

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

**PROGRAMME NATIONAL INTÉGRÉ D'ACTION
COMMUNAUTAIRE, D'ANTICIPATION ET DE
RÉSILIENCE FACE À EBOLA**



Ebola virus

PNACRE - EBOLA

Détecter plus tôt – Comprendre plus vite – Financer rapidement – Agir avec les communautés

Tutelle institutionnelle	Primature
Supervision sanitaire	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale
Direction technique et opérationnelle	CONAFOHD-RDC
Durée	18 mois, dont 90 jours de phase intensive

Couverture	territoires à haut risque
------------	---------------------------

Document détaillé de projet – version prête à l'usage – Août 2026

1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La maladie à virus Ebola demeure en République démocratique du Congo une urgence dont le contrôle dépend autant de la performance biomédicale que de la capacité à gagner le temps communautaire de l'épidémie. Avant qu'un cas ne soit confirmé, des décisions déterminantes sont déjà prises dans les familles et les communautés : signaler ou non un malade, accepter un suivi, déclarer un déplacement, recourir rapidement aux soins, accepter une mesure de prévention ou un enterrement digne et sécurisé.

Les documents de référence du CONAFOHD identifient des défis 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 et faible anticipation territoriale. Ils proposent de reconnaître les communautés comme premier espace de contrôle de la transmission, d'institutionnaliser l'Intelligence Communautaire Anticipative, de territorialiser les interventions selon les mobilités et de transformer les organisations locales en partenaires stratégiques permanents.

Le Programme National Intégré d'Action Communautaire, d'Anticipation et de Résilience face à Ebola – PNACRE-Ebola – est proposé comme une réponse nationale à cette lacune. Il ne crée pas une riposte parallèle et ne remplace aucun pilier sanitaire. Il organise l'interface entre les évidences communautaires, la décision, le financement localisé et l'action rapide.

Sa chaîne opérationnelle est : DÉTECTER → COMPRENDRE → FINANCER → AGIR → ADAPTER.

Trois instruments complémentaires structurent le programme : l'Intelligence Communautaire Anticipative (ICA) pour détecter les signaux et anticiper ; P-FIM pour comprendre les déterminants sociaux, économiques, culturels et comportementaux ; ALLCE pour financer rapidement les solutions identifiées et permettre leur mise en œuvre par les acteurs communautaires et nationaux.

Le PNACRE-Ebola est proposé pour 18 mois, avec une phase intensive d'urgence de 90 jours. Le programme est placé sous la tutelle de la Primature, sous supervision sanitaire du Ministère de la Santé, avec une direction technique et opérationnelle confiée au CONAFOHD-RDC. Les Fora, ONG nationales, organisations communautaires et réseaux locaux assurent le déploiement territorial.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

2.1. Ebola : une urgence sanitaire et communautaire

Les flambées d'Ebola montrent que les chaînes de transmission ne se jouent pas uniquement dans les laboratoires, les structures de soins ou les centres de traitement. Elles se jouent également dans les maisons, les quartiers, les villages, les marchés, les lieux de culte, les axes de mobilité et les espaces où se forment la confiance, la peur, les rumeurs et les décisions quotidiennes.

Une alerte tardive, un contact perdu, une personne symptomatique qui se déplace, un refus d'EDS ou une rupture de confiance peuvent avoir des conséquences épidémiologiques majeures. Ces comportements ne relèvent pas nécessairement d'un déficit d'information : ils peuvent être déterminés par la peur, la stigmatisation, la perte de revenus, les expériences antérieures, les normes sociales, les croyances, les rapports avec les institutions ou les difficultés matérielles.

2.2. Le principal déficit : le délai évidence–décision–action

La riposte dispose de multiples sources d'information communautaire, mais la difficulté réside souvent dans la transformation rapide de ces informations en décisions opérationnelles et en ressources. Le PNACRE traite donc le délai comme un enjeu de santé publique : détecter plus tôt, comprendre plus vite et financer l'action avant que le risque ne se transforme en nouvelle chaîne de transmission.

2.3. Pourquoi une approche nationale et territorialisée

La mobilité des personnes relie les foyers, les territoires voisins, les corridors commerciaux, les marchés, les zones minières, les ports et les grands centres urbains. Une réponse exclusivement concentrée sur les zones déjà



affectées reste vulnérable au déplacement du risque. Le PNACRE organise simultanément l'intervention dans les zones de transmission active, les ceintures de prévention et les territoires à haut risque.

2.4. Valeur ajoutée du PNACRE

- Transformer les communautés en système actif d'alerte, d'analyse et d'action, et non en simples bénéficiaires de sensibilisation.
- Relier directement les évidences communautaires à la décision et au financement.
- Donner aux acteurs congolais les moyens financiers et institutionnels d'assumer leur rôle de première ligne.
- Préparer les territoires avant l'arrivée du virus et non seulement après confirmation des cas.
- Créer une capacité nationale réutilisable pour d'autres urgences sanitaires.

3. OBJECTIF, THÉORIE DU CHANGEMENT ET RÉSULTATS

3.1. Objectif général

Contribuer à l'interruption rapide et durable des chaînes de transmission de la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo en mettant en place, sous le leadership du Gouvernement, un système national intégré d'intelligence communautaire, d'anticipation, de financement localisé et d'action rapide capable d'agir simultanément dans les zones affectées, les corridors de propagation et les territoires à haut risque.

3.2. Objectifs spécifiques

- Réduire le délai entre les premiers signaux communautaires, leur analyse, la décision et l'intervention.
- Identifier et traiter les déterminants communautaires qui entretiennent les refus, les retards d'alerte, les pertes de contacts ou les résistances aux mesures sanitaires.
- Financer rapidement les solutions locales pertinentes par l'intermédiaire d'ALLCE.
- Renforcer la surveillance communautaire et les capacités de prévention dans les corridors et territoires à haut risque.
- Renforcer durablement les capacités des ONG nationales, Fora et organisations communautaires pour les urgences sanitaires.

3.3. Théorie du changement

Si les communautés et acteurs locaux disposent d'un système permettant de détecter rapidement les signaux ; si P-FIM permet d'en comprendre les déterminants ; si ALLCE peut financer sans délai excessif les solutions co-construites ; si les services sanitaires et autres piliers intègrent ces évidences dans leurs décisions ; alors les obstacles communautaires à la riposte seront traités plus tôt, les territoires seront mieux préparés et la réponse pourra contribuer plus efficacement à interrompre les chaînes de transmission.

3.4. Résultats stratégiques

Résultat	Formulation
R1	Les signaux communautaires critiques sont détectés, analysés et transmis plus rapidement.
R2	Les déterminants sociaux, économiques, comportementaux et culturels sont identifiés et traduits en solutions opérationnelles.
R3	Les organisations communautaires et nationales disposent rapidement des ressources nécessaires pour agir.
R4	Les zones affectées, corridors et territoires à haut risque disposent de capacités communautaires de détection, prévention et réponse.



R5	Les contraintes qui limitent l'adhésion aux mesures sanitaires sont réduites et les ménages affectés mieux accompagnés.
R6	La RDC dispose d'une capacité nationale renforcée et réactivable pour l'action communautaire en urgence sanitaire.

4. COMPOSANTES OPÉRATIONNELLES

4.1. Composante 1 – Intelligence communautaire et P-FIM

L'ICA organise une veille permanente des signaux communautaires : perceptions, rumeurs, incidents, mouvements, difficultés de suivi, résistances, confiance et autres facteurs susceptibles de modifier le risque. Les signaux sont triés et orientés vers les structures compétentes.

P-FIM est déclenché lorsque le signal nécessite une compréhension approfondie. Le cycle suit la logique : observer, écouter, analyser, restituer, co-construire, agir et mesurer. Les diagnostics débouchent sur des microplans structurés autour du problème, du déterminant, de la solution, du responsable, du financement, du délai et de l'indicateur.

- Cartographie et veille ICA.
- Diagnostics P-FIM ciblés.
- Restitutions communautaires.
- Microplans et recommandations opérationnelles.
- Cycles répétés d'analyse lorsque les obstacles persistent.
- Tableau de bord des signaux, décisions et actions.

4.2. Composante 2 – ALLCE : financement rapide de l'action locale

ALLCE constitue le bras financier du PNACRE. Son architecture de référence comprend trois fenêtres : une fenêtre communautaire de première ligne, une fenêtre pour les ONG nationales et une fenêtre pour les consortiums nationaux. Le PNACRE conserve cette architecture et l'étend à l'échelle requise par la crise.

Le financement est lié à des besoins ou déterminants documentés. Les procédures sont proportionnées au risque et au montant. Les micro-actions peuvent suivre une procédure accélérée, tandis que les subventions plus importantes nécessitent une due diligence et un contrôle renforcés.

- Fenêtre communautaire : micro-subventions et actions de proximité.
- Fenêtre ONG nationales : interventions territoriales et provinciales.
- Fenêtre consortiums : réponses multi-zones et corridors.
- Réserve adaptative pour nouveaux foyers ou aggravation du risque.
- Coaching fiduciaire et programmation des bénéficiaires.
- Contrôles terrain, audits et redevabilité.

4.3. Composante 3 – Surveillance communautaire, réponse rapide et ceintures de prévention

Cette composante renforce l'interface communautaire de la surveillance et de la réponse : alertes, référencement, recherche des perdus de vue, dialogue autour du suivi des contacts, gestion des rumeurs, médiation autour des EDS et actions préventives dans les corridors.

Les ceintures de prévention ciblent les territoires voisins, axes de mobilité, marchés, ports, zones minières, points de transit et autres espaces pouvant faciliter la propagation. Les capacités y sont préparées avant l'apparition éventuelle de cas.

4.4. Composante 4 – Protection des ménages et renforcement des capacités

Certaines mesures sanitaires ont des conséquences économiques et sociales pouvant réduire l'adhésion. Le PNACRE prévoit un accompagnement ciblé des ménages affectés par l'isolement, la quarantaine, la stigmatisation ou d'autres contraintes directement liées à la riposte, en complémentarité avec les mécanismes existants.



Le programme renforce également les capacités institutionnelles des ONG nationales, Fora et organisations communautaires : gestion financière, suivi-évaluation, PSEA, gouvernance, gestion des risques, sécurité, surveillance communautaire et redevabilité.

4.5. Composante 5 – Coordination, données, MEAL, conformité et audit

Cette composante garantit la cohérence technique, le suivi des performances, la qualité des données, la gestion des risques, la conformité, la PSEA et l'audit. Elle doit rester légère afin que l'essentiel des ressources soit consacré à l'action territoriale.

5. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE ET STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT

Niveau	Finalité	Critères indicatifs	Paquet prioritaire
1. Zones de transmission active	INTERROMPRE	Cas/chaînes actives, obstacles communautaires, contacts perdus, refus, signaux critiques	ICA/P-FIM intensifs, ALLCE, surveillance, médiation, appui ménages
2. Corridors / ceintures	CONTENIR	Mobilité, proximité d'un foyer, marchés/ports/axes, mouvements de population	Veille, préqualification, surveillance, micro-actions préventives, réponse rapide
3. Territoires à haut risque	PRÉPARER	Vulnérabilité, forte mobilité, faible capacité, signaux faibles	Cartographie, réseau d'alerte, capacités locales, préparation et prépositionnement

La couverture est dynamique. Les ressources suivent l'évolution du risque et peuvent être réallouées selon les données sanitaires, les signaux ICA/P-FIM, les mouvements de population, les contraintes d'accès et la capacité opérationnelle.

6. BÉNÉFICIAIRES ET ACTEURS DE MISE EN ŒUVRE

6.1. Bénéficiaires directs

- Populations vivant dans les zones affectées, corridors et territoires à haut risque.
- Ménages affectés par la maladie ou par les mesures de contrôle.
- Contacts, survivants, familles et personnes exposées à la stigmatisation.
- Organisations communautaires, associations de femmes et de jeunes, structures confessionnelles et réseaux locaux.
- ONG nationales et consortiums nationaux engagés dans la réponse.

6.2. Acteurs opérationnels

Les Fora provinciaux, ONG nationales, organisations communautaires, relais, leaders locaux, réseaux de femmes et de jeunes, survivants et autres structures de proximité constituent l'ossature de mise en œuvre. Leur sélection et leur financement reposent sur des critères transparents, la capacité opérationnelle, la présence territoriale, la conformité et la connaissance du contexte.



7. GOUVERNANCE ET ARRANGEMENTS DE MISE EN ŒUVRE

La gouvernance du PNACRE est volontairement courte. Le programme est directement rattaché à la Primature afin d'assurer l'arbitrage institutionnel et la mobilisation des ressources nécessaires à une urgence de portée nationale.

PRIMATURE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

CONAFOHD-RDC

FORA / ONG / OCB

Tutelle institutionnelle, arbitrage stratégique, facilitation interministérielle et mobilisation des ressources.

Supervision sanitaire, conformité aux normes, articulation avec le SGI, les DPS/ZS et les piliers de la riposte.

Direction technique et opérationnelle : planification, coordination, ICA, P-FIM, gestion technique d'ALLCE, déploiement territorial, données, renforcement des capacités, suivi et reporting.

Mise en œuvre territoriale, veille, écoute, mobilisation, co-construction et exécution des actions.

Le PNACRE ne crée pas de structure sanitaire parallèle. Les actes relevant de la surveillance officielle, vaccination, prise en charge, laboratoire, PCI, EDS et autres piliers restent sous la responsabilité des structures compétentes. Le PNACRE agit sur l'interface communautaire et facilite l'intégration des évidences dans la décision.

8.1. Décision fondée sur les évidences

La fonction de transformation des évidences en décision sera intégrée aux mécanismes de coordination existants. Les informations ICA, P-FIM, CREC, surveillance et feedback communautaire sont consolidées, orientées vers les piliers concernés et suivies jusqu'à la décision ou à la justification documentée de non-action.

8.2. Gouvernance financière

- Séparation claire des fonctions de sélection, approbation, paiement et contrôle.
- Due diligence et vérification des bénéficiaires.
- Déclaration et gestion des conflits d'intérêts.
- Contrôles proportionnés aux montants et risques.
- Audits externes indépendants et contrôles aléatoires.
- Mécanismes confidentiels de plaintes, fraude et PSEA.
- Réallocation dynamique des ressources selon l'évolution du risque.

8. CONAFOHD-RDC : UNE INFRASTRUCTURE NATIONALE AU SERVICE DE L'ACTION LOCALE

Le Conseil National des Fora des ONG Humanitaires et de Développement de la RDC (CONAFOHD-RDC) est une plateforme nationale créée pour fédérer la voix, les capacités et l'action des organisations congolaises engagées dans l'humanitaire et le développement. Il constitue une « plateforme des plateformes », réunissant cinq grands fora régionaux et disposant, à travers eux, d'un ancrage couvrant les différentes régions du pays. Sa plateforme KOLData le présente comme regroupant plus de 600 organisations congolaises et couvrant le territoire national.

Une capacité de mobilisation nationale déjà structurée



La pertinence du CONAFOHD pour le PNACRE ne repose pas seulement sur sa représentativité institutionnelle. Elle tient surtout à sa capacité à relier le niveau national aux réalités territoriales et communautaires. Son architecture permet de mobiliser les Fora, ONG nationales, organisations communautaires et réseaux locaux présents dans les zones affectées ou à risque, tout en assurant une interface avec les autorités publiques, la coordination humanitaire et les partenaires techniques et financiers.

Cette position est particulièrement importante pour Ebola. L'efficacité d'une réponse ne dépend pas uniquement de la disponibilité des moyens médicaux : elle dépend également de la rapidité avec laquelle les signaux communautaires sont détectés, compris et transformés en décisions et en actions. CONAFOHD offre précisément cette capacité de connexion entre communautés, acteurs locaux et niveau stratégique national.

Une organisation déjà intégrée dans l'architecture humanitaire

CONAFOHD ne se situe pas à la périphérie du système humanitaire. Les documents institutionnels travaillés dans le cadre de ses activités montrent sa participation à plusieurs espaces stratégiques de coordination et de gouvernance humanitaire, notamment des mécanismes liés à l'Équipe humanitaire pays, au Fonds Humanitaire, aux cadres de coordination provinciaux et aux mécanismes de protection et de redevabilité. Cette présence permet de faire remonter les évidences du terrain vers les espaces de décision et, inversement, de faciliter leur traduction opérationnelle auprès des acteurs nationaux.

CONAFOHD a par ailleurs développé une expérience de dialogue avec le Gouvernement, OCHA, les agences des Nations Unies, les bailleurs, les ONG internationales et les réseaux internationaux autour de la localisation, de la qualité des partenariats, du financement direct et du leadership des acteurs nationaux.

De la représentation à la production de solutions

L'un des principaux atouts de CONAFOHD est d'avoir progressivement dépassé une fonction exclusivement représentative pour développer des outils et mécanismes opérationnels.

Dans le domaine de la réponse aux épidémies et particulièrement d'Ebola, cette dynamique s'est traduite par le développement et l'adaptation de plusieurs approches complémentaires intégrées au PNACRE : P-FIM, destiné à comprendre rapidement les déterminants communautaires qui influencent la transmission et l'adhésion à la riposte ; l'Intelligence Communautaire Anticipative, destinée à détecter les signaux avant qu'ils ne deviennent des problèmes majeurs ; et ALLCE, conçu pour transformer les évidences produites localement en actions rapidement finançables. Ces instruments sont conçus en complémentarité avec la surveillance épidémiologique, la vaccination, la prise en charge clinique, la PCI, la CREC, le suivi des contacts et les autres piliers sanitaires de la riposte.

Cette capacité à produire de l'évidence est également soutenue par KOLData – Kongo Local Data, plateforme développée par CONAFOHD avec l'appui technique de CartONG et un financement de H2H Network. Elle vise à centraliser et valoriser les données produites par les ONG congolaises, renforcer leur autonomie dans la gestion de l'information et soutenir la coordination, la planification et le plaidoyer.

Pourquoi CONAFOHD pour le PNACRE ?

Le PNACRE exige une organisation capable d'agir simultanément à plusieurs niveaux : écouter les communautés, mobiliser rapidement les acteurs locaux, produire et analyser les évidences, financer l'action territoriale, coordonner des consortiums d'ONG nationales, dialoguer avec les autorités sanitaires et rendre compte au niveau national.

C'est précisément la valeur ajoutée du CONAFOHD.

Sa force ne réside donc pas dans la volonté de se substituer au Ministère de la Santé ou aux structures publiques, mais dans sa capacité à organiser et mettre au service de l'État une infrastructure nationale d'acteurs congolais déjà présents au plus près des communautés.

Dans le PNACRE, la Primature assure le portage politique et l'arbitrage stratégique ; le Ministère de la Santé conserve l'autorité et la supervision sanitaires ; CONAFOHD organise la direction technique et opérationnelle du dispositif communautaire et territorial.

Cette complémentarité permet au Gouvernement de disposer d'un mécanisme capable de transformer rapidement :



les signaux communautaires en intelligence → l'intelligence en décision → la décision en financement → et le financement en action locale mesurable.

Travailler avec CONAFOHD sur le PNACRE, ce n'est donc pas financer une organisation supplémentaire. C'est mobiliser, structurer et professionnaliser un réseau national d'acteurs congolais afin d'en faire une capacité permanente de préparation, d'anticipation et de réponse aux urgences sanitaires.

CONAFOHD est présidé par le Dr De - Joseph KAKISINGI

www.conafohd.org

dejoseph@conafohd.org

+243 853 717 934



10. PLAN OPÉRATIONNEL DES 180 PREMIERS JOURS ET EXTENSION

Période	Priorité	Actions essentielles	Produits
J0-J7	ACTIVER	Installation de la coordination, validation des zones, cartographie, mobilisation des acteurs, activation ICA, préparation P-FIM/ALLCE.	Carte initiale, acteurs mobilisables, dispositif activé.
J8-J30	COMPRENDRE ET AGIR	Déploiement P-FIM, microplans, première vague ALLCE, surveillance renforcée et appuis ciblés.	Diagnostics, microplans, premières actions financées, revue J30.
J31-J60	INTENSIFIER ET ÉTENDRE	Extension aux corridors et ceintures de prévention, seconde vague de financements, nouveaux cycles P-FIM et réallocation selon le risque.	Portefeuille étendu, cartes actualisées, revue J60.
J61-J90	ADAPTER ET STABILISER	Mesure des changements, traitement des obstacles persistants, ajustement des financements et programmation de la consolidation.	Revue J90, adaptations documentées, plan M4-M18.

De M7 à M18, le programme poursuit l'action dans les zones où le risque persiste, étend les mécanismes démontrés, consolide les capacités nationales et prépare la transition vers une capacité permanente de préparation et de réponse.

11. CADRE DE RÉSULTATS ET SUIVI-ÉVALUATION

Le suivi combine des indicateurs de fonctionnement du système et des indicateurs de changement. Les valeurs de référence relatives aux refus, contacts perdus, confiance ou délais doivent être établies au démarrage avant de fixer des cibles quantitatives de réduction.

Résultat	Indicateurs clés	Baseline	Cible principale	Sources
R1	% zones avec ICA ; signaux critiques ; % avec action ; délai signal→décision	J0-J14	ICA fonctionnelle dans 100 % des zones prioritaires activées à J180	ICA, revues
R2	Diagnostics P-FIM ; microplans ;	Premier cycle	Premiers microplans J30 ;	P-FIM, microplans

	adaptations issues des évidences		cycles adaptatifs selon besoins	
R3	Montant transféré ; acteurs financés ; délai décaissement ; exécution	À établir	Première vague J30 ; ALLCE opérationnel zones prioritaires J180	ALLCE, finance, audits
R4	Zones/corridors couverts ; alertes ; mesures préventives ; délai activation	J0-J14	Dispositif fonctionnel principaux corridors J180	ICA, DPS/ZS, cartographie
R5	Refus, retards, confiance, ménages appuyés	Par zone	Tendance favorable documentée J180	CREC, P-FIM, feedback
R6	Acteurs préqualifiés ; formateurs ; capacités ; audits/PSEA	Assessment initial	Réseau et procédures fonctionnels J180 ; capacité réactivable M18	Registres, audits, formations

11.1. Revues de performance

Des revues sont organisées à J30, J60, J90, J180, M12 et M18. Elles examinent la couverture, les signaux critiques, le délai évidence-action, l'exécution ALLCE, les obstacles persistants, les risques et la nécessité de réallouer les ressources.

11.2. Tableau de bord Primature

- Nombre et pourcentage de zones prioritaires couvertes.
- Nombre de signaux communautaires critiques détectés.
- Pourcentage des signaux critiques ayant entraîné une action documentée.
- Délai médian signal → décision → action.
- Nombre de diagnostics P-FIM et microplans opérationnels.
- Délai d'accès au financement ALLCE pour les actions urgentes.
- Évolution des contacts non suivis et refus liés aux facteurs communautaires.
- Montant et part des ressources exécutées à travers les acteurs nationaux et communautaires.
- Niveau d'exécution financière et programmatique.
- Nombre de risques critiques non résolus.

12. GESTION DES RISQUES, PROTECTION ET CONFORMITÉ

Risque	Effet possible	Mesures principales
Insécurité / accès	Interruption ou retard	Acteurs locaux, analyse d'accès, adaptation et réallocation.
Mouvements de population	Déplacement du risque	ICA, corridors, réactivation et réserve rapide.
Retards administratifs	Perte de la fenêtre épidémiologique	Procédures proportionnées, préqualification, délégations claires.

Fraude / détournement	Perte de ressources et confiance	Due diligence, séparation fonctions, contrôles, audits, signalement.
Conflits d'intérêts / capture	Sélection biaisée	Déclarations, registre, récusation, sélection transparente.
PSEA / protection	Préjudice aux personnes	Code de conduite, mécanisme confidentiel, référencement et sanctions.
Qualité des données	Mauvaises décisions	Triangulation, supervision, vérification et protection des données.
Désinformation / perte de confiance	Refus et résistance	Écoute, médiation, P-FIM, feedback et adaptation.

13. DURABILITÉ ET HÉRITAGE NATIONAL

La durabilité ne signifie pas maintenir l'intégralité des dépenses d'urgence après 18 mois. Elle consiste à préserver les capacités qui permettent de répondre plus vite à la prochaine flambée : réseau ICA, pool de facilitateurs P-FIM, procédures ALLCE, registre d'acteurs préqualifiés, outils de données, mécanismes de conformité et mémoire des solutions communautaires.

Les principes développés pour Ebola peuvent également soutenir la préparation à d'autres épidémies. Les documents ALLCE envisagent déjà une utilisation de la capacité pour le Mpox, le choléra, la rougeole, la fièvre jaune et de futures menaces sanitaires.

- Institutionnalisation d'un réseau permanent de veille communautaire.
- Maintien d'un registre national de partenaires préqualifiés.
- Formation de formateurs P-FIM et transfert de compétences.
- Conservation des procédures ALLCE et possibilité de réactivation rapide.
- Capitalisation des solutions, échecs et enseignements.
- Intégration progressive des outils communautaires dans les mécanismes nationaux de préparation.

14. DÉCISIONS SOLLICITÉES AUPRÈS DE LA

14. DÉCISIONS SOLLICITÉES AUPRÈS DE LA PRIMATURE

1. Approuver le PNACRE-Ebola comme programme national d'urgence placé sous la tutelle de la Primature.
2. Confier au Ministère de la Santé la supervision sanitaire et l'articulation avec la riposte nationale.
3. Confier au CONAFOHD-RDC la direction technique et opérationnelle du programme.
4. Autoriser l'opérationnalisation d'ALLCE comme mécanisme de financement rapide des acteurs communautaires et nationaux, selon des procédures fiduciaires approuvées.
5. Autoriser le démarrage immédiat de la préparation opérationnelle et du déploiement dans les zones prioritaires.
6. Mandater les structures concernées pour finaliser, avec le CONAFOHD, le manuel opérationnel, les procédures de financement et le dispositif de suivi.

15. ANNEXES OPÉRATIONNELLES À JOINDRE ? Annexe 1 ? Cadre logique PNACRE-Ebola.



- Annexe 3 – Chronogramme de la phase intensive de 90 jours et phasage sur 18 mois.
- Annexe 4 – Architecture ALLCE et procédures de financement.
- Annexe 5 – Protocole opérationnel P-FIM adapté au PNACRE.
- Annexe 6 – Cadre ICA et tableau de bord communautaire.
- Annexe 7 – Matrice de risques, conformité, PSEA et mécanisme de plaintes.
- Annexe 8 – Cartographie des zones prioritaires après validation gouvernementale.

16. NOTE DE TRAÇABILITÉ DOCUMENTAIRE

Le présent projet consolide les orientations issues du Livre blanc sur la gouvernance communautaire de l’épidémie d’Ebola, de l’Action Locale de Lutte Contre Ebola (ALLCE), des documents opérationnels P-FIM Ebola et de la Contribution technique du CONAFOHD à l’amélioration du Plan de riposte Ebola 2026.

Les éléments directement soutenus par ces documents comprennent notamment : la logique d’écoute et d’analyse des déterminants P-FIM ; l’articulation P-FIM/ALLCE ; les trois fenêtres ALLCE ; le mécanisme de réponse rapide ; le renforcement institutionnel ; l’importance de l’anticipation territoriale et de la localisation ; l’intégration des évidences communautaires aux décisions ; et le phasage J0-J7, J8-J30, J31-J90 et J91-J180.

Les éléments suivants constituent des propositions nouvelles de mise à l’échelle et sont soumis à validation gouvernementale : l’appellation PNACRE-Ebola ; son rattachement direct à la Primature ; la répartition précise des responsabilités institutionnelles dans cette forme ; et l’étendue géographique finale.

Références principales

- CONAFOHD-RDC. Livre blanc sur la gouvernance communautaire de l’épidémie d’Ebola en République démocratique du Congo, 2026.
- CONAFOHD-RDC. Action Locale de Lutte Contre Ebola (ALLCE), 2026.
- CONAFOHD-RDC. Contribution technique à l’amélioration du Plan MVE-BDBV, août 2026.
- CONAFOHD-RDC. Protocole opérationnel P-FIM Ebola et documents associés, 2026.

ANNEXES CONSOLIDÉES

L’annexe 1 reprend le cadre logique validé dans le dossier de travail. Les annexes techniques suivantes sont intégrées dans leur version opérationnelle.

ANNEXE 1 – CADRE LOGIQUE PNACRE–EBOLA

Niveau / Résultat	Formulation	Indicateurs objectiveme nt vérifiables	Situation de référence	Cibles proposées	Sources de vérificati on	Hypothèse s / risques
IMPACT	Contribuer à l'interruption plus rapide et durable des chaînes de transmission d’Ebola grâce à une meilleure anticipation, compréhension	Délai signal critique → réponse ; alertes tardives ; contacts non suivis pour motifs communautair es ; refus liés	À établir au démarrage .	J180 : amélioration démontrable des délais et indicateurs communautaires. M18 : mécanisme national fonctionnel réactivable.	SGI/DPS/Z S ; surveillance ; ICA ; P-FIM ; CREC ; rapports PNACRE ; évaluations .	Accès ; disponibilité des données ; coordination ; évolution de l’épidémie.



	des déterminants communautaires et capacité d'action rapide au niveau territorial.	aux mesures ; tendances épidémiologiques analysées en contribution.				
R1 – Détection / ICA	Les signaux communautaires susceptibles d'influencer la transmission sont détectés, analysés et transmis suffisamment tôt.	% zones avec ICA ; signaux critiques ; % avec décision/action ; délai signal → décision ; territoires reclassifiés.	À établir J0-J14.	J180 : ICA fonctionnelle dans 100 % des zones prioritaires activées. M18 : dispositif réutilisable.	Dashboard ICA ; rapports provinciaux ; revues ; base PNACRE.	Remontée insuffisante ; connectivité ; qualité des données.
R2 – P-FIM	Les obstacles sociaux, économiques, comportementaux et culturels sont identifiés et traduits en solutions opérationnelles.	Diagnostics P-FIM ; % déterminants actionnables ; microplans ; problèmes avec solution ; adaptations issues d'évidences P-FIM.	Premier cycle P-FIM.	J30 : premiers diagnostics/microplans. J90 : cycles d'adaptation. J180 : usage régulier selon besoins.	Rapports P-FIM ; microplans ; matrices ; revues.	Diagnostic sans action ; participation superficielle.
R3 – ALLCE	Les organisations communautaires et nationales disposent rapidement des ressources nécessaires pour agir.	Montant/% transférés ; acteurs financés ; délai validation → décaissement ; exécution ; % actions liées à un déterminant documenté.	À établir.	J30 : première vague. J180 : mécanisme opérationnel dans les zones prioritaires. M18 : dispositif audité/réutilisable.	Base ALLCE ; contrats ; finance ; rapports ; audits.	Retards ; capacité variable ; fraude ; conflits d'intérêts.
R4 – Prévention territoriale	Les zones affectées, corridors et territoires à haut risque disposent de capacités communautaires de détection et de prévention.	% zones/corridors couverts ; alertes communautaires ; territoires avec mesures préventives ; délai reclassification → activation ; points de	Cartographie J0-J14.	J30 : cartographie opérationnelle. J180 : dispositif fonctionnel dans les principaux corridors. M18 : capacité durable.	ICA ; DPS/ZS ; cartographie ; Fora/ONG	Mobilité ; insécurité ; accès limité.

		mobilité couverts.				
R5 – Confiance / protection	Les contraintes limitant l'adhésion sont réduites et les ménages affectés mieux accompagnés.	Refus de suivi ; refus EDS ; retards de soins ; confiance ; ménages appuyés ; % appuis facilitant les mesures sanitaires.	À établir par zone.	J180 : tendance favorable documentée des indicateurs de confiance d'adhésion.	CREC ; P-FIM ; ICA ; suivi contacts ; feedback.	Désinformation ; violences ; stigmatisation ; attentes financières.
R6 – Capacités nationales	La RDC dispose d'une capacité nationale renforcée pour l'action communautaire en urgence sanitaire.	Acteurs préqualifiés ; formateurs P-FIM ; organisations renforcées ; registre ; plaintes/PSEA ; audits ; outils ICA/P-FIM/ALLCE.	Assessments initial.	J180 : réseau, procédures et contrôles fonctionnels. M18 : capacité nationale réactivable.	Assessments ; registre ; formations ; audits ; PSEA ; capitalisation.	Rotation ; dépendance ; transfert de compétences.

AI.1. Produits principaux

N°	Produit attendu	Résultat lié	Échéance indicative
P1	Cartographie dynamique des zones affectées, corridors et territoires à haut risque.	R1 / R4	J14 puis continu
P2	Réseau ICA fonctionnel dans les zones prioritaires.	R1	J30–J180
P3	Diagnostics P-FIM et microplans dans les zones présentant des obstacles prioritaires.	R2	J30 puis cycles adaptatifs
P4	Trois fenêtres ALLCE opérationnelles.	R3	J30–J60
P5	Micro-actions locales financées sur la base de déterminants documentés.	R2 / R3	Dès J30
P6	Dispositifs renforcés pour alertes, contacts, rumeurs, EDS, référencement et corridors.	R4 / R5	J30–J180

P7	Mécanisme ciblé d'accompagnement des ménages affectés.	R5	Dès J30
P8	Registre d'acteurs préqualifiés et des renforcement des capacités.	R3 / R6	J60-J180
P9	Tableau de bord national communautaire.	R1 / R6	J30 puis continu
P10	Contrôle financier, PSEA, plaintes, risques et audit opérationnels.	R3 / R6	Continu

AI.2. Tableau de bord stratégique – Primature

N°	Indicateur stratégique	Baseline	Cible / seuil	Fréquence	Source
1	Nombre et % de zones prioritaires couvertes	J0-J14	100 % des zones prioritaires activées avec paquet défini	Hebdo	PNACRE / provinces
2	Signaux communautaires critiques détectés	À établir	Suivi de tendance ; aucun signal critique non trié	Hebdo	ICA
3	% des signaux critiques ayant entraîné une action	À établir	À fixer après premier mois	Hebdo	ICA / décisions
4	Délai médian signal → décision → action	À établir	Réduction progressive vs baseline	Hebdo	ICA / P-FIM / ALLCE
5	Diagnostics P-FIM et microplans opérationnels	0	Premiers microplans à J30 ; cycles selon besoins	Mensuel	P-FIM
6	Délai médian d'accès au financement ALLCE urgent	À établir	À valider dans le manuel opérationnel	Mensuel	ALLCE
7	Contacts non suivis / refus pour facteurs communautaires	Par zone	Tendance favorable documentée	Hebdo	Riposte / CREC / P-FIM
8	Montant et part exécutés via acteurs nationaux/communautaires	À établir	Cible de localisation à valider	Mensuel	Finance / ALLCE
9	Exécution financière et programmatique	0 %	Conforme au plan et décaissements	Mensuel	Finance / M&E
10	Risques critiques non résolus	0 à ouverture	0 sans mesure de traitement	Hebdo	Risques / conformité

Note méthodologique : les baselines doivent être établies au démarrage. Les changements épidémiologiques sont analysés comme contribution du PNACRE à la riposte, non comme attribution exclusive.

		fiduciaire ; programmation M4–M18.		
--	--	------------------------------------	--	--

A3.2. Phasage M4–M18

Période	Orientation	Actions	Décision attendue
M4–M6	Consolidation immédiate	Maintenir les acquis des 90 jours ; poursuivre les actions dans les zones actives ; renforcer les consortiums et corriger les faiblesses identifiées.	Réallocation post-J90 et priorités M4–M6.
M7–M12	Extension ciblée et institutionnalisation	Étendre aux nouveaux risques ; formation de formateurs ; consolidation du registre d'acteurs ; intégration des outils ICA/P-FIM/ALLCE.	Revue M12 et priorités de consolidation.
M13–M15	Préparation durable	Réduction progressive des coûts d'urgence dans les zones stabilisées ; maintien de la veille ; documentation des modèles efficaces.	Plan de sortie différencié par territoire.
M16–M18	Transition	Évaluation finale ; capitalisation ; transfert des outils ; plan de réactivation rapide ; recommandations de financement futur.	Décision M18 sur mécanisme permanent.

A3.3. Jalons de gestion

- J7 : système de démarrage activé.
- J30 : premiers diagnostics, microplans et financements.
- J60 : première adaptation structurée du portefeuille.
- J90 : revue intermédiaire de performance et de risques.
- J180 : bilan de la phase d'urgence.
- M12 : revue de consolidation.
- M18 : évaluation finale et décision de transition.

ANNEXE 4 – ARCHITECTURE ALLCE ET PROCÉDURES DE FINANCEMENT

ALLCE est le mécanisme de financement localisé du PNACRE. Les trois fenêtres sont issues de la proposition ALLCE : acteurs communautaires de première ligne, ONG nationales et consortiums nationaux. Les montants ci-dessous sont des paramètres PNACRE à valider dans le manuel fiduciaire.



A4.1. Fenêtres de financement

Fenêtre	Bénéficiaires	Type d'action	Fourchette PNACRE proposée	Modalité
Fenêtre 1 – Communautaire	OCB, groupes de femmes/jeunes, survivants, structures confessionnelles, réseaux communautaires	Micro-actions liées à un déterminant documenté	2 500–10 000 USD	Procédure accélérée et contrôle simplifié proportionné.
Fenêtre 2 – ONG nationales	ONG congolaises préqualifiées, Fora ou structures éligibles	Interventions territoriales/provinciales	10 000–250 000 USD	Appel ciblé ou activation rapide selon risque.
Fenêtre 3 – Consortiums nationaux	Consortiums d'organisations nationales	Interventions multi-zones, corridors, assistance technique	250 000–5 000 000 USD	Sélection renforcée, due diligence complète et jalons de performance.

A4.2. Cycle de financement

1. Signal / besoin : ICA, P-FIM, données de la riposte ou analyse territoriale identifient un problème prioritaire.
2. Validation technique : confirmation du lien entre problème, déterminant, solution et résultat attendu.
3. Identification du porteur : acteur préqualifié ou sélection selon la fenêtre concernée.
4. Contrôle de conformité : éligibilité, sanctions, conflits d'intérêts, PSEA, capacité financière et risques.
5. Décision : approbation selon les seuils de délégation définis dans le manuel.
6. Contractualisation et décaissement : modalités adaptées au montant et au risque.
7. Mise en œuvre et suivi : vérification des produits, feedback communautaire et suivi financier.
8. Clôture / adaptation : justification, apprentissage, audit si requis et décision de poursuivre, adapter ou arrêter.

A4.3. Dossier minimum de micro-action

- Problème observé et source de l'évidence.
- Déterminant identifié.
- Solution co-construite.
- Responsable de mise en œuvre.
- Budget simplifié.
- Délai d'exécution.
- Indicateur de changement.
- Risques et mesures de mitigation.
- Validation communautaire et technique.

A4.4. Critères d'éligibilité

Critère	Exigence minimale
Pertinence	Lien clair avec Ebola, la prévention territoriale ou un déterminant documenté.
Présence	Capacité démontrée à agir dans la zone ciblée.



Capacité	Gouvernance, gestion financière et capacité opérationnelle proportionnées au financement.
Protection	Engagement PSEA, code de conduite et mécanisme de signalement.
Redevabilité	Capacité de rendre compte aux communautés et au programme.
Non-duplication	Vérification de l'absence de double financement de la même activité.
Conflits d'intérêts	Déclaration obligatoire et récusation lorsque nécessaire.

A4.5. Contrôles fiduciaires

- Due diligence proportionnée.
- Séparation sélection/approbation/paiement/contrôle.
- Vérification des bénéficiaires.
- Décaissements par tranches pour financements importants.
- Contrôles aléatoires et visites terrain.
- Audit externe indépendant.
- Canal confidentiel fraude/PSEA.
- Suspension et récupération des fonds en cas d'irrégularité selon les clauses contractuelles.

Note : l'ancien objectif de 72 heures figurant dans les documents P-FIM était une proposition opérationnelle pour des micro-actions prévalidées. Dans le PNACRE, le délai cible devra être formellement validé par le manuel de financement avant d'être présenté comme engagement.

ANNEXE 5 – PROTOCOLE OPÉRATIONNEL P-FIM ADAPTÉ AU PNACRE

P-FIM ne remplace pas la surveillance, la vaccination, les CTE, la prise en charge clinique, la PCI, la CREC, le suivi des contacts ou les EDS. Il complète ces mécanismes lorsqu'une intervention techniquement correcte rencontre un obstacle communautaire insuffisamment compris.

A5.1. Critères de déclenchement

- Refus persistants de suivi des contacts ou augmentation des perdus de vue pour motifs communautaires.
- Refus répétés d'EDS ou enterrements clandestins.
- Alertes tardives ou recours tardif aux soins.
- Rumeurs ou perceptions susceptibles de modifier les comportements de prévention.
- Déplacements ou comportements à risque insuffisamment expliqués.
- Écart important entre l'intervention proposée et l'adhésion observée.
- Signal ICA jugé critique nécessitant une analyse qualitative rapide.

A5.2. Cycle P-FIM

Étape	Question opérationnelle	Produit
1. Observer	Quel problème communautaire affecte la réponse ?	Problème prioritaire défini.
2. Écouter	Que vivent et expliquent les différents groupes ?	Données qualitatives structurées.
3. Analyser	Quels déterminants réels expliquent le problème ?	Hypothèses de déterminants.



4. Restituer	Avons-nous bien compris ?	Validation/correction communautaire.
5. Co-construire	Que peut faire la communauté et de quoi a-t-elle besoin ?	Solutions et microplan.
6. Agir	Quelle solution peut être mise en œuvre rapidement ?	Action financée / adaptation.
7. Mesurer	Qu'est-ce qui change après l'action ?	Mesure avant-après et décision.

A5.3. Composition indicative d'une équipe

- Facilitateur P-FIM.
- Rapporteur / gestionnaire de données.
- Représentant de l'organisation locale ou du Forum.
- Point focal technique selon le problème (CREC, surveillance, protection, etc.).
- Interprète ou facilitateur culturel si nécessaire.

A5.4. Méthodes

- Discussions de groupe séparées lorsque nécessaire pour réduire les rapports de pouvoir.
- Entretiens ciblés et visites de communication bilatérale.
- Observation contextuelle.
- Restitution communautaire systématique.
- Triangulation avec ICA, CREC, surveillance et données opérationnelles disponibles.

A5.5. Microplan standard

Champ	Contenu à renseigner
Problème	Difficulté précise observée.
Déterminant	Cause sociale, économique, culturelle, institutionnelle ou comportementale identifiée.
Solution	Action co-construite répondant directement au déterminant.
Responsable	Acteur chargé de l'action.
Financement	Source / fenêtre ALLCE / autre pilier.
Délai	Date de démarrage et durée.
Indicateur	Changement observable attendu.
Feedback	Modalité de retour vers la communauté.

A5.6. Principes de qualité et protection

- Consentement et participation volontaire.
- Ne pas collecter de données personnelles non nécessaires.
- Confidentialité des témoignages.
- Attention spécifique aux femmes, jeunes, survivants et groupes marginalisés.
- Ne pas créer de promesse de financement avant validation.
- Référer immédiatement les incidents de protection ou PSEA.
- Restituer les conclusions aux communautés.

A5.7. Produits attendus et délais

Produit	Moment indicatif
Fiche de déclenchement	J0 du cycle
Collecte qualitative	J1-J3 selon contexte
Analyse et restitution	J2-J5



Microplan	Immédiatement après validation
Orientation financement / pilier	Après validation technique
Mesure de changement	Selon délai de l'action
Rapport court d'apprentissage	À la clôture du cycle

ANNEXE 6 – CADRE D'INTELLIGENCE COMMUNAUTAIRE ANTICIPATIVE (ICA)

L'ICA est proposée dans le Livre blanc comme capacité permanente de veille communautaire. Dans le PNACRE, elle sert à identifier des signaux faibles, les qualifier, les croiser avec les informations sanitaires disponibles et déclencher une action proportionnée.

A6.1. Catégories de signaux

Catégorie	Exemples de signaux	Orientation possible
Alertes / soins	Retard de recours, malade caché, décès inhabituel, difficulté de référencement	Surveillance / ZS / P-FIM selon besoin.
Contacts	Refus, disparition, déplacement, difficulté de suivi	Surveillance + analyse communautaire.
EDS	Refus, enterrement clandestin, tension autour des équipes	EDS/CREC + P-FIM si répétitif.
Confiance / rumeurs	Rumeur, accusation, menace, rejet d'une mesure	CREC / médiation / P-FIM.
Mobilité	Départ massif, flux vers corridor, déplacement d'un groupe exposé	Cartographie / prévention territoriale.
Protection	Stigmatisation, exclusion, violence, exploitation/abus	Protection/PSEA et référencement.
Capacité locale	Rupture de moyens, absence d'acteur, surcharge	Coordination / ALLCE / renforcement.

A6.2. Classification opérationnelle proposée

Niveau	Définition	Action
VERT – Veille	Signal isolé, faible impact immédiat	Enregistrer et suivre.
JAUNE – Attention	Signal répété ou risque plausible	Vérifier, trianguler, orienter.
ORANGE – Prioritaire	Risque élevé d'affecter la riposte ou la propagation	Analyse rapide, P-FIM ou action ciblée.
ROUGE – Critique	Menace immédiate pour transmission, sécurité ou protection	Escalade immédiate, décision et réponse rapide.

Cette échelle de couleur est une proposition PNACRE destinée au dashboard ; elle doit être validée avec les autorités sanitaires avant utilisation officielle.

A6.3. Fiche minimale de signal

Champ	Contenu
Date / lieu	Quand et où le signal est observé.
Source	Catégorie de source, sans exposer inutilement l'identité.
Signal	Description factuelle et concise.



Catégorie	Alerte, contact, EDS, rumeur, mobilité, protection, capacité.
Niveau	Vert / Jaune / Orange / Rouge après triage.
Vérification	Éléments de triangulation disponibles.
Orientation	Pilier / acteur responsable.
Décision	Action prise ou justification de non-action.
Statut	Ouvert / en traitement / clôturé.
Résultat	Changement ou information de clôture.

A6.4. Tableau de bord communautaire

Indicateur	Fréquence	Niveau de lecture
Nombre de signaux reçus par catégorie	Hebdomadaire	Territoire / province / national
% de signaux critiques vérifiés	Hebdomadaire	Province / national
% de signaux critiques ayant entraîné une action	Hebdomadaire	Province / national
Délai médian signal → décision	Hebdomadaire	Province / national
Délai médian décision → action	Hebdomadaire	Province / national
Nombre de cycles P-FIM déclenchés	Mensuelle	Province / national
Montant ALLCE déclenché par évidences	Mensuelle	Province / national
Zones dont le niveau de risque a changé	Hebdomadaire	National
Signaux critiques non résolus	Hebdomadaire	Primature / Santé / CONAFOHD

A6.5. Circuit d'escalade

Communauté / acteur local → Forum ou point focal territorial → coordination technique CONAFOHD → structure sanitaire/pilier compétent selon la nature du signal. Les signaux rouges sont transmis sans attendre la revue périodique. Le dashboard ne se substitue pas aux systèmes officiels de notification des alertes sanitaires.

ANNEXE 7 – RISQUES, CONFORMITÉ, PSEA ET PLAINTES

A7.1. Matrice de risques

Risque	Probabilité	Impact	Mesures préventives correctives /	Responsable
Insécurité et accès	Élevée	Élevé	Analyse d'accès ; acteurs locaux ; scénarios alternatifs ; réallocation.	Coordination technique partenaires /
Déplacements de population	Élevée	Élevé	ICA ; corridors ; cartographie dynamique ; réserve rapide.	ICA / coordination



Retards administratifs	Moyenne	Élevé	Préqualification ; seuils de délégation ; procédures proportionnées.	Gestion PNACRE
Capacité fiduciaire variable	Moyenne	Élevé	Assessment ; coaching ; tranches ; contrôles.	Finance / conformité
Fraude / détournement	Moyenne	Élevé	Due diligence ; séparation fonctions ; audits ; whistleblowing.	Conformité / audit
Conflits d'intérêts	Moyenne	Élevé	Déclarations ; registre ; récusation ; supervision indépendante.	Gouvernance
Capture / favoritisme	Moyenne	Élevé	Critères publiés ; comité de sélection ; traçabilité ; audits.	ALLCE / conformité
PSEA / abus	Moyenne	Très élevé	Code de conduite ; formation ; canal confidentiel ; référencement ; sanctions.	Point focal PSEA
Données sensibles	Moyenne	Élevé	Minimisation ; accès contrôlé ; anonymisation ; protocole de partage.	Data / M&E
Désinformation / hostilité	Élevée	Élevé	Écoute ; médiation ; leaders ; P-FIM ; communication adaptée.	CREC / acteurs locaux
Retard évidence→action	Moyenne	Élevé	Dashboard délais ; escalade ; revue hebdomadaire ; décision documentée.	Direction technique
Duplication de financement	Moyenne	Moyen	5W/portefeuille ; vérification avant engagement ; coordination.	Finance / coordination

A7.2. Exigences minimales de conformité

- Vérification juridique et institutionnelle du partenaire.
- Vérification des coordonnées bancaires et des signataires.
- Déclaration de conflits d'intérêts.
- Code de conduite et engagement PSEA.
- Évaluation proportionnée de la capacité financière.
- Contrôle de non-duplication.
- Clauses de fraude, corruption, audit et récupération.
- Conservation des pièces justificatives selon les règles approuvées.



A7.3. PSEA

Tout partenaire financé doit disposer au minimum d'un code de conduite, d'un point focal ou mécanisme désigné, d'une procédure confidentielle de signalement et d'un dispositif de référencement. Les plaintes PSEA ne sont pas traitées comme de simples plaintes programmatiques et suivent une voie protégée limitant l'accès à l'information.

A7.4. Mécanisme de plaintes et feedback

Canal	Usage	Exigence
Point focal communautaire	Feedback et plaintes générales	Accessibilité, confidentialité selon le cas.
Téléphone / messagerie	Feedback à distance	Numéro dédié et registre sécurisé.
Boîte à plaintes / dispositif local	Plaintes écrites	Emplacement accessible et collecte régulière.
Canal confidentiel PSEA/fraude	Cas sensibles	Accès restreint, non-rétorsion, référencement.
Restitution communautaire	Réponse collective aux enjeux récurrents	Boucle de feedback documentée.

A7.5. Traitement des plaintes

8. Réception et enregistrement sécurisé.
9. Classification : programme, finance/fraude, protection/PSEA, sécurité.
10. Accusé de réception lorsque possible et sûr.
11. Orientation vers le responsable compétent.
12. Investigation ou traitement proportionné.
13. Décision et mesures correctives.
14. Retour au plaignant lorsque possible.
15. Clôture, anonymisation et analyse des tendances.

ANNEXE 8 – CADRE DE CARTOGRAPHIE ET PRIORISATION DES ZONES

La cartographie finale ne peut pas être produite de manière crédible avant validation des données sanitaires et territoriales actualisées. Cette annexe fournit donc l'outil de priorisation à renseigner dès J0. Elle évite d'inscrire dans le projet une liste figée qui pourrait devenir obsolète.

A8.1. Trois catégories territoriales

Catégorie	Définition	Réponse PNACRE
Cercle 1 – Transmission active	Territoires avec transmission active ou risque immédiat directement lié à un foyer.	Paquet intensif : ICA, P-FIM, ALLCE, surveillance, médiation, appui ménages.
Cercle 2 – Ceinture / corridor	Territoires connectés aux foyers par mobilité, commerce, routes, fleuve, marchés, mines ou déplacements.	Veille renforcée, prévention, acteurs préqualifiés, financement rapide.
Cercle 3 – Haut risque	Territoires sans transmission active mais présentant vulnérabilité, mobilité ou faible capacité.	Préparation, cartographie, réseau d'alerte, formation et prépositionnement.



A8.2. Grille de scoring proposée

Critère	Score 0	Score 1	Score 2	Score 3
Situation épidémiologique	Aucun signal	Signal indirect	Alerte / proximité	Transmission active
Mobilité connexion /	Faible	Modérée	Forte	Corridor majeur / déplacement massif
Signaux communautaires	Aucun	Isolés	Répétés	Critiques / persistants
Suivi des contacts / adhésion	Stable	Difficultés ponctuelles	Difficultés fréquentes	Rupture majeure
Capacité locale	Forte	Acceptable	Faible	Très faible / absence
Accès vulnérabilité /	Faible contrainte	Modérée	Élevée	Très élevée

Proposition de lecture : 0–5 = veille ; 6–9 = haut risque ; 10–13 = ceinture prioritaire ; 14–18 = intervention intensive. Ce seuil est un outil PNACRE à tester et valider ; il ne constitue pas une classification épidémiologique officielle.

A8.3. Fiche de priorisation territoriale

Champ	À renseigner
Province / territoire / ZS	
Catégorie actuelle	Cercle 1 / 2 / 3
Score total	0–18
Justification sanitaire	
Justification mobilité	
Signaux ICA/P-FIM	
Capacités locales disponibles	
Acteurs préqualifiés	
Paquet PNACRE recommandé	
Budget indicatif initial	
Date de revue	
Décision	Maintenir / intensifier / réduire / sortir

A8.4. Processus d'actualisation

- Mise à jour hebdomadaire pendant la phase aiguë.
- Reclassification immédiate lorsqu'un signal rouge ou une évolution sanitaire majeure survient.
- Validation technique de la priorisation avec les structures sanitaires compétentes.
- Réallocation des ressources PNACRE selon la nouvelle catégorie.
- Archivage des décisions afin de documenter pourquoi une zone a été intensifiée ou dépriorisée.

A8.5. Carte nationale à produire à J7–J14

La carte opérationnelle devra afficher au minimum : zones de transmission active ; ceintures de prévention ; corridors majeurs ; territoires à haut risque ; hubs de coordination ; partenaires préqualifiés ; principaux points de mobilité ; contraintes d'accès. Elle devra être datée et porter une mention indiquant qu'elle reflète une situation dynamique.

NOTE FINALE DE VALIDATION

Ces annexes sont prêtes pour intégration au dossier PNACRE. Les éléments issus des documents CONAFOHD ont été conservés dans leur logique : P-FIM comme méthode de compréhension et co-construction ; ALLCE comme mécanisme de financement localisé ; phase intensive J0–J90 ; importance de l'anticipation, de la localisation, de la conformité et de la traduction des évidences en décisions.



Les seuils financiers, l'échelle ICA par couleurs, le scoring territorial, les volumes de couverture et les modalités détaillées de délégation sont des propositions opérationnelles PNACRE. Ils doivent être validés par le Gouvernement et les structures compétentes avant d'acquiescer un caractère normatif.

NOTE DE PARTAGE ET DE VALIDATION

Le présent dossier regroupe en un seul document le projet détaillé PNACRE-Ebola et ses huit annexes
NOTE DE PARTAGE ET DE VALIDATION

Le présent dossier regroupe le projet détaillé PNACRE-Ebola et ses annexes techniques, à l'exception de l'annexe budgétaire. Il est destiné à la présentation et à la discussion avec la Primature, le Ministère de la Santé et les partenaires techniques.

Les éléments structurants issus des documents de référence du CONAFOHD ont été conservés. Les paramètres opérationnels, le scoring territorial et certaines modalités ICA restent soumis à validation gouvernementale et technique.