinence des analyses formulées plusieurs semaines auparavant par les organisations locales.

2.2. Les évidences de terrain confirment les analyses prospectives

Au-delà des chiffres, le brainstorming national organisé par le CONAFOHD a permis de confronter les données épidémiologiques aux réalités observées quotidiennement par les acteurs de première ligne.



Malgré la diversité des contextes provinciaux, les témoignages recueillis présentent une remarquable convergence. Les mêmes difficultés sont décrites en Ituri, dans la Tshopo et au Nord-Kivu, suggérant l'existence de facteurs structurels communs qui dépassent les spécificités locales.

Les observations recueillies permettent d'identifier plusieurs mécanismes qui contribuent aujourd'hui à l'accélération de la transmission.

2.3. Les zones périphériques deviennent les nouveaux moteurs de la propagation

L'une des premières alertes formulées par le CONAFOHD concernait le risque de concentrer l'essentiel des ressources dans les principaux centres urbains tout en laissant insuffisamment couvertes certaines zones périphériques.

Les témoignages recueillis montrent que cette inquiétude se confirme.

En Ituri, plusieurs intervenants décrivent des zones de santé comme **Niania, Mandima et Mambasa**, où la progression de l'épidémie demeure importante alors que les capacités de réponse restent limitées.

L'un des participants résume cette situation de manière particulièrement explicite :

« La zone de santé de Mandima a déjà notifié plus d'une centaine de cas. À certains moments, nous enregistrons cinq à sept décès par jour. Pourtant, cette zone n'a pratiquement bénéficié d'aucun appui suffisant en matière de prévention ou de prise en charge. »

Parallèlement, plusieurs organisations observent que les interventions demeurent principalement concentrées autour de Bunia et de quelques zones de santé facilement accessibles, laissant persister des espaces où la transmission continue à se développer avec peu d'interventions.

Cette situation favorise l'installation de foyers secondaires susceptibles d'alimenter durablement l'épidémie.

Évidence de terrain n°1

Mandima : plus de cent cas, mais une réponse insuffisante

« La zone de santé de Mandima a déjà notifié plus de cent cas. À certains moments, nous enregistrons jusqu'à cinq à sept décès par jour. Pourtant, cette zone n'a pratiquement bénéficié d'aucun appui suffisant en matière de prévention ou de prise en charge. Pendant que les interventions restent concentrées autour de Bunia, les zones les plus éloignées continuent de porter le poids de l'épidémie. »

Analyse du CONAFOHD

Ce témoignage illustre le décalage entre la géographie de la transmission et celle de la réponse. Lorsque les ressources se concentrent autour des centres opérationnels plutôt que des foyers émergents, des espaces de transmission persistent et entretiennent la dynamique épidémique.

2.4. Les mouvements de population redessinent la carte du risque

Les acteurs locaux avaient également attiré l'attention sur l'importance des corridors commerciaux et des déplacements de population.



Les témoignages recueillis montrent que ces mouvements constituent désormais l'un des principaux facteurs de diffusion du virus.

En Tshopo, plusieurs médecins rapportent une arrivée croissante de populations en provenance de Niania et de Sekateni vers Kisangani.

L'un d'eux explique :

« Depuis plusieurs jours, nous recevons de plus en plus de patients venant de ces zones. La ville paraît calme, mais cette tranquillité est trompeuse. Tout indique que Kisangani pourrait devenir le prochain grand foyer de l'épidémie. »

Les participants rappellent que l'axe **Niania-Kisangani** constitue un corridor commercial majeur, fortement emprunté chaque jour par les commerçants, les transporteurs et les travailleurs des zones minières.

Par ailleurs, plusieurs acteurs signalent que les mesures de contrôle restent limitées.

Les points de contrôle cessent parfois leurs activités dès le milieu de l'après-midi, tandis que les déplacements nocturnes et les passages non officiels continuent sans véritable surveillance.

Comme le résume un participant :

« Les raisons restent les mêmes : libre passage des voyageurs de jour comme de nuit, existence de nombreuses entrées et sorties frauduleuses, contrôle insuffisant des mouvements de population. »

Ces observations confirment que les corridors de mobilité doivent désormais être considérés comme des espaces prioritaires de prévention.

Évidence de terrain n°2

Kisangani : une ville calme qui pourrait devenir le prochain foyer

« Depuis plusieurs jours, nous recevons de plus en plus de patients venant de Niania. La ville paraît calme. Pourtant cette tranquillité est trompeuse. Ne soyez pas surpris si Kisangani devient le prochain grand foyer de l'épidémie. »

Analyse du CONAFOHD

Quelques jours après cette alerte, les données officielles montrent effectivement une progression des cas dans la Tshopo. Ce témoignage illustre la capacité des acteurs locaux à détecter des signaux faibles avant qu'ils n'apparaissent dans les statistiques nationales.

2.5. Une crise de confiance progressivement installée

Les analyses produites dès les premières semaines de l'épidémie soulignaient que la confiance des communautés constituerait probablement le principal déterminant de l'efficacité de la riposte.

Les échanges du brainstorming montrent que cette préoccupation est aujourd'hui pleinement confirmée.

Dans plusieurs provinces, les organisations rapportent que les communautés perçoivent la riposte comme une intervention largement extérieure.

Les superviseurs sont souvent recrutés en dehors des territoires concernés.



Certaines ONG nationales sont remplacées par d'autres structures ne connaissant pas les communautés locales.

Des Centres de Traitement Ebola sont parfois construits sans véritables consultations communautaires.

Un participant résume cette perception en ces termes :

« La réponse est organisée comme une opération technique, alors qu'elle devrait être d'abord une réponse humanitaire construite avec les communautés. »

Plusieurs intervenants considèrent que cette faible appropriation locale alimente les rumeurs, les refus de collaboration et les retards dans la notification des cas.

Évidence de terrain n°3

Quand la communauté ne se reconnaît plus dans la riposte

« Beaucoup des personnes qui conduisent les activités viennent de Kinshasa. Les communautés ne voient pas leurs propres leaders. Elles pensent que cette réponse est devenue un moyen pour certains de gagner de l'argent. »

Analyse du CONAFOHD

La confiance constitue une composante essentielle de toute réponse à Ebola. Lorsque les communautés ne s'identifient plus aux équipes de terrain, les rumeurs, les refus de collaboration et les retards de notification deviennent des facteurs de transmission.

2.6. Les analyses du CONAFOHD se trouvent aujourd'hui corroborées

La comparaison entre les premières analyses du CONAFOHD et les informations aujourd'hui disponibles fait apparaître une convergence particulièrement forte.

Les risques identifiés dès le début de la flambée — faible implication communautaire, insuffisance de la localisation, déséquilibre territorial de la réponse, faiblesse des mécanismes de prévention et anticipation insuffisante des zones à risque — sont désormais observables dans les données officielles comme dans les témoignages des acteurs de terrain.

Cette convergence ne constitue pas seulement une validation des analyses précédentes.

Elle démontre surtout que les communautés, les organisations locales et les professionnels implantés sur le terrain disposent d'une capacité d'anticipation stratégique qui reste encore insuffisamment mobilisée dans la gouvernance de la réponse.

L'évolution actuelle de l'épidémie invite ainsi à reconsidérer la place des acteurs locaux, non plus uniquement comme des exécutants de la réponse, mais comme des producteurs d'évidences capables d'éclairer les décisions stratégiques avant que les indicateurs épidémiologiques ne révèlent l'ampleur de la crise.

Évidence de terrain n°4

Lorsque la procédure devient plus lente que le virus



« Pour sortir du matériel, il faut plusieurs signatures. Les relais communautaires attendent leur paiement pendant des mois. Le virus, lui, n'attend pas la fin des procédures administratives. »

Analyse du CONAFOHD

L'objectif de coordination est légitime. Toutefois, lorsque les procédures ralentissent la mobilisation des ressources humaines, logistiques ou financières, elles deviennent elles-mêmes un facteur de vulnérabilité opérationnelle.

2.7. L'accréditation : un filtre financier plutôt qu'un mécanisme de coordination

Évidence de terrain n°5

"Insuffisance des ressources"

« Notre demande d'accréditation a été rejetée alors que nous disposions de 20 000 dollars. Le motif officiel était : "insuffisance des ressources". Pourtant, nous voulions simplement commencer des activités communautaires. »

Analyse du CONAFOHD

Le mécanisme actuel tend à conditionner la participation des organisations locales à leur capacité financière plutôt qu'à leur ancrage communautaire et à leur valeur ajoutée. Cette logique prive la riposte de nombreux acteurs déjà présents auprès des populations.

Évidence de terrain n°6

Les dix facteurs de propagation identifiés par les acteurs locaux

Les contributions recueillies convergent vers dix déterminants majeurs de la progression actuelle de l'épidémie :

1. Libre circulation des personnes, y compris de nuit.
2. Existence de points de passage non contrôlés.
3. Couverture incomplète des zones de santé éloignées.
4. Faible implication des organisations communautaires.
5. Importation de personnels ne connaissant pas les réalités locales.
6. Exclusion des ONG locales des financements et de la sous-traitance.
7. Construction de structures de prise en charge sans dialogue communautaire préalable.
8. Lourdeurs administratives et procédures d'accréditation.
9. Retards de paiement des relais communautaires et des prestataires.
10. Approche de la riposte principalement technique, insuffisamment centrée sur l'engagement communautaire.

2.8 Ce que les évidences nous enseignent

Les observations recueillies auprès des organisations locales, confrontées aux données officielles de la riposte et aux analyses précédemment produites par le CONAFOHD, mettent en évidence un enseignement majeur : **la progression actuelle de l'épidémie ne résulte pas uniquement de la dynamique biologique du virus, mais également de facteurs organisationnels, institutionnels et communautaires qui ralentissent la capacité collective à interrompre les chaînes de transmission.**

Ces évidences invitent à repenser plusieurs fondements de la réponse.



1. Les communautés constituent le premier système d'alerte de la riposte

- Les premiers signaux ayant permis d'anticiper l'aggravation de la situation ne sont pas apparus dans les tableaux de bord épidémiologiques. Ils ont été observés par les organisations communautaires : augmentation des mouvements de population, persistance des rumeurs, baisse de confiance envers la riposte, attaques contre certaines équipes, difficultés de référencement des malades et insuffisance de la couverture de plusieurs zones de santé.
- Ces éléments démontrent que les communautés ne doivent plus être considérées uniquement comme des bénéficiaires des interventions, mais comme des **capteurs précoces de l'évolution de l'épidémie**.
- Une réponse capable d'écouter ces signaux faibles peut intervenir plusieurs semaines avant que les indicateurs épidémiologiques ne traduisent la dégradation de la situation.

2. La rapidité de la riposte dépend autant de la gouvernance que des capacités médicales

- Les témoignages recueillis montrent que plusieurs retards observés dans la réponse ne sont pas liés au manque de compétences techniques.
- Ils résultent de procédures administratives lourdes, de mécanismes d'accréditation restrictifs, de validations successives, de retards dans les décaissements et d'une organisation parfois insuffisamment adaptée à l'urgence.
- Dans une épidémie où chaque journée perdue peut ouvrir de nouvelles chaînes de transmission, **la gouvernance devient elle-même un déterminant de santé publique**.
- Autrement dit, la vitesse de propagation du virus dépend également de la vitesse avec laquelle les décisions administratives permettent aux acteurs d'agir.

3. La localisation n'est pas uniquement un principe de partenariat ; elle constitue une stratégie de contrôle épidémique

- Les observations convergent toutes vers un même constat : les zones où les organisations locales sont faiblement impliquées sont également celles où les résistances communautaires demeurent les plus importantes.
- Inversement, les expériences où les acteurs locaux disposent d'un véritable rôle dans la mobilisation communautaire montrent une meilleure acceptation des interventions.
- Ces résultats confirment que **la localisation ne répond pas uniquement à un objectif d'équité ou de réforme du système humanitaire ; elle constitue un levier opérationnel essentiel pour interrompre la transmission communautaire**.
- Chaque organisation locale correctement soutenue représente un relais supplémentaire capable de détecter précocement les cas, de lutter contre les rumeurs et de renforcer la confiance entre les communautés et les équipes de riposte.

4. Les zones périphériques doivent devenir des priorités stratégiques

- Les analyses montrent que la réponse continue de se concentrer principalement autour des principaux centres opérationnels.
- Pourtant, les dynamiques observées démontrent que les foyers émergents se développent souvent dans des territoires éloignés, caractérisés par une forte mobilité des populations, des contraintes sécuritaires ou une faible présence institutionnelle.
- Les cas de Niania, Mandima ou Mambasa illustrent cette réalité.



- Ces territoires ne doivent plus être considérés comme des zones secondaires, mais comme des espaces prioritaires où doivent être concentrés les investissements de prévention avant que l'épidémie ne s'étende vers les grands centres urbains.

5. L'anticipation communautaire doit compléter la surveillance épidémiologique

- Les données officielles permettent de mesurer l'évolution de l'épidémie.
- Les communautés permettent d'en comprendre la dynamique.
- Les deux approches sont complémentaires.
- L'expérience actuelle montre que la surveillance biologique seule ne suffit pas à anticiper les nouveaux foyers.
- À l'inverse, les informations remontées par les relais communautaires, les organisations locales et les leaders communautaires permettent souvent d'identifier les risques avant qu'ils ne soient visibles dans les statistiques.
- Il apparaît dès lors indispensable de développer un véritable système national de **veille communautaire**, capable d'alimenter en temps réel les décisions stratégiques de la riposte.

6. La confiance constitue aujourd'hui le principal vaccin social contre Ebola

Au-delà des traitements, des laboratoires et des Centres de Traitement Ebola, les témoignages montrent qu'une grande partie de la propagation actuelle dépend encore de la confiance que les populations accordent à la réponse.

Lorsque les communautés comprennent les mesures proposées, reconnaissent les intervenants et participent aux décisions, elles signalent plus rapidement les cas, acceptent davantage les références médicales et collaborent avec les équipes de surveillance.

À l'inverse, lorsque la méfiance s'installe, chaque intervention devient plus difficile et chaque chaîne de transmission plus longue.

La confiance doit donc être considérée comme une composante stratégique de la riposte, au même titre que les vaccins, les laboratoires ou les capacités hospitalières.



CHAPITRE 3 : DE L'INTELLIGENCE COMMUNAUTAIRE A L'ANTICIPATION STRATEGIQUE

L'une des principales leçons de cette dix-septième flambée d'Ebola est que les premiers signaux annonçant l'aggravation de l'épidémie n'ont pas été détectés uniquement par les systèmes classiques de surveillance épidémiologique.

Ils ont également été identifiés par les communautés elles-mêmes.

Bien avant que certaines tendances ne deviennent visibles dans les indicateurs nationaux, les organisations communautaires, les relais locaux, les responsables des structures sanitaires, les leaders religieux et les organisations de la société civile rapportaient déjà des changements qui, pris isolément, pouvaient paraître anodins mais qui, ensemble, annonçaient une évolution préoccupante de la situation.

Ces signaux concernaient notamment :

- La modification des mouvements de population ;
- La multiplication des rumeurs ;
- Les difficultés croissantes de référencement des malades ;
- Les résistances face aux équipes de riposte ;
- Les retards dans la notification des cas ;
- Les insuffisances de couverture de certaines zones de santé ;
- Les tensions au sein des équipes de réponse ;
- Les difficultés logistiques ;
- Les retards administratifs.

Pris séparément, chacun de ces phénomènes pouvait sembler relever d'un problème opérationnel ponctuel.

Pris ensemble, ils constituaient déjà les premiers indicateurs d'une accélération probable de la transmission.

C'est précisément cette capacité de lecture que le CONAFOHD qualifie dans le présent rapport **d'intelligence communautaire**.

L'intelligence communautaire : une ressource encore sous-exploitée

L'intelligence communautaire peut être définie comme la capacité collective des communautés, des organisations locales, des professionnels de santé de proximité et des structures communautaires à détecter précocement les évolutions sociales, comportementales et opérationnelles susceptibles d'influencer la dynamique d'une épidémie.

Elle ne remplace pas la surveillance épidémiologique.

Elle la complète.

La surveillance biologique mesure l'évolution de la maladie.

L'intelligence communautaire permet d'en comprendre les causes.

Elle identifie les changements de comportement avant que leurs conséquences sanitaires ne deviennent visibles.

Elle détecte les nouvelles résistances avant que les chaînes de transmission ne s'allongent.

Elle observe les déplacements de population avant que les nouveaux foyers n'apparaissent.

Elle permet enfin de comprendre pourquoi certaines interventions produisent des résultats tandis que d'autres échouent malgré des moyens importants.



Les acteurs locaux disposent d'un avantage informationnel unique

L'expérience actuelle montre que les organisations nationales et communautaires bénéficient d'une proximité quotidienne avec les populations qui leur permet d'accéder à des informations rarement captées par les dispositifs classiques.

Les relais communautaires savent lorsqu'une famille hésite à déclarer un malade.

Les leaders religieux perçoivent rapidement les inquiétudes qui circulent dans les villages.

Les organisations locales identifient les itinéraires réellement empruntés par les populations.

Les associations communautaires comprennent les raisons qui conduisent certaines familles à cacher des malades ou à éviter les structures sanitaires.

Ces informations ne figurent généralement dans aucun tableau de bord.

Pourtant, elles conditionnent largement l'efficacité des interventions.

L'intelligence communautaire ne produit donc pas seulement des données.

Elle produit une compréhension fine des mécanismes sociaux qui alimentent ou freinent la propagation du virus.

Une démonstration par les faits

Les analyses réalisées depuis le début de cette flambée montrent que plusieurs alertes formulées par les acteurs locaux se sont progressivement confirmées.

Lorsque les organisations communautaires alertaient sur la faible implication des acteurs locaux, elles annonçaient déjà une future crise de confiance.

Lorsqu'elles demandaient de préparer les zones périphériques avant l'arrivée du virus, elles anticipaient les difficultés aujourd'hui observées dans plusieurs territoires.

Lorsqu'elles soulignaient les risques liés aux lourdeurs administratives, elles mettaient déjà en évidence un facteur susceptible de ralentir la réponse.

Lorsqu'elles proposaient d'investir dans le temps communautaire de l'épidémie, elles rappelaient que les premières heures précédant la confirmation biologique d'un cas constituent souvent la période la plus décisive pour interrompre une chaîne de transmission.

Les développements récents montrent que ces analyses relevaient moins de l'intuition que d'une lecture approfondie des réalités communautaires.

Une nouvelle manière de gouverner les épidémies

L'un des principaux enseignements de cette flambée est que les systèmes de réponse gagneraient à intégrer davantage cette intelligence communautaire dans leurs mécanismes de décision.

Aujourd'hui, les informations produites par les communautés alimentent principalement les activités de sensibilisation.

Elles devraient également alimenter la planification stratégique.

Les décisions relatives à la répartition des ressources, au ciblage géographique, aux stratégies de communication ou aux investissements communautaires devraient pouvoir s'appuyer, de manière structurée, sur les analyses produites par les organisations locales.

Cette évolution ne relève pas uniquement de la localisation de l'aide.

Elle constitue un changement de paradigme dans la gouvernance des urgences sanitaires.



CHAPITRE 4. LES DETERMINANTS STRUCTURELS DE LA PROPAGATION : AU-DELA DU VIRUS, LES LIMITES DE LA GOUVERNANCE DE LA RIPOSTE

« Une épidémie progresse rarement parce que le virus est invincible. Elle progresse lorsque les facteurs sociaux, institutionnels et organisationnels lui offrent les conditions nécessaires pour poursuivre sa transmission. »

4.1. Comprendre la propagation : une lecture systémique

Les analyses recueillies auprès des organisations locales conduisent à dépasser une lecture exclusivement biomédicale de la flambée actuelle.

Si les caractéristiques virologiques expliquent la capacité du virus à se transmettre, elles n'expliquent pas, à elles seules, pourquoi certaines chaînes de transmission persistent, pourquoi certains territoires deviennent de nouveaux foyers, ni pourquoi plusieurs interventions produisent des résultats inégaux malgré des investissements importants.

Les témoignages convergent vers une même conclusion : **la propagation observée résulte de l'interaction entre le virus et un ensemble de facteurs structurels qui ralentissent la capacité du système à interrompre rapidement les chaînes de transmission.**

Ces facteurs ne sont pas indépendants. Ils se renforcent mutuellement et créent un environnement favorable à l'expansion de l'épidémie.

L'analyse des échanges permet de les regrouper en six grandes catégories.

4.2. Premier déterminant : une réponse encore insuffisamment communautaire

L'ensemble des témoignages souligne que les communautés restent encore considérées principalement comme des bénéficiaires des interventions plutôt que comme des partenaires stratégiques de la riposte.

Plusieurs éléments illustrent cette situation :

- Faible implication des organisations de la société civile dans la planification des activités ;
- Participation limitée des ONG locales aux mécanismes de coordination ;
- Recrutement de personnels extérieurs connaissant peu les réalités locales ;
- Construction de Centres de Traitement Ebola sans dialogue communautaire préalable ;
- Faible couverture des relais communautaires (RECO) et des Cellules d'Animation Communautaire (CEAC) par les partenaires disposant de financements.

Un participant résume cette perception de manière particulièrement révélatrice :

« **La réponse est organisée comme un dispositif technique alors qu'elle devrait être d'abord une réponse humanitaire construite avec les communautés.** »

Cette observation traduit un changement de perspective majeur.

Dans les flambées précédentes, l'engagement communautaire était souvent présenté comme une activité complémentaire de la riposte.



Les témoignages recueillis montrent qu'il doit désormais être considéré comme **l'un des principaux déterminants de son efficacité.**

Évidence de terrain n°7

Les RECO et les CEAC restent insuffisamment soutenus

Plusieurs participants signalent que les relais communautaires et les cellules d'animation communautaire ne bénéficient pas toujours de l'appui des partenaires disposant pourtant de financements.

Or ce sont précisément ces acteurs qui assurent :

- Les premières alertes ;
- La sensibilisation de proximité ;
- L'identification des personnes malades ;
- L'accompagnement des familles ;
- La lutte contre les rumeurs.

Ce que cette évidence nous enseigne

Une réponse qui investit prioritairement dans les structures techniques tout en laissant insuffisamment soutenus les mécanismes communautaires réduit sa capacité d'interrompre précocement les chaînes de transmission.

Les communautés ne constituent pas le dernier maillon de la riposte.

Elles en sont le premier.

4.3. Deuxième déterminant : une gouvernance excessivement centralisée

Les participants décrivent une gouvernance où de nombreuses décisions restent fortement centralisées.

Cette centralisation se traduit notamment par :

- Des procédures longues de validation ;
- Des exigences administratives multiples ;
- Des mécanismes complexes d'accréditation ;
- Des contrôles successifs avant le déploiement des activités ;
- Des retards dans la mobilisation des ressources.

Plusieurs témoignages illustrent cette réalité.

Évidence de terrain n°8

« Le virus n'attend pas les procédures administratives »

« Pour sortir des seringues ou des intrants médicaux, il faut plusieurs signatures. Les paiements des prestataires prennent des semaines, parfois des mois. Pendant ce temps, le virus continue de circuler. »

Analyse du CONAFOHD





La coordination constitue naturellement une exigence indispensable dans une urgence sanitaire. Cependant, lorsqu'elle devient synonyme de multiplication des procédures, elle peut ralentir les interventions au point de compromettre leur efficacité.

La gouvernance doit donc trouver un équilibre entre le contrôle des ressources et la rapidité de la réponse.

Ce que cette évidence nous enseigne

Dans une épidémie à transmission rapide, **la simplification administrative devient une mesure de santé publique.**

Chaque procédure inutile augmente le délai entre l'identification d'un risque et l'intervention.

4.4. Troisième déterminant : une réponse insuffisamment territorialisée face à une épidémie en mouvement

L'un des enseignements les plus constants issus des échanges avec les acteurs locaux est le décalage entre la géographie de la réponse et la géographie réelle de la transmission.

Si les principaux moyens humains et matériels demeurent concentrés autour des grands centres opérationnels, l'épidémie, elle, évolue selon des logiques beaucoup plus dynamiques, influencées par les déplacements des populations, les activités économiques, les contraintes sécuritaires et les réseaux communautaires.

Les participants décrivent une situation où plusieurs zones de santé fortement touchées restent insuffisamment couvertes, tandis que les territoires périphériques deviennent progressivement des espaces de diffusion du virus.

En Ituri, les zones de **Niania, Mandima, Mambasa et Mahagi** sont régulièrement citées comme des territoires où les capacités de prévention, de surveillance communautaire et de prise en charge demeurent insuffisantes malgré une circulation active du virus.

L'un des participants résume cette situation :

« Les interventions se concentrent autour de Bunia, alors que les zones les plus éloignées continuent d'enregistrer des cas, parfois sans véritable appui. Si nous ne renforçons pas rapidement ces territoires, nous continuerons à courir derrière l'épidémie. »

Les témoignages attirent également l'attention sur les corridors commerciaux reliant ces zones à Kisangani, Isiro, Beni ou Bunia. Ces axes, quotidiennement empruntés par les commerçants, les transporteurs, les travailleurs des sites miniers et les populations déplacées, constituent aujourd'hui des vecteurs majeurs de diffusion.

La situation sécuritaire accentue encore cette dynamique. Plusieurs participants soulignent que les populations évitent certains itinéraires en raison de la présence de groupes armés et privilégient d'autres routes, notamment vers Kisangani et Isiro, redessinant ainsi les trajectoires probables de propagation.

Évidence de terrain n°9

Kisangani : un foyer potentiel identifié avant les statistiques



« La ville paraît calme. Pourtant, nous recevons chaque jour davantage de personnes venant de Niania et de Sekateni. Si rien ne change, Kisangani risque de devenir le prochain grand foyer. »

Cette alerte, formulée par un médecin de terrain avant l'apparition d'une augmentation significative des cas dans la Tshopo, illustre la capacité des acteurs locaux à détecter les signaux faibles annonçant une évolution défavorable.

Évidence de terrain n°10

Des points de contrôle qui s'arrêtent lorsque la circulation continue

Plusieurs participants rapportent que certains dispositifs de contrôle cessent leurs activités dès le milieu de l'après-midi.

Pendant ce temps, les déplacements de voyageurs se poursuivent de jour comme de nuit.

Ils signalent également l'existence de multiples passages informels échappant aux mécanismes de surveillance.

« Les voyageurs circulent librement la nuit. Les points de contrôle ferment tôt, mais la circulation ne s'arrête jamais. »

Analyse du CONAFOHD

Ces observations montrent que la stratégie territoriale de la riposte demeure principalement organisée autour des limites administratives des provinces et des zones de santé.

Or, le virus ne suit pas les frontières administratives.

Il suit les itinéraires empruntés quotidiennement par les populations.

Une approche réellement territorialisée devrait donc être fondée sur les flux de mobilité, les bassins économiques, les corridors commerciaux, les sites miniers, les marchés, les zones de déplacement et les réseaux sociaux plutôt que sur les seules limites administratives.

Ce que cette évidence nous enseigne

Une stratégie construite uniquement autour des foyers déjà identifiés risque d'intervenir trop tard.

La prévention doit désormais être organisée autour des territoires susceptibles d'être les prochains foyers, avant que la transmission communautaire ne s'y installe.

Autrement dit, la première ligne de défense doit précéder le virus.

Cette analyse rejoint directement la proposition portée par le CONAFOHD de constituer une **ceinture communautaire de prévention** autour des zones affectées, afin de préparer les communautés avant l'arrivée du virus plutôt qu'après son installation.

4.5. Quatrième déterminant : une crise de confiance qui fragilise la réponse

L'ensemble des témoignages recueillis montre que la flambée actuelle ne se caractérise pas uniquement par une progression biologique du virus.

Elle est également marquée par une détérioration progressive de la relation entre certaines communautés et les dispositifs de réponse.

Cette crise de confiance constitue aujourd'hui l'un des principaux déterminants de la transmission.

Les participants identifient plusieurs facteurs qui l'alimentent :

- Le faible recours aux organisations locales ;
- La présence importante de personnels extérieurs aux territoires concernés ;
- Le manque de dialogue préalable avec les communautés avant certaines interventions ;
- Les retards de paiement des prestataires ;
- Les rumeurs persistantes ;



- Les difficultés de communication entre les autorités sanitaires et les populations.

Plusieurs intervenants soulignent que la perception de la riposte est parfois celle d'une intervention imposée de l'extérieur, peu ancrée dans les réalités locales.

Évidence de terrain n°11

Lorsque la communauté ne se reconnaît plus dans la riposte

« Beaucoup de ceux qui conduisent les activités viennent de l'extérieur. Les communautés ne voient plus leurs propres leaders. Elles finissent par penser que cette épidémie profite davantage à certains qu'elle ne protège réellement les populations. »

Évidence de terrain n°12

Construire un CTE sans construire la confiance

Plusieurs participants dénoncent la mise en place de Centres de Traitement Ebola sans véritables consultations préalables avec les communautés concernées.

Selon eux, cette absence de dialogue renforce les incompréhensions et favorise l'émergence de nouvelles rumeurs.

Analyse du CONAFOHD

Dans une épidémie à forte dimension sociale comme Ebola, la confiance constitue une ressource stratégique.

Elle conditionne :

- La rapidité de notification des cas ;
- L'acceptation des équipes de surveillance ;
- La qualité du suivi des contacts ;
- L'adhésion aux mesures de prévention ;
- Le recours précoce aux structures de prise en charge.

Lorsqu'elle s'affaiblit, chaque étape de la riposte devient plus complexe.

Ce que cette évidence nous enseigne

La confiance ne peut pas être reconstruite uniquement par des campagnes de communication.

Elle se construit par la participation.

Chaque fois que les communautés participent aux décisions, que leurs organisations sont reconnues comme partenaires et que leurs leaders sont associés aux interventions, la confiance progresse.

À l'inverse, chaque exclusion alimente les résistances.



4.6. Cinquième déterminant : une localisation inachevée qui prive la riposte de son premier levier d'action

Les échanges montrent que la faible implication des organisations locales ne constitue pas uniquement une question de financement ou de partenariat.

Elle affecte directement la capacité opérationnelle de la réponse.

Les participants dénoncent notamment :

- Le refus fréquent de sous-traiter les organisations locales malgré leur présence sur le terrain ;
- L'importation d'organisations ou de personnels peu familiers des contextes locaux ;
- Les difficultés d'accès aux financements directs ;
- Les mécanismes d'accréditation fondés sur les ressources financières disponibles plutôt que sur l'ancrage communautaire ;
- La faible représentation des organisations nationales dans les espaces de décision.

Évidence de terrain n°13

L'accréditation comme barrière à l'engagement communautaire

« On nous demande d'abord de démontrer que nous avons des financements importants avant même de nous autoriser à intervenir. Pourtant, nos communautés ont besoin de nous immédiatement, même avec des moyens modestes. »

Analyse du CONAFOHD

La logique actuelle conduit à une contradiction majeure.

Les organisations les plus proches des communautés, capables d'intervenir rapidement, sont souvent celles qui disposent des ressources financières les plus limitées.

À l'inverse, les structures les mieux financées ne disposent pas toujours du même niveau d'ancrage territorial.

Ainsi, la rapidité d'intervention dépend davantage de la capacité financière que de la capacité communautaire.

Cette logique est difficilement compatible avec les principes de localisation, mais surtout avec les exigences opérationnelles d'une urgence sanitaire.

Ce que cette évidence nous enseigne

La localisation ne doit plus être considérée comme une réforme institutionnelle visant uniquement à améliorer l'équité entre partenaires.

Les enseignements de cette flambée montrent qu'elle constitue un véritable **instrument de contrôle épidémique**.

Chaque organisation locale correctement reconnue, financée et intégrée dans la gouvernance représente une capacité supplémentaire de surveillance, de prévention et d'interruption des chaînes de transmission.

À l'inverse, chaque capacité locale non mobilisée laisse au virus un espace supplémentaire pour progresser.



Évidence de terrain n°14

"Pourquoi seulement Ebola ?"

Au cours des échanges, plusieurs acteurs rapportent une interrogation récurrente des organisations locales et des communautés.

« Pourquoi est-ce uniquement pour Ebola que l'on exige une procédure d'accréditation aussi lourde, avec des conditions financières importantes, alors que lors des autres crises humanitaires ou sanitaires, les organisations peuvent intervenir beaucoup plus librement pour soutenir les populations ? »

Cette question revient régulièrement dans les discussions communautaires.

Pour de nombreux acteurs, cette différence de traitement nourrit l'incompréhension et contribue à renforcer la méfiance envers la gouvernance de la riposte.

Elle alimente l'idée que les mécanismes mis en place répondent davantage à une logique administrative et financière qu'à un impératif de santé publique.

Analyse du CONAFOHD

Cette interrogation ne remet pas en cause le principe d'une coordination des interventions.

Au contraire, les organisations reconnaissent la nécessité de disposer d'un mécanisme permettant d'assurer la qualité, la cohérence et la complémentarité des actions.

En revanche, elles s'interrogent sur le caractère exceptionnel des exigences imposées dans le cadre de cette flambée.

Lorsque les critères d'accès deviennent principalement financiers, les organisations communautaires perçoivent le système moins comme un outil de coordination que comme un mécanisme de sélection. Cette perception risque d'affaiblir la confiance, tant des organisations locales que des communautés qu'elles représentent.

Ce que cette évidence nous enseigne

La coordination est indispensable.

Mais elle ne doit pas devenir un obstacle à la solidarité.

Dans une urgence sanitaire, le rôle de l'État devrait être de **coordonner, orienter et accompagner** les initiatives locales, plutôt que de conditionner leur existence à des critères financiers susceptibles d'exclure précisément les acteurs les plus proches des communautés.

4.7. Sixième déterminant : La duplication des mécanismes de gouvernance affaiblit la réponse

Les témoignages recueillis montrent que plusieurs acteurs perçoivent la gouvernance actuelle de la riposte comme une superposition de mécanismes parallèles venant parfois se substituer aux structures ordinaires du système de santé.

Au lieu de renforcer les capacités existantes des Divisions Provinciales de la Santé (DPS), des Zones de Santé et des équipes cadres locales, plusieurs procédures spécifiques à la riposte ont été mises en place. Les participants estiment que cette organisation crée des chevauchements de responsabilités, allonge les circuits décisionnels et génère des incompréhensions quant aux rôles respectifs des différents niveaux de coordination.

L'un des participants résume cette perception :



« Au lieu d'appuyer les mécanismes existants, on crée des mécanismes centraux qui viennent se superposer à ceux qui fonctionnent déjà. Les zones de santé, les DPS et les structures locales ne savent plus toujours où commence et où s'arrête leur responsabilité. »

Cette multiplication des circuits administratifs semble également contribuer aux retards de validation, aux difficultés de coordination et aux tensions entre les différents acteurs de la réponse.

Ce que cette évidence nous enseigne

Les urgences sanitaires devraient renforcer les institutions nationales plutôt que créer des architectures parallèles.

Chaque mécanisme temporaire devrait être conçu pour soutenir les structures ordinaires du système de santé, préserver leur leadership et éviter toute concurrence de compétences.

La résilience du système dépend moins de la multiplication des structures que de leur capacité à fonctionner de manière complémentaire.

Conclusion du chapitre

L'analyse des déterminants structurels met en évidence une réalité essentielle : **la vitesse de propagation d'Ebola est également la vitesse des failles du système de réponse.**

Le virus exploite les retards administratifs, les insuffisances de coordination, les déficits de confiance, les inégalités territoriales et la sous-utilisation des capacités locales.

En d'autres termes, il ne circule pas uniquement entre les individus ; il circule aussi dans les interstices de la gouvernance.

Cette lecture conduit à une conclusion majeure : renforcer la riposte ne consiste pas uniquement à mobiliser davantage de ressources. Il s'agit aussi de transformer la manière dont ces ressources sont gouvernées, distribuées et mises au service des communautés.



CHAPITRE 5. DES SOLUTIONS DÉJÀ PROPOSÉES : POURQUOI IL EST TEMPS DE CHANGER DE PARADIGME

« Une crise devient une tragédie lorsque les solutions existent mais qu'elles ne sont pas mises en œuvre à temps. Les recommandations présentées dans ce chapitre ne sont pas de nouvelles propositions élaborées à la lumière des développements récents. Elles prolongent les analyses et les mécanismes que le CONAFOHD défend depuis les premières semaines de la flambée. L'évolution de l'épidémie montre aujourd'hui que ces propositions étaient moins des innovations que des nécessités. »

5.1. De la réaction à l'anticipation

L'analyse des chapitres précédents met en évidence une caractéristique majeure de la réponse actuelle : elle demeure largement organisée selon une logique réactive.

Les ressources sont principalement mobilisées après l'identification des foyers, les interventions communautaires sont souvent renforcées lorsque les résistances apparaissent déjà, et les investissements suivent davantage l'évolution des cas que les facteurs susceptibles d'annoncer leur augmentation.

Cette logique est compréhensible dans une urgence sanitaire.

Elle présente toutefois une limite majeure : **elle laisse systématiquement au virus une longueur d'avance.**

Or, les analyses conduites par le CONAFOHD montrent que plusieurs signaux annoncent cette progression bien avant que les statistiques ne l'objectivent.

Le véritable défi n'est donc plus uniquement d'accélérer la réponse.

Il consiste à **agir avant que les indicateurs épidémiologiques ne se dégradent.**

5.2. Le temps communautaire : le temps décisif de l'épidémie

Parmi les principales contributions développées par le CONAFOHD figure le concept de **temps communautaire de l'épidémie.**

Ce concept repose sur une observation simple.

Entre le moment où une personne est infectée et celui où son cas apparaît dans les statistiques officielles, plusieurs jours s'écoulent.

Pendant cette période :

- Les familles cherchent des explications ;
- Les premiers symptômes sont interprétés ;
- Des déplacements ont lieu ;
- Les contacts se multiplient ;
- Les décisions de consulter ou non sont prises ;
- Les rumeurs circulent ;
- Les comportements individuels déterminent déjà la trajectoire future de l'épidémie.



C'est durant cette période invisible que se construisent les futures chaînes de transmission. C'est également durant cette période que les interventions communautaires peuvent produire leur plus grand impact.

Le temps communautaire constitue ainsi **la fenêtre stratégique où la réponse peut encore empêcher l'apparition d'un nouveau foyer.**

Chaque journée gagnée durant cette phase peut éviter plusieurs semaines de transmission ultérieure.

Ce que cette évidence nous enseigne

Les investissements communautaires ne doivent plus être considérés comme des activités d'accompagnement.

Ils doivent être considérés comme des interventions de première ligne.

Plus une réponse intervient pendant le temps communautaire, moins elle devra investir ultérieurement dans la prise en charge des cas.

5.3. ALLCE : transformer la mobilisation spontanée en stratégie nationale

Au fil des consultations menées avec les Fora provinciaux et les organisations communautaires, un constat est revenu avec insistance : **les communautés agissent toujours avant l'arrivée complète de la riposte.**

- Avant les premiers financements.
- Avant les équipes spécialisées.
- Avant les campagnes de communication.
- Avant les structures de coordination.

Les leaders communautaires, les associations locales, les relais de santé, les responsables religieux et les organisations de proximité commencent déjà à informer, orienter, rassurer et accompagner les familles. Le mécanisme **Action Locale de Lutte Contre Ebola (ALLCE)** a été conçu précisément pour transformer cette mobilisation spontanée en une capacité organisée, structurée et immédiatement opérationnelle. ALLCE ne se substitue ni aux laboratoires, ni aux Centres de Traitement Ebola, ni aux équipes de surveillance.

Il intervient **en amont**, là où la majorité des décisions influençant la transmission sont encore prises au sein des familles et des communautés.

Son ambition est simple : permettre aux communautés d'interrompre les chaînes de transmission avant qu'elles ne deviennent visibles dans les statistiques.

Les piliers d'ALLCE

Le modèle proposé par le CONAFOHD repose sur plusieurs composantes complémentaires :

- Un réseau permanent d'organisations locales pré-identifiées et préparées ;
- Des mécanismes de financement rapide des initiatives communautaires ;
- Des équipes locales de veille et d'alerte précoce ;
- Un système de communication de proximité adapté aux réalités socioculturelles ;
- Un accompagnement continu des relais communautaires, des CEAC et des leaders locaux ;
- Une articulation permanente avec les structures de surveillance épidémiologique et les autorités sanitaires.

Cette architecture permettrait de réduire considérablement le délai entre l'apparition des premiers signaux communautaires et le déploiement effectif des interventions.

5.4. Construire une ceinture communautaire autour des foyers





L'un des enseignements majeurs de cette flambée est que les stratégies de réponse demeurent encore largement centrées sur les territoires déjà touchés.

Le CONAFOHD propose une approche complémentaire : **protéger également les territoires qui ne sont pas encore affectés.**

Cette stratégie consiste à créer une véritable **ceinture communautaire de vigilance** autour des foyers actifs.

Concrètement, il s'agit de :

- Préparer les communautés situées sur les principaux axes de mobilité ;
- Renforcer les relais communautaires avant l'arrivée des premiers cas ;
- Former les leaders locaux ;
- Mettre en place des mécanismes d'alerte rapide ;
- Développer une communication ciblée dans les zones exposées.

Une telle approche permettrait de déplacer la première ligne de défense vers les territoires les plus susceptibles de devenir les prochains foyers.

Cette proposition prend aujourd'hui une résonance particulière au regard des alertes formulées concernant les corridors reliant Niania à Kisangani ou les zones minières de l'Ituri.

5.5. Institutionnaliser l'Intelligence Communautaire Anticipative

L'analyse présentée dans ce rapport conduit à une proposition nouvelle : intégrer l'**Intelligence Communautaire Anticipative (ICA)** dans la gouvernance nationale des épidémies.

L'ICA peut être définie comme la capacité organisée des communautés, des organisations locales et des réseaux de proximité à détecter, analyser et interpréter les signaux faibles annonçant une évolution probable de la situation sanitaire.

Elle repose sur plusieurs principes :

- Une remontée structurée des informations issues des communautés ;
- Une analyse régulière des perceptions et des comportements ;
- Une prise en compte des données qualitatives au même titre que les indicateurs quantitatifs ;
- Une participation des organisations locales aux mécanismes stratégiques de décision.

L'objectif n'est pas de remplacer les systèmes de surveillance existants, mais de les enrichir par une compréhension plus fine des réalités sociales qui conditionnent la transmission.

5.6. Vers une nouvelle doctrine congolaise de gouvernance des épidémies

Au-delà de la flambée actuelle, les enseignements présentés dans ce rapport invitent à une réflexion plus large sur la manière de préparer les futures urgences sanitaires.

L'expérience accumulée par la République démocratique du Congo montre que la maîtrise durable d'une épidémie ne dépend pas uniquement de la qualité des infrastructures médicales ou des capacités techniques.



Elle dépend tout autant de la rapidité avec laquelle les communautés sont préparées, écoutées et mobilisées.

L'approche proposée par le CONAFOHD ne vise donc pas uniquement à améliorer la réponse actuelle.

Elle propose les fondements d'une **nouvelle doctrine congolaise de gouvernance des épidémies**, articulée autour de six principes :

- Reconnaître les communautés comme le premier espace de contrôle de la transmission ;
- Investir prioritairement dans le temps communautaire ;
- Institutionnaliser l'Intelligence Communautaire Anticipative ;
- Faire de la localisation un instrument de santé publique ;
- Territorialiser les interventions en fonction des dynamiques de mobilité ;
- Transformer les organisations locales en partenaires stratégiques permanents de la préparation et de la réponse.



CHAPITRE 6. DE LA 17^e FLAMBÉE D'EBOLA A UNE REFORME DURABLE DE LA GOUVERNANCE DES URGENCES SANITAIRES EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

« Les grandes crises offrent rarement des opportunités. Lorsqu'elles le font, elles imposent une responsabilité : transformer les enseignements de l'urgence en réformes durables. La dix-septième flambée d'Ebola constitue aujourd'hui une occasion unique de repenser la manière dont la République démocratique du Congo prépare, gouverne et conduit ses réponses aux épidémies. »

6.1. Une crise qui dépasse Ebola

Les analyses présentées dans ce rapport montrent que les difficultés observées au cours de cette flambée ne sont pas spécifiques au virus Ebola.

Les mêmes mécanismes ont été observés lors des précédentes flambées d'Ebola, mais également dans les réponses au choléra, à la rougeole, à la COVID-19, aux catastrophes climatiques et, plus largement, dans de nombreuses urgences humanitaires.

Les principaux défis restent récurrents :

- Mobilisation tardive des communautés ;
- Faible intégration des organisations locales dans la gouvernance ;
- Centralisation des décisions ;
- Procédures administratives peu adaptées à l'urgence ;
- Investissements communautaires insuffisants ;
- Faible anticipation territoriale.

Ces constats montrent que la réponse actuelle ne souffre pas uniquement de difficultés opérationnelles. Elle révèle des limites plus profondes dans l'organisation de la gouvernance des urgences sanitaires.

6.2. Les communautés doivent devenir un pilier institutionnel de la préparation

L'expérience actuelle démontre que les communautés ne peuvent plus être mobilisées uniquement lorsque l'épidémie est déjà installée.

Leur préparation doit devenir permanente.

Cela suppose :

- Maintenir des réseaux actifs de relais communautaires ;
- Renforcer durablement les capacités des organisations locales ;
- Développer des mécanismes permanents de veille communautaire ;
- Soutenir les structures locales entre deux flambées.

Une communauté préparée constitue la première infrastructure de santé publique.

Elle est présente avant l'apparition des premiers cas.

Elle demeure après la fin de l'épidémie.





6.3. Faire évoluer la gouvernance vers un modèle d'anticipation

La principale leçon de cette flambée est probablement que les systèmes de réponse demeurent encore largement organisés pour réagir.

Ils doivent désormais apprendre à anticiper.

Cette évolution implique plusieurs changements.

Les décisions stratégiques devraient être éclairées non seulement par les indicateurs épidémiologiques mais également par les analyses communautaires.

Les mécanismes d'accréditation devraient faciliter l'engagement rapide des capacités locales plutôt que le conditionner à leur puissance financière.

Les mécanismes de financement devraient permettre un décaissement rapide au profit des organisations déjà présentes dans les territoires.

Les investissements devraient cibler prioritairement les territoires exposés avant que les foyers ne s'y développent.

6.4. Institutionnaliser l'Intelligence Communautaire Anticipative

Le présent rapport propose que l'Intelligence Communautaire Anticipative (ICA) devienne un instrument permanent de gouvernance des urgences sanitaires.

Concrètement, cela pourrait prendre la forme :

- D'un réseau national d'observation communautaire animé par les Fora provinciaux ;
- D'un système régulier d'analyse des perceptions communautaires ;
- D'une plateforme de remontée des signaux faibles ;
- De rapports périodiques transmis aux autorités sanitaires et humanitaires ;
- D'une participation systématique des représentants des organisations locales aux instances stratégiques de décision.

Cette approche permettrait aux décideurs de disposer d'informations qualitatives venant compléter les données épidémiologiques classiques.

Elle contribuerait à réduire le délai entre l'apparition des premiers signaux et la mise en œuvre des interventions.

6.5. Transformer la localisation en politique nationale de santé publique

L'un des enseignements majeurs de cette flambée est que la localisation ne relève plus uniquement d'une réforme des partenariats humanitaires.

Elle apparaît désormais comme une composante essentielle de la sécurité sanitaire.

Une politique nationale de localisation appliquée aux urgences sanitaires devrait garantir :

- Une participation effective des organisations nationales à la gouvernance de la réponse ;
- Des mécanismes simplifiés d'accès aux financements ;
- Des procédures d'accréditation proportionnées aux capacités des organisations ;
- Un financement pérenne des réseaux communautaires ;
- Une reconnaissance institutionnelle du rôle des organisations locales dans la préparation, l'anticipation et la réponse.

Ainsi conçue, la localisation ne constituerait plus uniquement un principe de partenariat.

Elle deviendrait une politique publique de prévention des épidémies.



6.6. Les recommandations stratégiques

À la lumière des analyses présentées dans ce rapport, le CONAFOHD formule les recommandations suivantes.

À la Présidence de la République

- Faire de la préparation communautaire une priorité nationale de sécurité sanitaire.
- Mandater une revue indépendante de la gouvernance de la 17^e flambée afin d'identifier les réformes structurelles nécessaires.
- Promouvoir une stratégie nationale intégrant la localisation, l'engagement communautaire et l'Intelligence Communautaire Anticipative.

À la Première Ministre

- Mettre en place un mécanisme interministériel permanent de préparation aux urgences sanitaires.
- Simplifier les procédures administratives applicables en période d'urgence.
- Garantir une coordination renforcée entre les ministères concernés.

Au Ministre de la Santé

- Réformer le système d'accréditation afin qu'il privilégie les capacités opérationnelles et l'ancrage communautaire plutôt que le niveau de ressources financières.
- Intégrer les analyses communautaires dans les mécanismes de planification.
- Renforcer la couverture des zones à haut risque avant l'apparition des flambées.

À Madame la Ministre d'État en charge des Affaires humanitaires

La réponse à Ebola ne peut être réduite à sa seule dimension sanitaire.

Les conséquences humanitaires de l'épidémie nécessitent une implication plus forte du Ministère des Affaires humanitaires afin de :

- Coordonner l'assistance aux ménages affectés ;
- Soutenir les familles placées en isolement ou en quarantaine ;
- Organiser les mécanismes de protection des groupes vulnérables ;
- Renforcer les dispositifs d'assistance alimentaire et de soutien psychosocial ;
- Faciliter la coordination avec les acteurs humanitaires nationaux et internationaux.

Cette implication permettrait également d'assurer une meilleure articulation entre la réponse sanitaire et la réponse humanitaire, réduisant ainsi les conséquences sociales susceptibles d'alimenter les résistances communautaires.

Au Coordonnateur Humanitaire et aux partenaires techniques et financiers

- Accroître les financements directs aux organisations nationales et communautaires.
- Soutenir la mise en œuvre du modèle **Action Locale de Lutte Contre Ebola (ALLCE)**.
- Financer durablement les réseaux de relais communautaires, les RECO et les CEAC.
- Encourager des approches territorialisées fondées sur les dynamiques de mobilité plutôt que sur les seules limites administratives.

Aux organisations nationales



- Renforcer la coordination entre les réseaux locaux.
- Consolider les mécanismes de veille communautaire.
- Documenter systématiquement les évidences de terrain.
- Développer les capacités d'analyse prospective afin d'alimenter les décisions nationales.

Conclusion générale

La dix-septième flambée d'Ebola laissera sans doute des enseignements scientifiques, médicaux et opérationnels importants.

Elle laissera également une autre leçon, peut-être plus fondamentale.

Les communautés n'ont pas seulement subi cette épidémie.

Elles l'ont observée.

Elles l'ont analysée.

Elles en ont compris les mécanismes.

Elles en ont souvent anticipé l'évolution.

Les organisations locales réunies au sein du CONAFOHD ont montré qu'elles étaient capables de produire des analyses stratégiques, d'identifier les signaux faibles, de proposer des solutions concrètes et d'alerter les décideurs avant que les indicateurs épidémiologiques ne révèlent toute l'ampleur de la crise.

La question qui demeure est désormais simple.

Le système est-il prêt à reconnaître cette intelligence communautaire comme une composante essentielle de la gouvernance des urgences sanitaires ?

Car si la réponse est oui, alors la République démocratique du Congo ne sortira pas seulement de cette flambée avec davantage d'expérience.

Elle en sortira avec un nouveau modèle de gouvernance, fondé sur une conviction simple mais décisive :

Les communautés ne sont pas le dernier maillon de la riposte. Elles en sont le premier système d'anticipation.

Cette flambée montre que les réformes nécessaires ne concernent pas uniquement les moyens financiers. Elles concernent également l'architecture même de la gouvernance. Une réponse plus rapide ne sera pas seulement une réponse mieux financée ; elle sera une réponse plus simple, plus territorialisée, mieux articulée avec les institutions nationales, davantage ouverte aux organisations locales et pleinement intégrée aux mécanismes humanitaires de l'État.



@conafohd