AFRICA INITIATIVE PROGRAMME

Organisation non gouvernementale de développement | fondée en 1998
Kinshasa | Bunia | République démocratique du Congo

RAPPORT NARRATIF

PREMIÈRE PHASE

Riposte communautaire à la maladie à virus Ebola

Province de l'Ituri | Ville de Bunia

Période couverte	Du 22 mai au 22 juin 2026
Préparé par	Africa Initiative Programme (AIP), Kinshasa, République démocratique du Congo
Date	Juin 2026
Avec le soutien de	Donateurs individuels | L'organisation de la diaspora congolaise

Ensemble nous relevons les défis

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire

1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF 4
3. CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA EN ITURI 9
3.1 Situation épidémiologique 9
3.2 Un contexte humanitaire particulièrement fragile 9
3.3 Forte mobilité de la population 9
3.4 Défis liés à la communication sur les risques 10
3.5 Pourquoi l'intervention communautaire était essentielle 10
3.6 La contribution d'AIP à la riposte 10
6. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION 13
6.1 Objectif général 13
6.2 Objectifs spécifiques 13
1. Renforcer les connaissances de la communauté sur la maladie à virus Ebola 13
2. Lutter contre les rumeurs, la désinformation et les croyances susceptibles de compromettre la riposte 13
3. Promouvoir l'adoption de comportements préventifs 14
4. Renforcer l'engagement communautaire dans la lutte contre Ebola 14
5. Atteindre les groupes de population les plus exposés ou les moins couverts 14
6. Compléter les efforts des autorités sanitaires 14
6.3 Approche de mise en œuvre 14
6.4 Résultats attendus 15
7. MÉTHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE 15
7.1 Approche générale 15
7.2 Planification des activités 15
7.3 Mobilisation et organisation de l'équipe 15
7.4 Coordination avec les parties prenantes 16
7.5 Préparation logistique 16
7.6 Déroulement des séances de sensibilisation 16
7.7 Recueil des observations de terrain 17
7.8 Suivi des activités 17
7.9 Une approche de proximité 17
9. RÉSULTATS OBTENUS 23
9.1 Résultats quantitatifs 23
Mobilisation des ressources humaines 23
Sensibilisation communautaire 23
Appui logistique 23
9.2 Résultats qualitatifs 24
9.3 Principales observations de terrain 24
9.4 Valeur ajoutée de l'intervention 24
10. ANALYSE DES RÉSULTATS ET IMPACT DE L'INTERVENTION 25
10.1 Changements observés 25
10.2 Limites de la première phase 26
10.3 Perspectives 26
11. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES 26
11.1 Persistance des rumeurs et de la désinformation 26
11.2 Accès limité à certains groupes de population 26

11.3 Ressources financières limitées 27
11.4 Défis logistiques 27
11.5 Défis liés au changement de comportement 27
12. LEÇONS APPRISES 27
12.1 La confiance est le premier outil de prévention 27
12.2 Le dialogue est plus efficace que les campagnes de sensibilisation descendantes 28
12.3 Les leaders communautaires sont des intermédiaires essentiels 28
12.4 La communication doit être continue 28
12.5 Les organisations locales jouent un rôle stratégique 28
13. SUITE : LA DEUXIÈME PHASE 28
14. SUIVI, REDEVABILITÉ ET GESTION DES RESSOURCES 29
14.1 Suivi des activités 29
14.2 Gestion financière 29
14.3 Redevabilité envers les partenaires 29
14.4 Redevabilité envers les communautés 30
15. CONCLUSION 30
16. REMERCIEMENTS 31
17. ANNEXES 31
ANNEXE 1 : CHRONOLOGIE DÉTAILLÉE DE MISE EN ŒUVRE ..... Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 2 : SITES D'INTERVENTION 32
Sites couverts durant la première phase 32
Ville de Bunia 32
ANNEXE 3 : DONNÉES DE PARTICIPATION PAR ACTIVITÉ 32
Équipe de mise en œuvre 32
ANNEXE 6 : SUPPORTS DE COMMUNICATION UTILISÉS 33
Supports utilisés 33
ANNEXE 7 : ÉTAT DES DÉPENSES ET UTILISATION DES CONTRIBUTIONS 33
ANNEXE 9 : CARTOGRAPHIE DES ZONES D'INTERVENTION 33
Première phase 33
ANNEXE 10 : PARTENAIRES ET CONTRIBUTEURS 34
Autorités publiques 34
Structures communautaires 34
Personnel technique 34
Soutien financier 34
Experts ayant contribué aux activités 34

1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Au cours du premier semestre 2026, la province de l'Ituri a été confrontée à une résurgence de la maladie à virus Ebola (MVE), causée par la souche Bundibugyo, dans un contexte d'insécurité persistante, de déplacements de populations, d'accès limité aux services de santé et de désinformation généralisée. Ces risques cumulés ont accru l'importance d'une communication communautaire rapide et de confiance, en complément de la riposte de santé publique.

En réponse, Africa Initiative Programme (AIP) a rapidement mobilisé une équipe basée localement pour appuyer les efforts de communication sur les risques et d'engagement communautaire (CREC) à Bunia. La première phase a priorisé les populations et les milieux relativement difficiles à atteindre par les canaux de sensibilisation conventionnels, notamment les personnes privées de liberté, les femmes et les mineurs en détention, les communautés religieuses et les populations vivant dans des environnements vulnérables.

Du 22 mai au 22 juin 2026, AIP a mis en œuvre la première phase de sa riposte communautaire à Bunia. L'intervention a combiné la préparation des équipes, la coordination avec les autorités locales et les autorités des établissements, des séances de sensibilisation ciblées, la diffusion de messages de prévention, le recueil des retours de la communauté et une distribution limitée de matériel de protection sur des sites sélectionnés.

Pendant la période couverte par le rapport, l'intervention a touché environ 410 personnes directement et, selon les estimations, 2 800 personnes indirectement. L'engagement direct a concerné des détenus adultes, des mineurs, des femmes et des filles en détention, ainsi que des membres de communautés religieuses.

Parmi elles :

- plus de 120 détenus adultes à la prison centrale de Bunia ;
- 43 mineurs âgés de 13 à 17 ans ;
- 67 femmes et filles détenues ;
- environ 180 fidèles, dont des responsables religieux, dans les trois églises ciblées (60 par église).

Au-delà des chiffres de portée, la première phase a produit des informations opérationnelles utiles sur les obstacles susceptibles de compromettre les efforts de prévention. Les équipes de terrain ont documenté des rumeurs persistantes, des explications traditionnelles et de la désinformation concernant l'origine de la MVE, les voies de transmission et les mesures de prévention. Ces constats renforcent la nécessité d'une CREC soutenue, parallèlement aux mesures cliniques, de surveillance et de prévention des infections.

La première phase a également mis en évidence d'importantes lacunes de couverture dans des lieux très fréquentés et mal desservis, notamment les marchés, les stations de motos-taxis, les quartiers périphériques, les universités, les écoles, les commissariats de police et les centres de santé périphériques de Bunia. Ces lieux méritent d'être priorisés dans les phases suivantes en raison de leur densité de population, de leur mobilité et de leur capacité à amplifier aussi bien l'information exacte que la désinformation.

La mise en œuvre de cette première phase a été rendue possible grâce à la mobilisation rapide de contributions de donateurs individuels et de l'organisation de la diaspora congolaise, qui ont permis à AIP de lancer ses premières activités de terrain. Après ces premières actions, AIP a identifié le besoin d'une deuxième phase visant à renforcer et à élargir les activités communautaires.

AIP continue de positionner son travail au niveau communautaire en complément du leadership des autorités sanitaires et de la riposte technique.

2. PRÉSENTATION D'AFRICA INITIATIVE PROGRAMME (AIP)

2.1 Qui sommes-nous ?

Africa Initiative Programme (AIP) est une organisation non gouvernementale (ONG) de développement créée en 1998 à Nairobi, au Kenya, à l'initiative de personnes de bonne volonté, avant d'étendre progressivement ses activités à la République démocratique du Congo. Depuis sa création, AIP œuvre pour le développement durable des communautés les plus vulnérables à travers des interventions intégrées qui combinent développement communautaire, promotion des droits humains, autonomisation économique, gouvernance locale, consolidation de la paix et réponse aux crises humanitaires.

En République démocratique du Congo, AIP est légalement reconnue et met en œuvre des programmes en collaboration avec le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, les autorités sanitaires provinciales et les autorités pénitentiaires ; des structures communautaires telles que les leaders communautaires et les relais communautaires ; des organisations de la société civile telles que les associations de motos-taxis ; des médecins comme partenaires techniques ; et l'organisation de la diaspora congolaise, des donateurs individuels et, pour la phase 2, la Fondation Basandja comme partenaires financiers. Elle est enregistrée en RDC et autorisée à œuvrer dans tous les territoires du pays par la lettre n° JUST.G.S./20/821/2003.

Vision. Une jeunesse congolaise, en majorité des jeunes femmes et des filles, à l'avant-garde dans tous les domaines.

Mission. Promouvoir et défendre les droits des jeunes, en particulier ceux des jeunes femmes et des filles, et autonomiser la jeunesse congolaise afin qu'elle participe au développement de son pays et rayonne ainsi à travers l'Afrique.

Valeurs. Ponctualité, humilité, travail, intégrité, équité, inclusivité et dynamisme.

2.2 Domaines d'intervention

Le travail d'AIP s'organise autour de quatre axes thématiques, chacun regroupant des domaines d'expertise apparentés :

- **Paix et Justice :** consolidation de la paix et cohésion sociale ; protection des droits humains ; gouvernance locale et participation citoyenne ; ainsi que mobilisation communautaire et résilience face aux crises humanitaires et sanitaires, y compris santé communautaire, promotion de la santé et communication sur les risques.
- **Environnement et Justice climatique :** la promotion de la justice environnementale et climatique avec et pour les communautés vulnérables.
- **Autonomisation :** l'autonomisation des femmes et des jeunes.

- **Promotion et lutte contre les violences basées sur le genre :** prévention et réponse aux violences basées sur le genre.

Cette approche multisectorielle permet à AIP de répondre aux besoins immédiats des communautés tout en contribuant au renforcement durable de leurs capacités.

2.3 Présence opérationnelle en Ituri

Fondée à Nairobi en 1998, Africa Initiative Programme (AIP) a réalisé ses premiers projets de terrain en Ituri en novembre 2003 et y a gardé son siège jusqu'en 2016, date à laquelle elle l'a transféré à Kinshasa. Le bureau de Bunia est resté opérationnel depuis le début jusqu'à aujourd'hui. Cette présence a permis à AIP de développer une connaissance approfondie des réalités locales ainsi qu'un solide réseau de collaborateurs, de volontaires et de partenaires communautaires dans les territoires d'Irumu, de Mambasa, de Djugu et d'Aru et dans la ville de Bunia. Depuis novembre 2003, AIP a réalisé plus de 22 projets de terrain en Ituri et dans la région des Grands Lacs (voir section 2.7). Sur invitation de la MONUSCO/Ituri, elle a également organisé plusieurs formations en faveur des acteurs du conflit en Ituri, notamment dans le cadre de l'Assemblée spéciale intérimaire, organe dirigeant du district de l'Ituri en période de crise.

Cet ancrage historique constitue un atout majeur dans le contexte actuel de la maladie à virus Ebola. Il permet à l'organisation de comprendre les réalités socioculturelles des communautés, d'identifier rapidement les besoins émergents et de déployer des interventions adaptées aux défis observés sur le terrain.

Les relations de confiance construites au fil des années avec les communautés facilitent le dialogue avec les leaders locaux, les autorités administratives, les leaders religieux, les écoles et les structures de santé. Cette proximité favorise une meilleure acceptation des messages de prévention et renforce l'efficacité des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire.

2.4 Une approche centrée sur la communauté

Depuis le début de cette intervention, AIP a privilégié une approche communautaire. Les activités de sensibilisation ne se limitent pas à la diffusion d'informations ; elles favorisent le dialogue, l'écoute des préoccupations de la population et la prise en compte des réalités locales.
Les observations faites lors de cette première phase ont confirmé que les rumeurs, les croyances traditionnelles et la désinformation influencent fortement les comportements face à Ebola. Dans ce contexte, les membres de la communauté ne sont pas seulement des bénéficiaires des activités ; ils deviennent des acteurs essentiels de la prévention et de la lutte contre la maladie.
Cette approche participative renforce la confiance entre les communautés et les autorités sanitaires, les leaders religieux, les écoles et l'administration pénitentiaire, améliore l'acceptation des messages de santé publique et favorise l'adoption de comportements protecteurs.

2.5 Mobilisation rapide grâce à la solidarité

Dès les premières alertes liées à la résurgence de la maladie à virus Ebola, Africa Initiative Programme a lancé un appel à la solidarité pour soutenir une riposte communautaire rapide.
Les premières activités ont été rendues possibles grâce aux contributions de donateurs individuels et de l'organisation de la diaspora congolaise, qui ont permis de financer les premières actions de sensibilisation, l'acquisition d'équipements de protection, la production de supports de communication et le déploiement d'équipes sur le terrain.
Ces premiers résultats ont amené AIP à préparer une deuxième phase de l'intervention afin d'étendre la couverture des activités et de renforcer la communication sur les risques dans les zones les plus exposées.

2.6 Notre valeur ajoutée

L'intervention d'AIP repose sur une conviction forte : la lutte contre Ebola ne peut être efficace sans le soutien et la participation active des communautés.
La valeur ajoutée de l'organisation tient à sa capacité à :

- intervenir rapidement grâce à sa présence locale ;
- établir une relation de confiance avec les communautés ;
- adapter les messages de prévention aux réalités socioculturelles locales ;
- atteindre des groupes souvent mal couverts par les campagnes traditionnelles, notamment les personnes privées de liberté, les communautés religieuses et les populations vivant dans les quartiers périphériques ;
- compléter les efforts des autorités sanitaires en renforçant la communication sur les risques, l'engagement communautaire et la prévention au niveau local.

En plaçant les communautés au cœur de la riposte, AIP contribue à créer un environnement favorable à l'adoption de comportements préventifs, à la réduction des rumeurs et à l'amélioration de l'orientation précoce des cas suspects vers les structures de santé.

2.7 Réalisations choisies

Depuis novembre 2003, AIP a réalisé plus de 22 projets de terrain en Ituri et dans la région des Grands Lacs, pour un total de fonds reçus et gérés de 729 332 USD et 720 000 EUR. Ils couvrent notamment :

- la consolidation de la paix et le dialogue intercommunautaire dans la région des Grands Lacs et l'Est de la RDC (Oxfam Novib et NED, Union européenne, ASDI) ;
- la réinsertion des ex-combattants et des démobilisés, et la sensibilisation des communautés d'accueil (PNUD) ;
- les diagnostics villageois et l'identification des besoins communautaires pour le développement local dans les territoires d'Irumu et de Mambasa (PNUD) ;

- l'appui aux femmes et aux victimes : renforcement des capacités des femmes en édification de la paix (Global Fund for Women), accompagnement psychosocial des victimes de crimes de guerre en territoire d'Aru (Fonds au profit des victimes de la CPI) et accès à la justice pour les victimes de violences sexuelles en territoire d'Irumu (PNUD) ;
- le désarmement civil, la réforme de la police et la sensibilisation à la police de proximité à Bunia (PNUD) ;
- la sensibilisation au processus électoral en Ituri (Urgent Action Fund).

La liste complète des projets, avec les bailleurs, les localisations et les montants, figure à l'annexe 7.

AIP a également réalisé les projets suivants :

- des intrants agropastoraux au profit de 350 femmes cheffes de ménage dans 5 localités de la province de l'Ituri ;
- un projet de microcrédits rotatifs en appui aux activités génératrices de revenus de 145 femmes vulnérables dans les marchés de Bunia (Ituri) ;
- un accompagnement juridique de 250 femmes victimes de viols et de violences basées sur le genre ;
- la création d'un centre de transit et d'orientation pour les femmes, les filles mineures et les enfants ;
- une école pour les enfants issus de viols (UJUZI) ;
- la scolarisation de 200 enfants dans différentes écoles, avec fourniture de kits et de frais scolaires ;
- un appui aux centres socioprofessionnels pour l'apprentissage des métiers (coupe et couture, menuiserie, ajustage et soudure, mécanique et électricité auto).

2.8 Partenaires et contact

Les partenaires et bailleurs d'AIP comprennent :

- le Fonds au profit des victimes de la Cour pénale internationale (CPI/TFV) ;
- Urgent Action Fund-Africa ;
- l'ASDI (Agence suédoise de coopération internationale au développement, Sida) ;
- Global Fund for Women ;
- le PNUD (bureaux de terrain de Bunia, Goma et Kinshasa) ;
- l'Union européenne ;
- Oxfam Novib et le National Endowment for Democracy (NED).

Contact. Siège : Kinshasa, RDC – commune de Kintambo, avenue Kasavubu n° 2 (tél. +243 812 455 697 / +243 991 067 370). Bureau de Bunia : route principale de la Prison centrale, n° 10 avenue de la Justice, Logo II, quartier Bankoko, Bunia (en face du camp PM de la PNC/GMI, à côté de l'université UNIC-ISGEA ; tél. +243 822 268 054). Coordinatrice : Mme Nyota Babunga. E-mail : aip.rdcfo@gmail.com ; aipbuniafo@yahoo.fr. Site web : www.afrinprog.org.

3. CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA EN ITURI

3.1 Situation épidémiologique

En 2026, la province de l'Ituri a de nouveau été confrontée à une résurgence de la maladie à virus Ebola (MVE), maladie hautement contagieuse qui constitue une menace majeure pour la santé publique. Les autorités sanitaires nationales, avec l'appui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de leurs partenaires, ont confirmé que cette épidémie était causée par la souche Bundibugyo du virus Ebola, souche particulièrement préoccupante en raison de l'absence de vaccin spécifiquement homologué.

Contrairement à la souche Zaïre, pour laquelle des vaccins efficaces existent, la souche Bundibugyo impose que la lutte contre l'épidémie repose principalement sur la détection précoce des cas, la prévention des infections, la communication sur les risques, l'engagement communautaire et la prise en charge rapide des personnes suspectées d'être infectées.

Au moment de la mise en œuvre de cette première phase d'intervention, les autorités sanitaires poursuivaient les enquêtes épidémiologiques, la recherche des contacts, la surveillance communautaire et les activités de prévention dans les zones touchées.

3.2 Un contexte humanitaire particulièrement fragile

La province de l'Ituri demeure l'une des provinces les plus fragiles de la République démocratique du Congo. Depuis plus de vingt ans, les communautés vivent dans un environnement marqué par :

- l'insécurité persistante ;
- les mouvements de population ;
- les conflits armés ;
- la forte mobilité entre les zones minières et les centres urbains ;
- les difficultés d'accès aux soins de santé ;
- une pauvreté importante.

Ces facteurs augmentent considérablement la vulnérabilité des populations aux épidémies et compliquent la mise en œuvre des activités de riposte.

Dans les centres de santé périphériques de Bunia, les ressources sont limitées, tandis que les équipes médicales travaillent sous une forte pression liée à la surveillance, à la prise en charge des cas suspects et au maintien des services de santé essentiels.

3.3 Forte mobilité de la population

La ville de Bunia est un important centre administratif, commercial et humanitaire de la province de l'Ituri. Chaque jour, des milliers de personnes circulent entre Bunia, les zones minières, les marchés, les villages environnants et les territoires voisins.

Cette mobilité constante accroît le risque de propagation de la maladie lorsque les populations ne disposent pas d'informations fiables sur les modes de transmission et les mesures de prévention.

Les conducteurs de motos-taxis, les commerçants, les transporteurs et les voyageurs constituent ainsi des groupes stratégiques pour la diffusion des messages de prévention.

3.4 Défis liés à la communication sur les risques

Lors des observations de terrain, les équipes d'AIP ont noté que la maladie à virus Ebola reste entourée de rumeurs, de croyances et de fausses informations.
À Bunia et à Mungwalu, des décès ont été interprétés comme des phénomènes mystiques ou surnaturels plutôt que comme les conséquences d'une maladie infectieuse. Ces perceptions peuvent retarder le recours aux soins, décourager la coopération avec les équipes soignantes et favoriser la poursuite de la transmission.
Parmi les croyances recueillies figurait l'histoire largement partagée à Mungwalu selon laquelle une série de décès avait été causée par un cercueil circulant la nuit. Bien que cette interprétation n'ait aucun fondement scientifique, elle illustre le niveau de désinformation et de peur observé parmi les habitants de Mungwalu.
Les enquêtes des autorités sanitaires ont confirmé que la propagation de la maladie était liée aux contacts étroits avec des personnes infectées ou décédées de la maladie, soulignant une fois de plus l'importance de la prévention, de l'identification rapide des cas suspects et de l'adoption de mesures de protection.
Cette situation met en évidence le rôle essentiel de la Communication sur les risques et de l'engagement communautaire (CREC), l'un des piliers de la riposte à Ebola.

3.5 Pourquoi l'intervention communautaire était essentielle

Les analyses initiales menées par Africa Initiative Programme ont montré que huit groupes de population restaient insuffisamment couverts par les activités de sensibilisation.
Ces groupes comprenaient notamment :

- les personnes privées de liberté ;
- les femmes en détention ;
- les mineurs en conflit avec la loi ;
- les communautés religieuses ;
- les habitants des quartiers périphériques ;
- les conducteurs de motos-taxis ;
- les commerçants des marchés ;
- les élèves et les étudiants.

Pourtant, ces groupes jouent un rôle essentiel dans la dynamique communautaire et peuvent contribuer activement à la diffusion des messages de prévention lorsqu'ils sont correctement informés.
AIP a donc choisi de prioriser une approche de proximité fondée sur le dialogue, la participation communautaire et une sensibilisation adaptée aux réalités socioculturelles locales.

3.6 La contribution d'AIP à la riposte

Les activités mises en œuvre par Africa Initiative Programme n'avaient pas pour but de remplacer les interventions médicales menées par le ministère de la Santé et les partenaires spécialisés.
Au contraire, leur objectif était de compléter la riposte sanitaire en renforçant l'information communautaire, en promouvant l'adoption de comportements préventifs et en créant un climat de confiance propice à une meilleure collaboration entre les populations et les équipes de santé.

En travaillant directement avec les communautés, AIP a contribué à rapprocher les messages de santé publique des réalités vécues par la population, tout en identifiant les principales préoccupations et obstacles susceptibles de compromettre l'efficacité de la riposte contre la maladie à virus Ebola.

4. JUSTIFICATION DE L'INTERVENTION

La résurgence de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la province de l'Ituri a rapidement mis en évidence la nécessité de compléter les efforts de riposte sanitaire par une intervention communautaire axée sur la communication sur les risques, la sensibilisation et le renforcement des comportements préventifs.

Les premières observations faites par Africa Initiative Programme (AIP) dans la ville de Bunia ont révélé que, malgré les efforts des autorités sanitaires et de leurs partenaires, des communautés des quartiers périphériques continuaient à faire face à un manque important d'informations fiables sur la maladie.

Lors des discussions avec les populations locales, les équipes de terrain ont identifié six préoccupations :

- une mauvaise compréhension des modes de transmission de la maladie ;
- une mauvaise connaissance des signes et symptômes d'Ebola ;
- la persistance de rumeurs et de croyances traditionnelles concernant l'origine de l'épidémie ;
- la peur de se rendre dans les structures de santé ;
- la stigmatisation des personnes soupçonnées d'être infectées ;
- la méfiance à l'égard des informations relayées sur les réseaux sociaux et dans les communautés.

Ces constats ont confirmé que l'information scientifique n'atteignait pas toujours les populations les plus exposées et que les messages de prévention devaient être adaptés aux réalités socioculturelles locales afin d'être mieux compris et acceptés.

Les premières missions de terrain ont également révélé que huit groupes restaient insuffisamment couverts par les campagnes de sensibilisation :

- les personnes privées de liberté ;
- les femmes et les filles en détention ;
- les mineurs en conflit avec la loi ;
- les communautés religieuses ;
- les habitants des quartiers périphériques ;
- les conducteurs de motos-taxis assurant des services entre Bunia et les environs ;
- les commerçants qui fréquentent les marchés ;
- les élèves et les étudiants.

Pourtant, ces groupes jouent un rôle essentiel dans la dynamique communautaire et peuvent contribuer soit à la diffusion de bonnes pratiques de prévention, soit, involontairement, à la propagation de fausses informations lorsqu'ils ne disposent pas d'informations fiables.

Les observations de terrain ont également montré que sept types d'espaces publics très fréquentés restaient relativement peu desservis par les activités de communication communautaire :

- du marché central de Bunia ;
- des plus de vingt-six marchés de quartier répartis dans toute la ville ;

- des parkings de motos-taxis, dont plus d'une centaine sont recensés à Bunia ;
- des écoles et des universités ;
- des lieux de culte ;
- des commissariats de police ;
- des centres de santé périphériques.

Dans ces espaces, les interactions quotidiennes entre les populations favorisent une circulation rapide de l'information, mais aussi des rumeurs et des fausses croyances lorsqu'aucune communication appropriée n'est mise en place.

Par ailleurs, les discussions avec les leaders communautaires et les équipes de santé ont confirmé que les prisons représentent aussi des environnements à haut risque. La surpopulation, une hygiène parfois limitée et le manque d'accès à une information régulière justifiaient pleinement l'organisation de séances de sensibilisation dans ces établissements.

Au vu de ces constats, Africa Initiative Programme a choisi de centrer sa première phase d'intervention sur la Communication sur les risques et l'engagement communautaire (CREC), reconnus par l'Organisation mondiale de la santé comme des piliers essentiels de la lutte contre les épidémies de maladie à virus Ebola.

L'approche d'AIP repose sur la conviction que la lutte contre Ebola ne peut être efficace sans la participation active des communautés. Les populations ne doivent pas être considérées comme de simples bénéficiaires des interventions, mais comme des partenaires essentiels de la prévention, capables de relayer les messages de santé publique, de promouvoir des comportements protecteurs et de contribuer à la détection précoce des cas suspects.

Cette intervention complète donc les actions menées par les autorités sanitaires et les partenaires de la riposte. Elle vise à renforcer la confiance entre les communautés et les acteurs de santé, à améliorer l'accès à une information fiable et à favoriser une mobilisation communautaire durable contre la maladie à virus Ebola.

5. MOBILISATION DES RESSOURCES ET SOUTIEN DES PARTENAIRES

Face à la résurgence de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la province de l'Ituri, Africa Initiative Programme (AIP) a immédiatement lancé un appel à la solidarité afin de mobiliser les ressources nécessaires pour répondre rapidement aux besoins des communautés les plus exposées.

Consciente que les premières heures d'une intervention sont souvent décisives pour limiter la propagation d'une épidémie, l'organisation a privilégié une approche proactive en mobilisant son réseau de partenaires, de sympathisants et de membres de la diaspora congolaise.

Cette mobilisation a suscité un élan de solidarité qui a permis de rassembler les premières ressources financières indispensables au lancement des activités de terrain.

Les premières contributions sont venues de donateurs individuels et de l'organisation de la diaspora congolaise, tous deux sensibles à la situation humanitaire et sanitaire des populations de l'Ituri.

Grâce à ces contributions, AIP a pu lancer sans délai ses premières activités de sensibilisation communautaire et assurer notamment :

- la mobilisation et l'organisation de l'équipe locale de sensibilisation ;
- le déplacement des équipes vers les différents sites d'intervention ;
- l'acquisition des premiers produits de prévention (gel hydroalcoolique, gants, masques et autres équipements de protection) ;

- la production de supports de communication, notamment des T-shirts de sensibilisation et des autocollants pour les postes de lavage des mains ;
- la coordination avec les autorités administratives locales, les leaders religieux, les écoles et l'administration pénitentiaire.

Ces premières interventions ont démontré la pertinence d'une riposte communautaire rapide et ont permis d'identifier les principaux besoins qu'il reste à couvrir afin d'élargir les activités de sensibilisation.

Cette complémentarité entre les contributions individuelles et l'engagement des partenaires locaux illustre l'importance des partenariats pour répondre aux urgences sanitaires. Elle témoigne aussi de la confiance accordée à Africa Initiative Programme et de la capacité de l'organisation à transformer rapidement les ressources mobilisées en actions concrètes au bénéfice des communautés.

AIP tient à exprimer sa profonde gratitude à toutes les personnes, à l'organisation de la diaspora congolaise et aux institutions qui ont répondu à cet appel à la solidarité. Leur engagement a posé les fondations d'une riposte communautaire essentielle dans un contexte où la prévention, l'information et la confiance du public sont des éléments déterminants pour limiter la propagation de la maladie à virus Ebola.

Au-delà de leurs contributions financières, ces partenaires ont démontré qu'une action collective et coordonnée fondée sur la solidarité peut renforcer la résilience des communautés face aux crises sanitaires. Africa Initiative Programme réaffirme son engagement à assurer une gestion transparente et responsable des ressources dont elle dispose, ainsi qu'à informer régulièrement ses partenaires des progrès accomplis et des résultats obtenus sur le terrain.

6. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION

6.1 Objectif général

Contribuer aux efforts de lutte contre la maladie à virus Ebola (MVE) dans la province de l'Ituri, en particulier dans la ville de Bunia, par des activités de communication sur les risques, de sensibilisation communautaire et de promotion des mesures de prévention afin de réduire le risque de propagation de la maladie au sein de la population.

6.2 Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général, Africa Initiative Programme (AIP) s'est fixé les objectifs spécifiques suivants :

1. Renforcer les connaissances de la communauté sur la maladie à virus Ebola

Informer la population sur les causes de la maladie, les modes de transmission, les signes et symptômes, ainsi que sur les mesures de prévention recommandées par les autorités sanitaires.

2. Lutter contre les rumeurs, la désinformation et les croyances susceptibles de compromettre la riposte

Promouvoir une information fiable et accessible, adaptée aux réalités socioculturelles locales, afin de réduire la circulation de fausses informations et de renforcer la confiance de la communauté dans les messages de santé publique.

3. Promouvoir l'adoption de comportements préventifs
Encourager les populations à adopter des comportements qui limitent la transmission de la maladie, notamment :

- le lavage régulier des mains ;
- l'évitement du contact avec les fluides biologiques des personnes malades ou décédées ;
- le signalement rapide des cas suspects ;
- le recours précoce aux structures de santé.

4. Renforcer l'engagement communautaire dans la lutte contre Ebola
Impliquer activement les leaders communautaires, les leaders religieux, les autorités locales, les écoles, les relais communautaires et les associations de motos-taxis dans la diffusion des messages de prévention et la sensibilisation de la population.

5. Atteindre les groupes de population les plus exposés ou les moins couverts
Mettre en œuvre des activités ciblées pour les groupes présentant des vulnérabilités particulières ou un accès limité aux campagnes de sensibilisation traditionnelles, notamment :

- les personnes privées de liberté ;
- les femmes en détention ;
- les mineurs en conflit avec la loi ;
- les communautés religieuses ;
- les habitants des quartiers périphériques ;
- les conducteurs de motos-taxis ;
- les commerçants ;
- les élèves et les étudiants.

6. Compléter les efforts des autorités sanitaires
Apporter un appui communautaire aux actions conduites par le ministère de la Santé et les partenaires de la riposte en renforçant la communication sur les risques et l'engagement communautaire, conformément aux recommandations nationales et internationales de lutte contre la maladie à virus Ebola.

6.3 Approche de mise en œuvre

Pour atteindre ces objectifs, Africa Initiative Programme a adopté une approche participative centrée sur la communauté. Les activités ont privilégié le dialogue direct avec les populations locales, les échanges interactifs et l'écoute des préoccupations exprimées par les bénéficiaires.
Chaque séance de sensibilisation était conçue comme un espace d'information et de discussion, permettant non seulement de diffuser les messages de prévention, mais aussi de répondre aux questions des participants, de corriger les idées fausses et de recueillir les perceptions de la communauté sur l'évolution de l'épidémie.
Cette approche a permis d'établir une relation de confiance avec les bénéficiaires et de mieux adapter les messages aux réalités locales.

6.4 Résultats attendus

À travers cette première phase d'intervention, AIP visait les résultats suivants :

- Une meilleure compréhension de la maladie à virus Ebola par les communautés ciblées.
- Une amélioration des connaissances sur les modes de transmission et les mesures de prévention.
- Une réduction des rumeurs et des fausses croyances liées à l'épidémie.
- Une participation communautaire accrue aux efforts de prévention.
- Un renforcement de la confiance entre la population et les acteurs de la riposte.
- Une amélioration de l'orientation précoce des personnes présentant des signes suspects vers les structures de santé.
- Une contribution au renforcement de la résilience communautaire face à la maladie à virus Ebola.

7. MÉTHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE

7.1 Approche générale

La mise en œuvre des activités de sensibilisation reposait sur une approche participative et communautaire, conformément aux principes de la communication sur les risques et de l'engagement communautaire (CREC), recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de la lutte contre les épidémies de maladie à virus Ebola.

L'intervention a été conçue pour compléter les actions entreprises par les autorités sanitaires et les partenaires de la riposte. Elle visait à rapprocher l'information des communautés, à renforcer la confiance dans les messages de santé publique et à promouvoir l'adoption de comportements préventifs.

AIP a privilégié une approche fondée sur le dialogue, l'écoute active et la participation communautaire, en tenant compte des réalités socioculturelles et des préoccupations exprimées par les populations.

7.2 Planification des activités

Avant le lancement des activités de terrain, une phase de préparation a été menée pour assurer la mise en œuvre efficace de l'intervention.

Cette phase comprenait notamment :

- l'identification des zones d'intervention prioritaires ;
- la planification des activités avec l'équipe locale ;
- la définition des messages clés de sensibilisation ;
- l'identification des groupes cibles ;
- la préparation des supports de sensibilisation ;
- l'organisation logistique des déplacements des équipes.

Cette planification a permis d'assurer une utilisation rationnelle des ressources disponibles et de maximiser la couverture des activités.

7.3 Mobilisation et organisation de l'équipe

Une équipe locale de douze (12) agents de sensibilisation, dont quatre (4) hommes et huit (8) femmes, a été mobilisée pour mener les activités.

Les membres de l'équipe ont reçu un briefing portant notamment sur :

- les objectifs de l'intervention ;
- les principales caractéristiques de la maladie à virus Ebola ;
- les messages de prévention validés par les autorités sanitaires ;
- les techniques de communication communautaire ;
- la conduite des séances de sensibilisation ;
- les mesures de prévention et de protection individuelle pendant les activités.

Selon les besoins, les agents de sensibilisation intervenaient individuellement, par deux ou en équipes de trois personnes afin d'assurer une meilleure couverture des sites ciblés.

7.4 Coordination avec les parties prenantes

Le succès de l'intervention dépendait d'une collaboration étroite avec les sept groupes d'acteurs présents dans la ville de Bunia.

Avant chaque activité, AIP s'est concertée avec sept parties prenantes :

- les autorités sanitaires locales ;
- les responsables de la prison centrale de Bunia ;
- les responsables des unités de détention des femmes et des mineurs ;
- les responsables d'établissements scolaires ;
- les responsables d'églises ;
- les leaders communautaires ;
- les autorités administratives locales.

Cette coordination a permis de faciliter l'accès aux différents sites, d'assurer la bonne organisation des séances et de renforcer l'appropriation communautaire des activités.

7.5 Préparation logistique

Pour assurer le bon déroulement des activités, six dispositions logistiques ont été prises.

Les ressources mobilisées ont permis notamment :

- l'acquisition de gel hydroalcoolique ;
- l'achat de gants de protection ;
- l'acquisition de masques de protection ;
- la production de T-shirts destinés aux agents de sensibilisation ;
- l'impression d'autocollants pour les dispositifs de lavage des mains ;
- l'achat de carburant pour le transport des équipes vers les sites d'intervention.

Ces intrants ont contribué à assurer la sécurité des équipes tout en améliorant la visibilité des activités sur le terrain.

7.6 Déroulement des séances de sensibilisation

Chaque séance suivait une méthodologie standardisée afin d'assurer une diffusion cohérente des messages.

Les activités comprenaient généralement :

- une présentation de l'équipe de sensibilisation ;
- une introduction sur la situation actuelle de l'épidémie ;
- une explication des modes de transmission du virus Ebola ;

- une présentation des signes et symptômes de la maladie ;
- des conseils pratiques sur les mesures de prévention ;
- des démonstrations de bonnes pratiques d'hygiène lorsque c'était possible ;
- une séance interactive de questions-réponses permettant aux participants d'exprimer leurs préoccupations.

Cette approche participative a permis de corriger des idées fausses sur l'origine de la maladie et la confusion entre croyances traditionnelles et informations scientifiques et d'adapter les explications aux préoccupations spécifiques des participants.

7.7 Recueil des observations de terrain

Au-delà des activités de sensibilisation, les équipes d'AIP ont documenté les principales observations faites par les communautés.
Les agents de sensibilisation ont recueilli des informations portant notamment sur :

- les rumeurs circulant au sein de la population ;
- les principales questions posées par les bénéficiaires ;
- les difficultés rencontrées par les communautés ;
- les perceptions de la maladie ;
- les besoins exprimés par les structures visitées.

Ces observations constituent une source d'information importante pour adapter les futures activités de communication sur les risques et renforcer l'efficacité des interventions.

7.8 Suivi des activités

Tout au long de la mise en œuvre, les responsables de l'intervention ont assuré un suivi régulier des activités pour en garantir la qualité.
Le suivi comprenait notamment :

- la supervision des équipes sur le terrain ;
- la vérification de la qualité des messages diffusés ;
- la collecte de données relatives aux bénéficiaires ;
- la documentation des activités réalisées ;
- la compilation des informations destinées au rapport narratif.

Cette approche a permis d'assurer une meilleure coordination entre les équipes, de documenter les résultats obtenus et d'identifier les enseignements qui ont guidé la deuxième phase de l'intervention.

7.9 Une approche de proximité

L'un des principaux enseignements de cette première phase est que la proximité avec les communautés est un facteur déterminant dans la lutte contre la maladie à virus Ebola.
Les séances de sensibilisation ont montré que les échanges directs, les discussions ouvertes et la possibilité donnée aux bénéficiaires de poser des questions favorisent une meilleure compréhension des messages de prévention et renforcent la confiance envers les acteurs de la riposte.
Cette approche communautaire a guidé les interventions d'Africa Initiative Programme tout au long de la première phase.

8. ACTIVITÉS RÉALISÉES

Pendant la période du 22 mai au 22 juin 2026, Africa Initiative Programme (AIP) a mené une première phase d'activités de communication sur les risques et d'engagement communautaire dans la ville de Bunia afin de contribuer aux efforts de prévention de la maladie à virus Ebola (MVE).

Les interventions ont été organisées progressivement, en commençant par la préparation opérationnelle, suivie de la coordination avec les autorités administratives locales, puis de la mise en œuvre d'activités de sensibilisation à la prison centrale de Bunia, dans les quartiers des femmes et des mineurs et dans les trois églises partenaires.

L'approche adoptée reposait sur un contact étroit avec les communautés, un dialogue participatif et la diffusion de messages adaptés au contexte local.

8.1 Organisation de l'intervention

La première étape a consisté à mettre en place l'organisation opérationnelle de la mission.

Une équipe locale de 12 agents de sensibilisation, dont 8 femmes et 4 hommes, a été mobilisée pour assurer la préparation et la mise en œuvre des activités.

Les membres de l'équipe ont été orientés sur :

- les objectifs de l'intervention ;
- les principales caractéristiques de la maladie à virus Ebola ;
- les messages validés par les autorités sanitaires ;
- les techniques de communication communautaire ;
- les règles de sécurité pendant les activités de terrain ;
- le recueil des observations communautaires.

Cette étape a contribué à garantir une compréhension commune des objectifs de la mission et une harmonisation des messages diffusés auprès de la population.

8.2 Coordination avec les parties prenantes

Avant le début des activités, des réunions de coordination ont été tenues avec six groupes de parties prenantes afin de faciliter l'accès aux sites d'intervention et de renforcer la collaboration avec les structures locales.

Des échanges ont eu lieu avec :

- les responsables des structures de santé ;
- l'administration de la prison centrale de Bunia ;
- les responsables des quartiers des femmes et des mineurs ;
- les responsables d'établissements scolaires ;
- les responsables des églises ciblées ;
- les autorités administratives locales.

Cette coordination a permis d'obtenir les autorisations nécessaires, d'identifier les besoins prioritaires et d'adapter les activités au contexte de chaque site.

8.3 Préparation logistique

Pour assurer le bon déroulement des activités, six dispositions logistiques ont été prises.
Les ressources mobilisées ont permis :

- l'achat de gel hydroalcoolique ;
- l'acquisition de gants de protection ;
- l'achat de masques de protection ;
- l'impression de T-shirts destinés aux agents de sensibilisation ;
- la production d'autocollants pour les dispositifs de lavage des mains ;
- l'acquisition de carburant pour assurer le déplacement de l'équipe vers les différents sites.

Cet équipement a facilité le déploiement des équipes tout en assurant leur protection pendant les activités.



Dispositifs de lavage des mains avec les autocollants d'AIP et d'Ebola



T-shirts et autocollants préparés pour les séances de sensibilisation

8.4 Sensibilisation à la prison centrale de Bunia

La prison centrale de Bunia a été l'un des premiers sites choisis en raison de la forte concentration de personnes vivant dans un milieu fermé où les risques de propagation d'une maladie infectieuse sont particulièrement élevés.
Les séances de sensibilisation ont porté sur :

- les modes de transmission du virus ;
- les principaux signes et symptômes ;
- les mesures de prévention ;
- les mesures appropriées à prendre face à un cas suspect ;
- l'importance d'un signalement précoce.

Les discussions ont été particulièrement interactives et ont permis de répondre aux préoccupations exprimées par les détenus.
Résultats obtenus

- **Plus de 120 détenus adultes ont été sensibilisés.**



L'équipe d'AIP s'adressant aux détenus de la prison centrale de Bunia



L'équipe d'AIP avec le personnel pénitentiaire et les dispositifs de lavage des mains

8.5 Sensibilisation des mineurs

Une séance spécifique a été organisée pour les mineurs en conflit avec la loi.
Les messages ont été adaptés à leur âge pour être plus faciles à comprendre.
Les discussions ont porté en particulier sur :

- les mesures de prévention ;
- l'hygiène des mains ;
- la protection des membres de la famille ;
- les comportements à éviter.

Résultats obtenus

- **43 mineurs âgés de 13 à 17 ans ont été sensibilisés.**

8.6 Sensibilisation des femmes détenues

Les femmes en détention constituent un groupe particulièrement vulnérable en contexte d'épidémie.
Une séance spécifique leur a été consacrée afin d'aborder :

- les risques de transmission ;
- les mesures d'hygiène ;
- la protection des proches ;
- l'importance de consulter rapidement un médecin en cas de symptômes.

À la suite des discussions, du matériel de protection a été distribué.

Résultats obtenus

- **67 femmes et filles sensibilisées.**
- Distribution de gants de protection.
- Distribution de masques de protection.

8.7 Activités prévues dans les écoles

Les écoles figuraient parmi les priorités de l'intervention.
Un premier effort de coordination avait permis de sélectionner un échantillon de 157 élèves des cinquième et sixième années du primaire.
Toutefois, la période de mise en œuvre a coïncidé avec les examens nationaux de fin d'études primaires.
En concertation avec les responsables des écoles, cette activité a été reportée afin de ne pas perturber le processus d'évaluation.
AIP prévoyait d'intégrer ces établissements dans la deuxième phase de l'intervention.

8.8 Sensibilisation des communautés religieuses

Les leaders religieux jouent un rôle important dans la diffusion des messages de santé publique.
Trois églises avaient été identifiées.
Toutes les trois ont accueilli les équipes de sensibilisation.
Les séances ont été l'occasion de présenter :

- les modes de transmission de la maladie ;
- les mesures de prévention ;
- les attitudes à adopter face à une personne malade.

Chaque réunion s'est terminée par une séance de questions-réponses particulièrement appréciée des participants.



Fidèles dans l'une des églises partenaires

8.9 Principales préoccupations exprimées par les communautés

Les activités de terrain ont permis de recueillir six préoccupations récurrentes.
Les questions les plus fréquemment posées portaient sur :

- l'origine de la maladie ;
- les possibilités de guérison ;
- les modes de contamination ;
- les risques liés aux funérailles ;
- la protection des familles ;
- la sécurité des centres de traitement.

Les équipes ont également noté la persistance de rumeurs concernant les causes de la maladie, ce qui confirme la nécessité de poursuivre les activités de communication sur les risques.

8.10 Une intervention fondée sur le dialogue

À la différence d'une approche descendante consistant uniquement à diffuser des messages, les équipes d'AIP ont privilégié une méthode participative.
Chaque séance laissait une large place aux échanges avec les bénéficiaires.
Cette approche a permis :

- d'identifier les principales incompréhensions ;
- de corriger les fausses informations sur l'origine de la maladie, ses modes de contamination et les risques liés aux funérailles ;
- de renforcer la confiance communautaire ;
- d'encourager les participants à devenir eux-mêmes des ambassadeurs de la sensibilisation.

Des participants aux séances ont exprimé leur volonté de partager les connaissances acquises avec leurs familles, leurs voisins et leurs communautés, contribuant ainsi à élargir l'impact des activités au-delà des bénéficiaires directs.

8.11 Récapitulatif des réalisations

À l'issue de cette première phase, AIP a enregistré les réalisations suivantes :

Activité	Résultat
Sensibilisation des détenus adultes	Plus de 120 personnes
Sensibilisation des mineurs	43 bénéficiaires
Sensibilisation des femmes détenues	67 bénéficiaires
Églises visitées	3 sur 3
Fidèles touchés (estimation)	180 (60 par église)
Total des bénéficiaires directs	Environ 410
Bénéficiaires indirects	2 800
Élèves identifiés pour les activités	157
Agents de sensibilisation mobilisés	12
Femmes dans l'équipe	8
Hommes dans l'équipe	4
Supports IEC	T-shirts et autocollants
Intrants acquis	Gel hydroalcoolique, gants,

	masques, carburant

9. RÉSULTATS OBTENUS

La première phase a posé un socle opérationnel pour la contribution d'AIP, au niveau communautaire, à la riposte à la MVE à Bunia. Avec des ressources limitées et une courte fenêtre de mise en œuvre, AIP a priorisé l'accès ciblé, le dialogue communautaire et l'identification des lacunes d'information parmi les groupes et les lieux qui n'étaient pas atteints de manière constante par les efforts de communication plus larges.
La période couverte par le rapport montre la valeur d'organisations ancrées localement pour étendre les activités de CREC, faciliter l'accès aux détenus, aux femmes et aux mineurs en détention et aux fidèles des églises et relayer les préoccupations communautaires afin d'orienter les efforts de communication ultérieurs. Ces contributions visent à compléter, et non à remplacer, le leadership et les interventions techniques des autorités sanitaires.

9.1 Résultats quantitatifs

À l'issue de cette première phase, les principaux résultats sont les suivants :
Mobilisation des ressources humaines

- 12 agents communautaires de sensibilisation mobilisés et déployés.
- 8 femmes et 4 hommes impliqués dans les activités de terrain.
- Coordination assurée avec les leaders communautaires, les responsables d'églises, les directeurs d'école et les responsables de la prison centrale de Bunia.

Sensibilisation communautaire

- Plus de 120 détenus adultes ont reçu une sensibilisation à la prison centrale de Bunia.
- 43 mineurs âgés de 13 à 17 ans ont été sensibilisés.
- 67 femmes et filles en détention ont reçu une sensibilisation.
- 157 élèves identifiés pour les prochaines activités dans les écoles.
- **Les 3 églises initialement ciblées ont été sensibilisées.**

Au total, environ 410 participants directs (dont environ 180 fidèles dans les églises) ont pris part aux activités organisées durant cette première phase, et environ 2 800 personnes ont été touchées indirectement (estimation).
Base de l'estimation indirecte. Aucun registre n'a été tenu pour les personnes touchées indirectement ; le chiffre a donc été estimé à partir des données d'activité, avec trois hypothèses. (1) Ménages : un ménage moyen de 5 personnes, de sorte que chacune des 410 personnes touchées directement a transmis les messages aux 4 autres membres de son ménage, soit environ 1 640 personnes. (2) Congrégations : une fréquentation moyenne supposée de 300 personnes le dimanche dans chacune des 3 églises partenaires ; les 60 fidèles par église touchés directement ont relayé les messages aux 240 autres, soit environ 720 personnes. (3) Visiteurs de la prison : une moyenne supposée de 30 visiteurs par jour à la prison centrale de Bunia pendant le mois d'activités, dont la moitié, soit environ 450 personnes, a reçu les messages par les détenus ou par les affiches. Le total est d'environ 2 810 personnes, arrondi à environ 2 800.
Appui logistique
Les ressources mobilisées ont permis l'acquisition de six intrants essentiels :

- du gel hydroalcoolique ;
- des gants de protection ;

- des masques de protection ;
- des T-shirts de sensibilisation ;
- des autocollants pour les postes de lavage des mains ;
- du carburant pour les déplacements des équipes.

9.2 Résultats qualitatifs

Les observations qualitatives de la période couverte apportent un éclairage supplémentaire sur la manière dont les communautés ont reçu les messages de prévention et s'y sont engagées.
Les séances de sensibilisation ont favorisé un dialogue ouvert entre les équipes d'AIP et les communautés. Les bénéficiaires ont pu exprimer leurs préoccupations, poser des questions et partager leurs expériences concernant l'épidémie.
Cette approche participative a permis :

- d'améliorer la compréhension des modes de transmission de la maladie ;
- de renforcer les connaissances sur les mesures de prévention ;
- de corriger les idées fausses répandues sur l'origine de la maladie et les croyances traditionnelles ;
- d'encourager le recours précoce aux structures de santé en cas de symptômes ;
- de renforcer la confiance dans les messages diffusés par les autorités sanitaires.

Les discussions ont également mis en évidence une forte volonté des participants de relayer les informations reçues auprès de leurs familles, de leurs voisins et de leurs communautés, contribuant ainsi à élargir la portée des activités au-delà des bénéficiaires directs.

9.3 Principales observations de terrain

Les activités de sensibilisation ont permis aux équipes d'AIP de mieux comprendre les perceptions communautaires de l'épidémie.
Parmi les observations les plus marquantes figurent :

- la persistance de rumeurs concernant l'origine de la maladie ;
- une confusion entre croyances traditionnelles et informations scientifiques ;
- des inquiétudes concernant les centres de traitement ;
- un besoin important d'informations pratiques sur les mesures de protection ;
- une forte demande de poursuivre les activités de sensibilisation dans les quartiers.

Ces observations soulignent l'importance opérationnelle d'une communication sur les risques soutenue et bidirectionnelle dans le cadre d'une riposte plus large à la MVE, en particulier là où les rumeurs, la peur et les lacunes d'information peuvent affecter le recours aux soins et le respect des mesures de prévention recommandées.

9.4 Valeur ajoutée de l'intervention

Cette première phase a confirmé trois éléments clés.
D'abord, elle a démontré qu'une organisation communautaire dotée d'une présence locale permanente est capable d'intervenir rapidement dès l'émergence d'une crise sanitaire.
Ensuite, l'intervention a montré que les communautés sont disposées à participer activement aux efforts de prévention lorsqu'elles disposent d'informations claires et appropriées diffusées dans un climat de confiance.

Enfin, les activités ont confirmé que les conducteurs de motos-taxis, les commerçants des marchés, les élèves et les habitants des quartiers périphériques restent insuffisamment couverts par les campagnes de sensibilisation traditionnelles et nécessitent des approches spécifiques.
Ces enseignements ont directement guidé la conception de la deuxième phase du projet.

10. ANALYSE DES RÉSULTATS ET IMPACT DE L'INTERVENTION

Compte tenu de la courte période de mise en œuvre et de l'absence d'évaluation formelle des résultats, les résultats présentés ici doivent être interprétés avant tout comme des constats précoces de mise en œuvre plutôt que comme des preuves d'un impact à l'échelle de la population. Néanmoins, les observations de terrain et les retours des participants font apparaître cinq changements encourageants parmi les groupes directement touchés par l'intervention.
En juin 2026, le personnel de suivi et évaluation (S&E) d'AIP a mené un examen interne des constats avec l'équipe de terrain et quelques bénéficiaires. Il ne s'agissait pas d'une évaluation formelle.
Les échanges avec les bénéficiaires montrent une meilleure compréhension des risques associés à la maladie à virus Ebola ainsi qu'une plus grande confiance dans les mesures de prévention recommandées par les autorités sanitaires.
Les séances de sensibilisation ont créé un espace de dialogue où les participants pouvaient exprimer leurs préoccupations sans crainte d'être jugés. Cette approche a favorisé une meilleure acceptation des messages de santé publique.
L'intervention a également démontré l'importance de travailler avec des groupes souvent négligés par les campagnes de communication. Les activités menées dans les prisons ont permis d'atteindre des populations vivant dans des environnements surpeuplés où une éventuelle propagation de la maladie aurait des conséquences importantes.
De même, les activités organisées dans les églises ont confirmé le rôle central que les leaders religieux peuvent jouer dans la diffusion des messages de prévention et le renforcement de la confiance dans les interventions de santé.
Les observations de terrain ont enfin révélé que les personnes recherchent des informations fiables, pratiques et accessibles. Les participants ont particulièrement apprécié les discussions interactives, qui leur ont permis d'obtenir des réponses précises à leurs questions.

10.1 Changements observés

Les principaux changements signalés ou observés lors de l'engagement direct comprenaient :

- une meilleure compréhension des modes de transmission d'Ebola ;
- une meilleure compréhension des signes et symptômes ;
- l'adoption progressive de mesures de prévention ;
- la réduction des idées fausses au sein des groupes sensibilisés ;
- une implication accrue des leaders communautaires dans la diffusion des messages ;
- un renforcement de la collaboration entre les communautés et les acteurs de santé.

10.2 Limites de la première phase

Malgré les résultats encourageants obtenus, trois limites ont été identifiées.
La durée relativement courte de cette première phase n'a pas permis de couvrir tous les quartiers ciblés.
Les activités prévues dans les écoles ont dû être reportées en raison des examens de fin d'études primaires.
Les ressources disponibles n'ont pas non plus permis d'organiser des campagnes de masse par les radios locales ou des caravanes motorisées, bien que ces approches aient été identifiées comme particulièrement pertinentes dans le contexte de Bunia.
Ces limites ont directement orienté la conception d'une deuxième phase de l'intervention.

10.3 Perspectives

Les enseignements de cette première phase montrent que les interventions futures devront accorder encore plus d'importance à la communication de proximité.

11. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La mise en œuvre de cette première phase d'intervention s'est déroulée dans un contexte particulièrement complexe, marqué par des défis sanitaires, logistiques, sociaux et opérationnels. Malgré l'engagement de l'équipe d'Africa Initiative Programme (AIP) et le soutien des partenaires, cinq contraintes ont influencé l'avancement des activités.
Documenter ces contraintes est essentiel pour une gestion adaptative. Les problèmes identifiés durant cette phase ont orienté la conception et la priorisation de la deuxième phase, en particulier la nécessité d'une communication répétée, d'une couverture géographique élargie et de ressources opérationnelles plus flexibles.

11.1 Persistance des rumeurs et de la désinformation

L'un des principaux défis observés a été la circulation persistante de rumeurs et de croyances populaires concernant l'origine de la maladie à virus Ebola.
À Bunia et à Mungwalu, les équipes ont observé que des personnes attribuaient encore les décès à des causes mystiques ou surnaturelles plutôt qu'à une maladie infectieuse. Ces croyances contribuent à alimenter la peur, à retarder le recours aux soins et à réduire le respect des mesures de prévention.
Les agents de sensibilisation ont consacré une part importante des séances à répondre à ces préoccupations, à rétablir les faits scientifiques et à encourager les communautés à se fier aux informations diffusées par les autorités sanitaires.

11.2 Accès limité à certains groupes de population

Bien que la prison, les quartiers des femmes et des mineurs et les églises aient été atteints, les élèves, les conducteurs de motos-taxis, les commerçants des marchés et les habitants des quartiers périphériques sont restés difficiles d'accès durant cette première phase.
Les écoles, identifiées comme des lieux stratégiques de sensibilisation, n'ont pas pu accueillir les activités prévues en raison des examens de fin d'études primaires.

De même, les contraintes de temps et les ressources limitées n'ont pas permis une couverture immédiate de tous les quartiers périphériques, des marchés, des universités et des parkings de motos-taxis, qui étaient considérés comme des zones prioritaires.

11.3 Ressources financières limitées

Les activités initiales ont été mises en œuvre grâce aux contributions de donateurs individuels et de l'organisation de la diaspora congolaise, mobilisées en très peu de temps.
Si cette solidarité a permis de lancer rapidement l'intervention, les ressources disponibles sont restées insuffisantes pour couvrir tous les besoins identifiés sur le terrain.
Quatre activités à fort impact (les caravanes motorisées, les émissions radiophoniques interactives, les spots radio quotidiens et l'appui élargi aux centres de santé périphériques) n'ont pas pu être intégrées à cette première phase faute de financement disponible.
L'expérience souligne la valeur opérationnelle d'un financement rapide et flexible pour les organisations ancrées localement, en particulier aux premiers stades d'une urgence sanitaire où le déploiement rapide et l'adaptation sont essentiels.

11.4 Défis logistiques

Le déplacement des équipes vers les différents sites a exigé une organisation importante en raison des distances, de l'état des routes et des coûts de transport.
L'acquisition d'équipements de protection, de supports de communication et d'autres intrants a également nécessité une planification rigoureuse pour assurer la continuité des activités.

11.5 Défis liés au changement de comportement

Changer les comportements pendant une épidémie demande du temps et une présence régulière au sein des communautés.
Une seule séance de sensibilisation ne suffit généralement pas à provoquer un changement durable des pratiques. Les équipes ont observé que les communautés avaient besoin d'un accompagnement continu, de rappels réguliers et de la possibilité de poser des questions à mesure que la situation sanitaire évoluait.
Cette observation justifie pleinement le choix d'intégrer, dans la deuxième phase, des émissions radiophoniques interactives hebdomadaires ainsi que des campagnes répétées dans les quartiers.

12. LEÇONS APPRISES

Cette première phase a permis à Africa Initiative Programme de tirer cinq enseignements qui ont guidé la poursuite de son intervention.

12.1 La confiance est le premier outil de prévention

Les communautés sont plus disposées à adopter des mesures préventives lorsqu'elles font confiance aux personnes qui leur transmettent les messages.

La proximité des agents de sensibilisation avec les populations, leur connaissance du contexte local et leur disponibilité pour répondre aux préoccupations des bénéficiaires ont favorisé une meilleure acceptation des recommandations sanitaires.

12.2 Le dialogue est plus efficace que les campagnes de sensibilisation descendantes

Les séances les plus appréciées étaient celles qui laissaient une large place à la discussion.
Les participants souhaitaient comprendre les raisons des mesures proposées plutôt que de simplement recevoir des instructions.

12.3 Les leaders communautaires sont des intermédiaires essentiels

Les leaders religieux, les autorités administratives locales et les responsables des structures visitées jouent un rôle crucial dans la diffusion des messages de prévention.
Leur implication facilite l'accès aux communautés, renforce la crédibilité des activités et favorise la diffusion des bonnes pratiques bien au-delà des bénéficiaires directs.

12.4 La communication doit être continue

L'évolution d'une épidémie s'accompagne de nouvelles questions, de nouvelles préoccupations et parfois de nouvelles rumeurs.
Les activités de sensibilisation doivent donc être répétées et adaptées à l'évolution du contexte afin de maintenir un haut niveau de vigilance au sein des communautés.

12.5 Les organisations locales jouent un rôle stratégique

Cette première phase a démontré qu'une organisation nationale profondément ancrée dans les communautés est capable de réagir rapidement à une urgence sanitaire.
Grâce à sa présence sur le terrain, AIP a pu identifier les besoins prioritaires, adapter son intervention au contexte local et mobiliser les communautés en complément des efforts des autorités sanitaires.
Cette expérience confirme que les organisations locales sont des acteurs essentiels de la préparation et de la réponse aux urgences de santé publique.

13. SUITE : LA DEUXIÈME PHASE

Les résultats obtenus durant cette première phase ont constitué une base solide pour la poursuite des activités.
S'appuyant sur les résultats de cette première phase, AIP a conçu une deuxième phase visant à renforcer la communication sur les risques et à étendre la couverture géographique des activités dans la ville de Bunia. Cette deuxième phase est décrite dans un rapport narratif séparé.
Forte des enseignements tirés de la première phase, AIP poursuivra son engagement aux côtés des autorités sanitaires, des leaders communautaires et de ses partenaires afin de contribuer

durablement à la lutte contre la maladie à virus Ebola et à la protection des populations de la province de l'Ituri.

14. SUIVI, REDEVABILITÉ ET GESTION DES RESSOURCES

AIP applique la transparence, la redevabilité et la gestion responsable des ressources comme principes fondamentaux de mise en œuvre. Pendant la première phase, des dispositifs de suivi technique, opérationnel et financier ont été utilisés pour suivre la réalisation, documenter les dépenses et appuyer la mise en œuvre par rapport aux objectifs fixés. Ces contrôles fournissent également la base des rapports aux partenaires et du suivi des problèmes de mise en œuvre identifiés pendant la période couverte.

14.1 Suivi des activités

Tout au long de la première phase, les activités ont été régulièrement suivies par l'équipe de coordination d'AIP.
Le suivi comprenait notamment :

- la planification hebdomadaire des activités ;
- la supervision des équipes de terrain ;
- la vérification de la qualité des séances de sensibilisation ;
- la collecte de données relatives aux bénéficiaires ;
- la documentation photographique des activités ;
- la rédaction de rapports de mission ;
- la compilation des informations destinées au présent rapport.

Ces mécanismes ont permis d'assurer un suivi continu de l'avancement des activités et d'identifier rapidement les ajustements nécessaires.

14.2 Gestion financière

Le rapport financier de la phase 1 est publié dans un document séparé.
Les ressources mobilisées auprès de donateurs individuels et de l'organisation de la diaspora congolaise ont été utilisées conformément aux objectifs de l'intervention.
Les dépenses engagées ont principalement concerné :

- la mobilisation des équipes de terrain ;
- les déplacements vers les sites d'intervention ;
- l'achat d'équipements de protection individuelle ;
- la production de supports de sensibilisation ;
- les coûts logistiques nécessaires à la mise en œuvre des activités.

Chaque dépense a été documentée conformément aux procédures internes de gestion financière de l'organisation. Les pièces justificatives sont conservées par AIP et peuvent être mises à la disposition des partenaires à des fins de redevabilité ou d'éventuels audits.

14.3 Redevabilité envers les partenaires

AIP considère la redevabilité comme une obligation fondamentale envers les partenaires financiers, les autorités publiques et les communautés participantes. Cela comprend une

communication rapide sur l'avancement de la mise en œuvre, une documentation transparente des résultats et des contraintes, une gestion responsable des ressources et la prise en compte des retours pertinents des partenaires dans la suite de la mise en œuvre.
Dans ce cadre, l'organisation s'engage à :

- communiquer régulièrement sur l'avancement des activités ;
- partager les résultats obtenus avec les partenaires ;
- assurer une gestion transparente des ressources ;
- documenter les réalisations ainsi que les difficultés rencontrées ;
- intégrer les recommandations formulées par les partenaires dans les phases ultérieures de l'intervention.

Cette approche contribue à renforcer la confiance entre AIP, ses partenaires et les communautés qu'elle accompagne.

14.4 Redevabilité envers les communautés

Au-delà de la redevabilité institutionnelle, AIP veille également à rendre compte de ses actions aux communautés bénéficiaires.
Les activités de sensibilisation ont été conçues comme des espaces d'échange, favorisant la participation active de la population. Les bénéficiaires étaient encouragés à poser des questions, à partager leurs préoccupations et à exprimer leurs attentes.
Les observations recueillies pendant les séances ont été prises en compte afin d'adapter les messages de prévention et de mieux répondre aux besoins identifiés sur le terrain.
Cette approche contribue à renforcer l'appropriation communautaire de l'intervention et à améliorer la qualité des actions mises en œuvre.

15. CONCLUSION

La période couverte par le rapport démontre l'importance d'associer la riposte technique à la MVE à un engagement communautaire soutenu, à une information fiable et à une communication crédible au niveau local. À Bunia, la première phase d'AIP s'est attachée à étendre les messages de prévention et le dialogue aux personnes privées de liberté, aux femmes et aux mineurs en détention et aux fidèles des églises, où les lacunes d'information et la désinformation étaient manifestes.
Grâce à cette première phase, AIP a mis à profit sa présence locale et ses relations communautaires pour appuyer la communication sur les risques, faciliter le dialogue et identifier les préoccupations susceptibles d'affecter l'acceptation des recommandations de santé publique. L'intervention a également généré des enseignements pratiques sur l'accès, l'adaptation des messages et l'importance d'un engagement répété.
Les activités menées entre le 22 mai et le 22 juin 2026 ont sensibilisé quatre groupes vulnérables : les personnes privées de liberté, les femmes en détention, les mineurs et les communautés religieuses. Elles ont aussi permis d'identifier les principaux défis auxquels ces populations restent confrontées, notamment la persistance des rumeurs, le manque d'informations fiables et la nécessité d'intensifier les activités de sensibilisation dans les espaces publics très fréquentés.

Les enseignements de cette première phase ont directement guidé la conception d'une deuxième phase de l'intervention, visant à étendre la couverture géographique des activités et à renforcer les approches de communication communautaire (décrite dans un rapport séparé).
Africa Initiative Programme reste convaincue que les communautés sont la première ligne de défense contre les épidémies. En renforçant leurs connaissances, en promouvant leur participation et en développant des partenariats solides avec les autorités sanitaires, les responsables d'églises et l'administration pénitentiaire, il est possible de contribuer durablement à réduire les risques de transmission et à protéger les populations.
AIP reste déterminée à mettre en œuvre les activités ultérieures avec professionnalisme, transparence et redevabilité, en coordination avec le ministère de la Santé, les autorités sanitaires provinciales et ses partenaires de financement et en continuant de prêter attention aux retours des communautés et à la gestion responsable des ressources.

16. REMERCIEMENTS

Africa Initiative Programme exprime sa profonde gratitude à toutes les personnes et institutions qui ont rendu possible la mise en œuvre de cette première phase de riposte communautaire à la maladie à virus Ebola.
Nos sincères remerciements vont d'abord et avant tout aux donateurs individuels, dont la générosité nous a permis de mobiliser les ressources initiales essentielles au lancement rapide des opérations de terrain. Leur solidarité a démontré l'importance de l'engagement citoyen face aux urgences sanitaires.
Nous remercions également l'organisation de la diaspora congolaise, qui a répondu favorablement à notre appel et contribué à soutenir cette initiative communautaire, ainsi que Friends of Congo, qui nous a présentés à la Fondation Basandja, financeur de la deuxième phase. Leur confiance a renforcé la capacité d'AIP à intervenir dans un contexte particulièrement difficile.
Nos remerciements vont aussi au ministère de la Santé, aux autorités sanitaires provinciales, aux responsables des zones de santé, aux équipes des structures de santé, aux autorités administratives et pénitentiaires, ainsi qu'aux responsables des établissements religieux et éducatifs qui ont facilité l'organisation des activités.
Enfin, nous saluons le professionnalisme et le dévouement des agents de sensibilisation, des volontaires, des relais communautaires et de toute l'équipe d'Africa Initiative Programme. Leur engagement, souvent dans des conditions difficiles, a été déterminant pour la réussite de cette première phase.
Enfin, nous remercions chaleureusement les communautés de Bunia pour leur accueil, leur participation active et leur confiance. Leur implication constitue le fondement même de cette intervention et demeure un élément essentiel dans la lutte contre la maladie à virus Ebola.

17. ANNEXES

Les annexes suivantes accompagnent le présent rapport :

- **Annexe 1 :** Liste des sites d'intervention.

- **Annexe 2 :** Données de participation par activité.
- **Annexe 3 :** Supports de sensibilisation utilisés.
- **Annexe 4 :** Utilisation des contributions.
- **Annexe 5 :** Cartographie des zones d'intervention.
- **Annexe 6 :** Liste des partenaires et contributeurs clés.
- **Annexe 7 :** Liste des projets réalisés par AIP depuis 2003.

ANNEXE 1 : SITES D'INTERVENTION

Sites couverts durant la première phase
Ville de Bunia
Établissements pénitentiaires

- Prison centrale de Bunia
- Quartier des femmes (femmes et filles)
- Quartier des mineurs (garçons)

Communautés religieuses

- Trois églises partenaires ont accueilli les séances de sensibilisation

Écoles

- Écoles primaires sélectionnées pour la deuxième phase (157 élèves identifiés)

ANNEXE 2 : DONNÉES DE PARTICIPATION PAR ACTIVITÉ

Activité	Hommes	Femmes	Total
Sensibilisation des détenus adultes	-	-	120+
Sensibilisation des femmes détenues	0	67	67
Sensibilisation des mineurs	43	0 (les filles sont dans le quartier des femmes)	43
Sensibilisation dans les églises	Non enregistré	Non enregistré	180 (estimation)
Élèves identifiés	-	-	157

Équipe de mise en œuvre

- Agents de sensibilisation : 12
- Hommes : 4
- Femmes : 8

ANNEXE 3 : SUPPORTS DE COMMUNICATION UTILISÉS

Les activités de sensibilisation ont reposé sur neuf outils et supports de communication conçus pour favoriser la compréhension des messages de prévention.

Supports utilisés

- T-shirts de sensibilisation d'AIP
- Autocollants pour les postes de lavage des mains
- Messages de sensibilisation communautaire
- Présentations interactives
- Séances de questions-réponses
- Démonstrations pratiques des gestes barrières
- Gel hydroalcoolique
- Gants
- Masques de protection

ANNEXE 4 : UTILISATION DES CONTRIBUTIONS

Les activités initiales ont été rendues possibles grâce à la mobilisation rapide de ressources provenant :

- de donateurs individuels ;
- de l'organisation de la diaspora congolaise.

Ces contributions ont permis de financer :

- la mobilisation des équipes ;
- les déplacements ;
- les équipements de protection ;
- les supports de communication ;
- les activités de sensibilisation.

Le rapport financier est publié dans un document séparé.

ANNEXE 5 : CARTOGRAPHIE DES ZONES D'INTERVENTION

La principale zone d'intervention couvre la ville de Bunia, chef-lieu de la province de l'Ituri.
Les activités ont été mises en œuvre dans :

Première phase

- Prison centrale de Bunia
- Quartier des femmes (femmes et filles)
- Quartier des mineurs (garçons)
- Églises partenaires
- Écoles ciblées

ANNEXE 6 : PARTENAIRES ET CONTRIBUTEURS

Autorités publiques

- Ministère de la Santé
- Division provinciale de la Santé de l'Ituri
- Zone de santé de Bunia
- Administration de la prison centrale de Bunia

Structures communautaires

- Leaders communautaires
- Leaders religieux
- Responsables d'établissements scolaires
- Relais communautaires

Personnel technique

- Équipe locale d'Africa Initiative Programme
- Agents communautaires de sensibilisation
- Volontaires
- Professionnels de santé partenaires

Soutien financier

- Donateurs individuels
- Friends of Congo (présentation à la Fondation Basandja)
- L'organisation de la diaspora congolaise

Experts ayant contribué aux activités

- **Dr WASSO BASUBI Jean Claude, MD, MPH** – Coordonnateur médical, spécialiste de santé publique, ayant de l'expérience dans la préparation, la prévention et la riposte aux épidémies d'Ebola, de mpox, de rougeole et de peste.
- **Pacifique Musaghi** – Mobilisateur communautaire d'Africa Initiative Programme, impliqué dans les activités de terrain depuis la création de l'organisation et très engagé dans la sensibilisation des communautés de Bunia.

ANNEXE 7 : PROJETS RÉALISÉS PAR AIP DEPUIS 2003

Depuis novembre 2003, AIP a réalisé les projets suivants, principalement en Ituri.

N°	Projet	Bailleur	Localisation	Montant
1	Édification de la paix dans la région des Grands Lacs	Oxfam Novib et NED	Région des Grands Lacs	80 000 USD
2	Dialogue intercommunautaire	Union européenne	Est de la RDC	500 000 EUR
3	Sensibilisation des communautés d'accueil (RDC)	PNUD ComRec	Ituri	29 952 USD
4	Réinsertion des ex-combattants	PNUD ComRec	Ituri	46 772 USD
5	Projet d'activités génératrices de revenus (AGR)	PNUD ComRec	Bunia	27 952 USD
6	Diagnostic villageois	PNUD ComRec	Irumu	29 900 USD
7	Sensibilisation au processus électoral	Urgent Action Fund	Ituri	5 000 USD
8	Édification de la paix en Ituri	ASDI (Sida)	Ituri	60 000 EUR
9	Édification de la paix en Ituri	ASDI (Sida)	Ituri	160 000 EUR
10	Renforcement des capacités des femmes en édification de la paix dans les régions post-conflit	Global Fund for Women	Ituri	15 000 USD
11	Concertation des chefs coutumiers, de collectivité et des groupements du territoire de Djugu	PNUD ComRec	Nizi	8 900 USD
12	Réinsertion des démobilisés du DDR 3	PNUD ComRec	Irumu	115 196 USD
13	Diagnostic villageois en territoire d'Irumu	PNUD ComRec	Irumu	28 235 USD
14	Diagnostic villageois en territoire de Mambasa	PNUD ComRec	Mambasa	25 200 USD
15	Sensibilisation des communautés d'accueil en DDR 3	PNUD ComRec	Irumu	25 297 USD
16	Projet d'identification des besoins et d'appui au développement (« CLD ») en territoire d'Irumu	PNUD – bureau de terrain	Irumu	22 197 USD

17	Projet d'identification des besoins et d'appui au développement (« CLD ») en territoire de Mambasa	PNUD – bureau de terrain	Mambasa	20 722 USD
18	Projet d'appui et d'accompagnement psychosocial des victimes de crimes de guerre en territoire d'Aru (retournés, victimes de violences et déplacés dans 3 sites d'accueil)	Fonds au profit des victimes de la CPI (CPI/TFV)	Aru	78 702 USD
19	Projet de sensibilisation au désarmement civil volontaire en Ituri (4 sites pilotes à Mahagi, Djugu et Irumu ; l'un d'eux couvre deux localités)	PNUD – bureau de terrain	Bunia	136 092 USD
20	Projet de sensibilisation des communautés de 2,5 quartiers de Bunia (deux quartiers et la moitié d'un troisième) dans le cadre de la nouvelle doctrine de la police de proximité en vue d'une sécurité communautaire	PNUD – bureau de terrain / Kinshasa	Bunia	5 140 USD
21	Projet d'autonomisation des femmes par l'accès à la justice en faveur des victimes de violences sexuelles en territoire d'Irumu, à Kasenyi et environs	PNUD – bureau de terrain de Goma	Bunia et Kasenyi	18 000 USD
22	Projet de sensibilisation en porte-à-porte sur la réforme de la PNC, phase II	PNUD – bureau de terrain / Kinshasa	Cité de Bunia	11 075 USD

Total des fonds reçus et gérés : 729 332 USD et 720 000 EUR.