

ARTICLE DE RECHERCHE

Gestion des Risques Sanitaires des Catastrophes Naturelles à Travers les Leaders Locaux en Zones Post- Conflits au Sud-Kivu en RDC

Elias Bashimbe Raphaël^{1,2}, Mishika Lukusa Patricia³, Bitongwa Masumbuko Jacques^{1,2}, Kasororo Mwakame Alphonse⁴, Wembonyama Okitotsho Stanis^{2,3}, Tsongo Kibendelwa Zacharie⁵, Barhwamire Kabesha Théophile⁶.

¹Institut Supérieur d'Agroforesterie et de Gestion de l'Environnement de Kahuzi Bièga, RDC.

²Ecole de Santé Publique, Université de Goma, RDC.

³Université de Lubumbashi, Lubumbashi, RD Congo.

⁴Institut Supérieur des Techniques Médicales, Bukavu, RD Congo.

⁵ Université de Kisangani, Kisangani, RDCongo.

⁶Université Officielle de Bukavu, Bukavu, RDCongo.

Auteur correspondant : eliasbashimbe@gmail.com

HNSJ, 2025, 6(9); <https://doi.org/10.53796/hnsj69/26>

Reçu le 07/08/2025

Accepté le 15/08/2025

Publié le 01/09/2025

Résumé

Introduction : Au cours des deux dernières décennies, la recrudescence des catastrophes naturelles a fortement aggravé les risques sanitaires, notamment en Afrique subsaharienne. Dans un contexte de vulnérabilité structurelle au Sud-Kivu, cette étude explore le rôle des chefs communautaires d'Uvira et Kalehe dans la gestion locale des risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles, afin d'identifier leurs pratiques, défis et leviers d'action. **Méthodologie :** L'étude qualitative, menée dans les zones de santé d'Uvira et Kalehe auprès de 40 chefs communautaires sélectionnés de manière exhaustive, s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs guidés par une grille thématique, après une formation de 20 enquêteurs. Les données ont été analysées par une approche thématique inductive et comparative selon Braun & Clarke, dans le respect des principes éthiques approuvés par le comité de l'Université de Goma. **Résultats :** Les résultats montrent que les chefs des villages, d'avenues et de quartiers jouent un rôle crucial dans la gestion locale des risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles, en mobilisant des stratégies communautaires de sensibilisation, d'alerte et de réponse, malgré l'absence de soutien institutionnel. Leur action, bien que déterminante, reste limitée par le manque de ressources, de formation et de coordination avec les structures sanitaires. **Conclusion :** Les leaders locaux apparaissent à la fois comme un maillon faible institutionnellement, et un levier fort du point de vue de l'ancrage social, d'où, **il est important d'intégrer formellement ces leaders communautaires dans les dispositifs locaux de gestion des risques sanitaires, en les formant et en les dotant d'outils adaptés pour renforcer la capacité d'adaptation en santé publique.**

Mots Clés: Gestion des risques sanitaires; Leaders locaux; Catastrophes naturelles; Zones de santé d'Uvira et de Kalehe.

RESEARCH TITLE

Health Risk Management of Natural Disasters through Local Leaders in Post-Conflict Areas in South Kivu, DRC

Abstract

Introduction: Over the past two decades, the upsurge in natural disasters has significantly exacerbated health risks, particularly in sub-Saharan Africa. In the context of structural vulnerability in South Kivu, this study explores the role of community leaders in Uvira and Kalehe in the local management of health risks associated with natural disasters, with the aim of identifying their practices, challenges, and operational levers. **Methodology:** This qualitative study, conducted in the health zones of Uvira and Kalehe, involved 40 community leaders selected exhaustively. Data collection was based on semi-structured interviews guided by a thematic framework, following the training of 20 local investigators. The data were analyzed using an inductive and comparative thematic analysis approach, following Braun and Clarke's framework, and in accordance with ethical principles approved by the Ethics Committee of the University of Goma. **Results:** The findings show that village, avenue, and neighborhood leaders play a crucial role in the local management of health risks related to natural disasters, by mobilizing community-based strategies for awareness, early warning, and response despite the absence of formal institutional support. While their contribution is essential, it remains limited by a lack of resources, training, and coordination with health structures. **Conclusion:** Local leaders appear both as an institutional weak link and a strong asset in terms of social anchorage. Therefore, it is essential to formally integrate these community leaders into local health risk management systems by providing them with training and appropriate tools to strengthen public health adaptive capacity.

Key Words: *Health risk management; Local leaders; Natural disasters; Uvira and Kalehe health zones.*

I. INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, le monde a connu une recrudescence des catastrophes naturelles aux conséquences sanitaires majeures, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Entre 2000 et 2019, plus de 7 348 catastrophes naturelles majeures ont été recensées dans le monde, affectant plus de 4,2 milliards de personnes et causant 1,23 million de décès (UNDRR, 2020). L'Afrique subsaharienne, en particulier, a vu la fréquence des inondations quadrupler entre 1980 et 2020 (CRED & UNDRR, 2022), exposant de vastes populations à des risques sanitaires accrus, notamment les épidémies d'origine hydrique, les traumatismes physiques, la malnutrition et les troubles psychosociaux (WHO, 2021).

Des études antérieures ont souligné que l'efficacité des réponses aux catastrophes dépend en grande partie du capital social, de la confiance mutuelle, et de la capacité des communautés à se mobiliser localement (Aldrich, 2019 ; Barbelet, 2018). Toutefois, d'autres recherches ont également révélé les limites des approches communautaires non structurées : en Haïti, au Sahel ou même en RDC, plusieurs initiatives communautaires ont échoué à cause d'un manque de formation, de financement durable, ou de coordination avec les acteurs étatiques et humanitaires (Schuller, 2016 ; WHO, 2020 ; UNICEF, 2022).

En République Démocratique du Congo (RDC), les catastrophes naturelles s'ajoutent à une série de vulnérabilités structurelles déjà aiguës. La province du Sud-Kivu, marquée par des conflits chroniques, une pauvreté généralisée et un faible accès aux services essentiels, est particulièrement sujette aux risques naturels. À titre illustratif, les inondations et glissements de terrain survenus dans le territoire de Kalehe en mai 2023 ont causé plus de 440 décès, 5 500 disparus, et la destruction de plus de 1 800 habitations (OCHA, 2023 ; UNICEF, 2023). À Uvira, entre 2020 et 2024, plusieurs épisodes de montée du niveau du lac Tanganyika ont affecté plus de 70 000 personnes, endommageant les infrastructures sanitaires, contaminant les sources d'eau potable et favorisant la propagation du choléra et de la typhoïde (AFD, 2021 ; IRC, 2023). Face à la faiblesse des dispositifs institutionnels de prévention et de réponse, les communautés locales se retrouvent souvent seules face aux risques. Dans les zones de santé d'Uvira et de Kalehe, les chefs d'avenues, de quartiers et de villages se positionnent comme les premiers intervenants lors des catastrophes. Ils jouent un rôle central dans la mobilisation des habitants, l'organisation de l'alerte communautaire, la coordination de la distribution de l'aide humanitaire, et la transmission des alertes aux autorités locales. Cependant, leurs interventions demeurent largement informelles, peu soutenues par les politiques publiques, et souvent invisibilisées dans les dispositifs institutionnels de gestion des catastrophes naturelles. Dans ce contexte, la présente étude s'intéresse à la gestion communautaire des risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles, à partir d'une analyse qualitative conduite auprès des chefs de villages, d'avenues et de quartiers dans les zones de santé d'Uvira et de Kalehe.

Les leaders locaux, en tant qu'acteurs de proximité, jouent un rôle essentiel dans la veille communautaire, la mobilisation sociale et la médiation avec les structures officielles. Cependant, leur action se heurte à un déficit de ressources, à une gouvernance fragmentée et à une coordination insuffisante de l'aide humanitaire, ce qui limite l'efficacité des réponses aux urgences sanitaires (UNDRR, 2019; IFRC, 2021). Cette situation interroge sur les mécanismes à mettre en place pour renforcer leur rôle stratégique et structurer une gouvernance locale capable d'anticiper, de prévenir et de gérer durablement les impacts sanitaires des catastrophes naturelles dans un environnement marqué par les séquelles du conflit armé.

Cette étude vise à documenter les types de catastrophes vécues, les risques sanitaires perçus, les modes de réponse communautaire, les attentes vis-à-vis des autorités, et les

recommandations émises pour améliorer la gestion locale des catastrophes. Elle cherche également à savoir : ***comment les leaders locaux (les chefs d'avenues, de villages et de quartiers) participent-ils à la gestion des risques sanitaires des catastrophes naturelles dans les zones de santé du Sud-Kivu, et quelles stratégies durables pourraient être mises en place pour renforcer leur rôle dans un cadre systémique et coordonné ?***

II. METHODOLOGIE

2.1. Cadre de l'étude : L'étude s'est déroulée dans les zones de santé d'Uvira qui est limitée au nord par la zone de santé rurale de Ruzizi, au sud par Nundu, à l'est par le Burundi via le lac Tanganyika, et à l'ouest par les Hauts Plateaux. Et celle de Kalehe est limitée au nord par la zone de santé de Minova, au sud par Katana, à l'ouest par Bunyakiri et à l'est par le lac Kivu.

2.2. Type d'étude : il est transversal car il a permis d'évaluer, à un moment donné, la gestion des risques sanitaires des catastrophes naturelles par les chefs des villages, des quartiers et d'avenues des zones de santé concernées par l'étude.

2.3. Population de l'étude : elle est constituée des chefs d'avenues, chefs des quartiers et les chefs des villages des zones de santé ciblées affectées par les catastrophes naturelles.

2.4. Choix et taille de l'échantillonnage

2.4.1. Choix de l'échantillon : il repose sur un échantillon exhaustif pour la sélection des leaders locaux (chefs des villages, d'avenues et des villages) participants à l'étude dans les différentes aires de santé des zones de santé d'Uvira et de Kalehe.

2.4.2. Taille de l'échantillon :

Nous sommes arrivés à un échantillon de 40 chefs des villages, des quartiers et d'avenues dans les deux zones de santé selon que la saturation des données a été observée.

2.5. Techniques de collecte des données :

a. **Revue documentaire :** Elle a permis d'examiner des ouvrages, articles scientifiques et rapports annuels des zones de santé d'Uvira et Kalehe, afin de contextualiser la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles et d'alimenter la discussion des résultats.

b. **Grille de collecte des données :** Élaborée sous forme de guide d'entretien semi-directif, elle a orienté les échanges lors des interviews individuels avec les chefs de villages, d'avenues et de quartiers, en abordant les catastrophes vécues, les impacts sanitaires, les réponses communautaires et la perception de la gestion locale.

2.6. Collecte des données

La collecte des données qualitatives s'est faite par **entretiens semi-directifs** auprès de 40 **chefs de villages, d'avenues et de quartiers** d'Uvira et de Kalehe, à l'aide d'un **guide thématique structuré** explorant leurs expériences, perceptions sanitaires et pratiques de gestion des catastrophes naturelles. Une **formation préalable de 20 enquêteurs**, issus de la santé publique, de la médecine et des sciences sociales, a été réalisée pour assurer la rigueur de la collecte. Les entretiens, menés en langue locale (souvent le swahili), ont été **enregistrés avec consentement, puis transcrits et anonymisés**.

2.7. Plan de traitement et analyse des données

Les données qualitatives ont été analysées selon une **approche thématique inductive et comparative inter-sites** (Uvira vs Kalehe), basée sur la méthode de Braun & Clarke (2006). L'analyse a suivi six étapes : de la **familiarisation** avec les données à la **rédaction du rapport**, en passant par le **codage initial**, l'identification et la **revue des thèmes**, puis leur définition et leur **interprétation contextuelle**. Les informations ont été structurées en **thèmes et sous-thèmes** appuyés par des **verbatim illustratifs** issus des chefs. **Schéma analytique :** Transcription → Codage ouvert → Regroupement thématique → Codage axial → Triangulation → Analyse comparative → Synthèse interprétative.

2.8. Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le comité éthique de l'université de Goma, avec l'autorisation portant le numéro UNIGOM:/CEM/003/2024. Les objectifs de l'étude ont été expliqués aux chefs participants à l'étude afin d'obtenir leur consentement éclairé. Leur participation était volontaire et sans aucune contrainte. Les données ont été collectées de manière anonyme, et la confidentialité des résultats a été garantie.

III. RESULTATS

Types de catastrophes naturelles rencontrées

Alors que dans la zone de santé d'Uvira, les chefs des avenues et des quartiers montraient plus des Inondations, débordements de cours d'eau, montée des eaux du lac Tanganyika comme faisant parties des de types des catastrophes naturelles rencontrés, pendant que les chefs des villages de la zone de santé de Kalehe c'étaient plus des Éboulements, glissements de terrain, tremblements de terre. « *Inondation, éboulements, montée de l'eau du lac Tanganyika* » (Uvira) ; « *Éboulement de terrain à Bushushu, des morts et déplacements* » (Kalehe). Les perceptions des catastrophes sont liées aux réalités géographiques. Uvira est plus exposée à des risques hydriques, Kalehe à des risques géologiques.

Conséquences perçues sur la santé et la vie communautaire

Les chefs des villages de la zone de santé de Kalehe interrogés évoquaient des blessures, des décès, des déplacements, l'isolement, comme étant des conséquences perçues sur la santé et la communauté, néanmoins, les chefs d'avenues et des quartiers de la zone de santé d'Uvira avaient plus cité les maladies d'origine hydrique, stress, pertes économiques. « *Risque choléra, fièvre typhoïde* » (Uvira) ; « *Blessures, stress, perte de biens* » (Kalehe). Les communautés identifient directement les conséquences sanitaires visibles. Uvira parle de maladies comme le choléra ; Kalehe insiste sur les blessures, traumatismes et pertes humaines. Cela reflète un lien entre la nature de la catastrophe et ses effets sanitaires.

Risques sanitaires prioritaires identifiés

Les chefs des avenues, des quartiers et des villages interrogés de ces deux zones de santé n'avaient relevé que le choléra, fièvre typhoïde, blessures, contamination de l'eau, maladies respiratoires. Etaient des risques sanitaires les plus prioritaires identifiés. « *Différentes maladies et accidents* » ; « *Nous avons eu des épidémies après les inondations* ». Les risques sont bien identifiés. Les chefs communautaires associent les catastrophes à des pathologies spécifiques. Toutefois, peu font mention de mécanismes d'alerte épidémiologique formels.

Attitudes communautaires et stratégies locales

Dans la zone de santé d'Uvira, les sensibilisations, porte-à-porte, mobilisation spontanée et des réunions locales, systèmes d'alerte artisanaux (microphone, tam-tam). dans celle de Kalehe étaient des attitudes et stratégies les plus utilisées dans le cadre de gestion des risques sanitaires des catastrophes naturelles.

« *Nous sensibilisons les gens d'utiliser le chlore* » (Uvira) ; « *Nous passons avec les microphones pour avertir* » (Kalehe). Malgré des ressources limitées, les communautés déploient des stratégies adaptées à leur contexte. À Uvira, l'usage du chlore est promu. À Kalehe, l'alerte passe par des moyens traditionnels. Ces stratégies démontrent une résilience locale mais aussi des limites systémiques (pas de système formalisé).

Perception de la gestion des risques et coordination locale

Dans la zone de santé d'Uvira, la bonne volonté, mais manque de coordination et d'appui

extérieur et des Initiatives communautaires, mais un sentiment d'abandon par les autorités dans celle de Kalehe était beaucoup perçu dans la gestion des risques et coordination au niveau local. « *Nous gérons bien ces risques, mais sans moyens* » (Uvira) ; « *Pas de bonne gestion, manque de coordination* » (Kalehe) ; « *Coordination avec la Croix-Rouge locale* » ; « *Réunions avec les leaders communautaires* ». L'autogestion domine. Les répondants notent l'absence d'un plan formel de contingence ou d'intervention. À Kalehe, le besoin d'appui est criant. À Uvira, certains évoquent l'intervention d'ONGs, mais la durabilité des actions est remise en question.

Table 1: Matrice thématique : Résumé synthétique des données/résultats qualitatifs issus des chefs des villages, des quartiers et des chefs d'avenues des zones de santé d'Uvira et de Kalehe au Sud-Kivu en RDC.

<i>Thème principal</i>	<i>Sous-thèmes / catégories</i>	<i>Verbatims</i>	<i>Interprétation / Analyse</i>
Types de catastrophes naturelles	- Inondations- Éboulements- Montée des eaux- Tremblements de terre	« Inondations, tremblement de terre » « Montée de l'eau du lac »	Exposition récurrente à plusieurs types de catastrophes, dominée par les inondations.
Risques sanitaires perçus	- Maladies hydriques (choléra, typhoïde)- Blessures/traumatismes- Décès- Stress psychologique	« Risque choléra, fièvre typhoïde » « Blessures, stress » « La mort »	Les catastrophes engendrent à la fois des effets sanitaires aigus et chroniques.
Réponses et attitudes communautaires	- Sensibilisation- Alerte (porte-à-porte, microphone)- Réunions locales	« En organisant des réunions » « Porte-à-porte » « Nous passons avec le microphone »	Les leaders communautaires agissent comme premiers intervenants, via des mécanismes informels.
Perceptions de la gestion institutionnelle	- Faible appui de l'État- Présence ponctuelle des ONG- Manque de préparation	« Faible intervention » « L'État peut nous aider » « Rien de spécial »	Attentes fortes envers les autorités et frustration face à l'absence de mesures structurelles.
Rôle des chefs de villages/quartiers	- Sensibilisation- Alerte aux autorités- Coordination locale	« Informer les autorités compétentes » « Sensibilisation des personnes »	Rôle central dans la mobilisation, la communication et la coordination communautaire.
Aide humanitaire reçue	- Vivres/non-vivres- Médicaments- Aucune aide reçue dans certains milieux	« Les habits, à manger » « Rien » « Oxygène croix rouge »	Aide hétérogène et mal répartie, souvent insuffisante ou absente.
7. Gestion communautaire de l'aide	- Distribution aux sinistrés- Gestion collective- Absence de stratégie claire	« Distribution » « Sans succès » « Nous les approchons pour les consoler »	Organisation variable selon les milieux ; certains réussissent mieux que d'autres.
Recommandations communautaires	(i) <i>Avant</i> : alerte, plan de contingence, reboisement (ii) <i>Pendant</i> : soins d'urgence, équipes de secours (iii) <i>Après</i> : relèvement, curage, médicaments	« Construire les caniveaux » « Postes de secours » « Curage des rivières »	Les populations ont une compréhension claire des actions à prendre à chaque étape du cycle de gestion du risque.

Les données révèlent une forte implication des chefs des villages, des quartiers et des avenues dans la gestion des risques sanitaires des catastrophes naturelles, mais aussi un sentiment d'abandon institutionnel. Les stratégies communautaires s'appuient sur la sensibilisation, la solidarité et la résilience locale. Toutefois, ces efforts sont limités par le manque de ressources, la faiblesse des infrastructures et l'insuffisance des réponses institutionnelles. Une approche multisectorielle intégrant les savoirs locaux et renforçant les capacités des chefs communautaires est essentielle pour améliorer durablement la gestion des risques sanitaires à Uvira et Kalehe au Sud-Kivu en RDC.

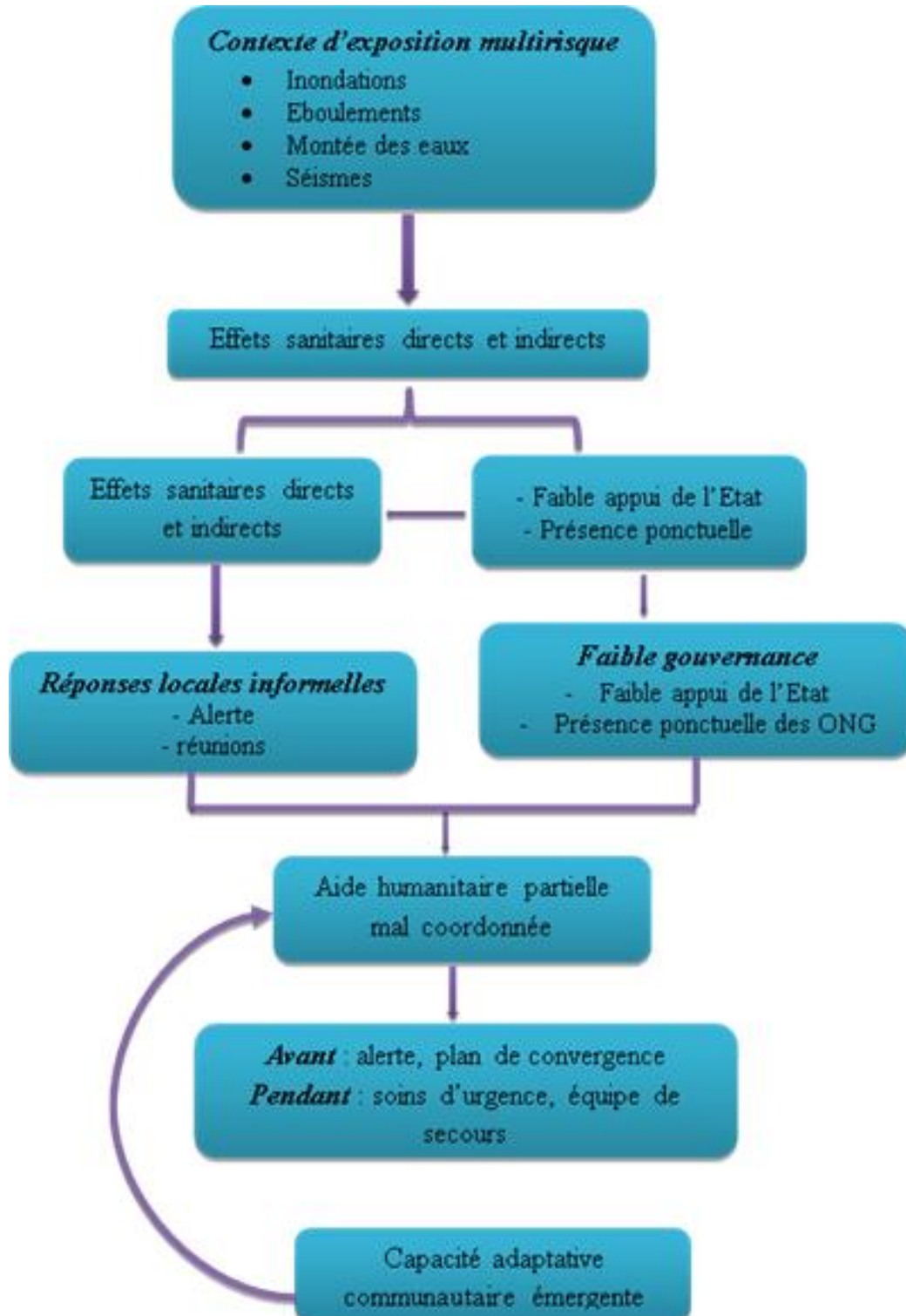


Figure 1: Modelé de gestion des risques sanitaires (données qualitatives) liées aux catastrophes naturelles en lien avec les leaders locaux (chefs des villages, d'avenues et des quartiers).

Table 2: Liaison entre les cadrans du modèle et la gestion des risques sanitaires avec les leaders locaux

Cadrant du modèle	Rôle et lien avec la gestion des risques sanitaires	Rôle spécifique des leaders locaux
<i>Contexte d'exposition multirisque</i>	Il définit la réalité environnementale dans laquelle évolue la communauté : catastrophes naturelles récurrentes (inondations, éboulements, montée des eaux, séismes). Cette exposition constante crée un terreau fertile pour l'apparition de risques sanitaires majeurs (épidémies, traumatismes, malnutrition).	Les leaders locaux identifient et nomment les types de catastrophes qui touchent leurs communautés. Ils jouent un rôle de veille communautaire et de documentateurs empiriques de la fréquence et de l'intensité des aléas.
<i>Effets sanitaires directs et indirects</i>	Les catastrophes engendrent des conséquences sanitaires telles que : maladies hydriques (choléra, typhoïde), traumatismes physiques, décès, et troubles psychologiques. La gestion des risques sanitaires consiste ici à prévenir, détecter précocement, et répondre efficacement à ces effets.	Les leaders communautaires rapportent ces effets à travers des verbatim empiriques . Ils sont les premiers à constater les cas de choléra ou de décès et à mobiliser la communauté pour des mesures préventives ou curatives locales .
<i>Réponses locales informelles</i>	Il s'agit de mécanismes communautaires spontanés de gestion du risque : alerte par porte-à-porte ou mégaphone, organisation de réunions communautaires. Ces actions représentent la première ligne de défense face à une catastrophe.	Les chefs sont des acteurs clés de la gestion de crise , en coordonnant l'alerte, la mobilisation et la communication intra-communautaire. Ce sont souvent eux qui alertent les autorités et qui créent une dynamique locale de riposte .
<i>Faible gouvernance</i>	Ce cadrant souligne les limites structurelles : faible présence de l'État, absence de plans de contingence, interventions sporadiques des ONG . Il révèle une faille dans la coordination verticale entre la base communautaire et les structures officielles.	Les leaders locaux expriment leur frustration face au manque d'appui institutionnel , tout en jouant le rôle d' intermédiaires entre les populations et les autorités sanitaires . Ils demandent un renforcement de la gouvernance partagée .
<i>Aide humanitaire partielle/mal coordonnée</i>	L'aide reçue est souvent inégale, non planifiée, ou inadaptée aux besoins réels des communautés affectées. Cela affecte l'efficacité de la gestion des risques sanitaires, surtout en phase d'urgence.	Les leaders participent à la réception, la redistribution ou la dénonciation de l'inefficacité de l'aide. Leur connaissance du terrain est essentielle pour un ciblage équitable des sinistrés .
<i>Propositions/avis communautaire /leaders locaux</i>	Les leaders proposent une vision cyclique du risque (avant, pendant, après) : mise en place de caniveaux, postes de secours, curage des rivières, reboisement, médicaments. Cela correspond aux piliers de la gestion des risques (prévention, préparation, réponse, relèvement).	Ils sont auteurs de recommandations adaptées au contexte local , formulées à partir de leur expérience. Ils demandent des plans de contingence, des ressources pour les soins d'urgence, et des infrastructures durables.
<i>Capacité adaptative communautaire émergente</i>	Ce cadrant exprime le processus long et progressif d'autonomisation des communautés face aux catastrophes. Il se construit à travers l'accumulation d'expériences, de mécanismes locaux et d'interactions avec les partenaires extérieurs .	Les leaders sont les piliers de cette résilience , car ils structurent la mémoire des catastrophes, transmettent les leçons apprises et organisent les dynamiques de reconstruction communautaire (physique, sociale et psychologique).

IV. DISCUSSION

Typologie des catastrophes naturelles : exposition plurielle, menace permanente

Les chefs d'avenues et de villages interrogés décrivent une diversité de catastrophes naturelles auxquelles leurs communautés sont régulièrement confrontées, notamment les **inondations**, les **éboulis**, la **montée des eaux**, ainsi que des **tremblements de terre**. Ces observations empiriques rejoignent celles documentées par Twigg et al. (2017) qui soulignent la multifactorialité des risques dans les zones tropicales instables comme l'Est de la RDC. L'élément dominant reste l'inondation, perçue comme une menace récurrente affectant habitations, routes, terres agricoles et infrastructures sanitaires. L'exposition répétée à ces événements alimente un cycle de vulnérabilité chronique dans les communautés riveraines (Kienberger & Hagenlocher, 2016). En effet, comme le notent les répondants, la montée des eaux du lac est perçue comme une manifestation prévisible mais incontrôlable. Cette représentation populaire est importante car elle influence la préparation communautaire, souvent marquée par la résignation. Selon Wisner et al. (2022), la typologie des risques naturels devient un enjeu fondamental pour la planification participative. Dans les localités de Kalehe et Uvira par exemple, les perceptions communautaires indiquent une conscience aiguë de l'évolution des risques, mais une incapacité à y faire face structurellement, faute de ressources.

Risques sanitaires perçus : entre maladies infectieuses, traumatismes et stress

Les données recueillies révèlent une **conscience élevée des impacts sanitaires** des catastrophes naturelles. Le **choléra**, la fièvre **typhoïde**, les **blessures**, et même le **stress psychologique** sont fréquemment mentionnés. Ces risques perçus sont cohérents avec la littérature sur les zones post-catastrophes, notamment dans les contextes où les systèmes de surveillance épidémiologique sont faibles (WHO, 2021). Les maladies hydriques apparaissent comme les menaces les plus directes, corroborant les résultats de Kaboré et al. (2020) dans des contextes similaires en Afrique subsaharienne. L'exposition à des eaux stagnantes ou contaminées après inondation favorise l'émergence de foyers de choléra, avec un effet domino sur l'ensemble de la communauté, notamment les enfants et les femmes enceintes. Le stress psychologique, bien que moins visible, est également une conséquence majeure des catastrophes naturelles. Comme le soutient Patel et al. (2017), les populations déplacées ou sinistrées développent des troubles anxieux, des syndromes de stress post-traumatique et des formes dépressives négligées dans les politiques de réponse. Les verbatims recueillis (« la mort », « stress ») illustrent cette douleur silencieuse mais persistante.

Réponses et attitudes communautaires : leadership de proximité et résilience spontanée

Face à ces menaces, les communautés locales, sous l'impulsion de leurs chefs d'avenue et de quartier, mettent en œuvre des mécanismes de réponse de type **alerte communautaire**, **réunions locales** et **porte-à-porte**. Ces modes d'action s'apparentent à des stratégies d'adaptation sociale, souvent improvisées mais porteuses de sens local (Pelling & Dill, 2019). L'utilisation de moyens rudimentaires comme les **micros communautaires**, les **sifflets**, ou encore les **crieurs publics** illustre une mobilisation endogène des ressources de communication, ce qui rejoint les constats de Gaillard et al. (2015) dans les communautés à faible accès technologique. Il s'agit de systèmes d'alerte précoces traditionnels mais fonctionnels, lorsqu'ils sont relayés rapidement. Cette réponse locale repose sur un capital social fort, mais elle atteint ses limites lorsque l'événement dépasse les capacités logistiques des communautés. L'absence de formation spécialisée, de plans d'évacuation standardisés ou d'outils de coordination avec les services de secours institutionnels constitue une faille majeure, comme l'ont aussi constaté Mutebi et al. (2022) en Ouganda.

Perceptions de la gestion institutionnelle : espoirs déçus et sentiment d'abandon

Les chefs interrogés expriment une **insatisfaction manifeste** vis-à-vis des interventions des autorités. Le manque de **préparation étatique**, l'intervention **ponctuelle et sporadique des ONG**, ainsi que **l'absence d'une stratégie nationale cohérente** sont régulièrement dénoncés. Cette critique rejoint les analyses de Mavhura (2019) au Zimbabwe, où l'absence d'une coordination entre institutions locales, provinciales et nationales aggrave les impacts des catastrophes. Dans le contexte de l'Est de la RDC, la faiblesse de l'État, liée à l'instabilité chronique, rend difficile une prise en charge proactive des risques. De plus, les ONG internationales sont souvent perçues comme des acteurs **éphémères**, intervenant selon des logiques de projet à court terme sans ancrage durable (Ferris, 2020). Le sentiment de marginalisation ressenti par les communautés découle donc à la fois d'une faiblesse logistique, budgétaire et communicationnelle des institutions.

Le rôle central des chefs locaux dans la gouvernance des risques

Les chefs de quartiers apparaissent comme les **pivots de la gouvernance locale** en matière de gestion des catastrophes. Ils assurent des fonctions de **communication**, de **coordination locale**, et de **mobilisation communautaire**. Leur rôle est d'autant plus important que les institutions formelles sont peu présentes ou faiblement dotées. Cette réalité est appuyée par plusieurs études démontrant que les structures coutumières et communautaires jouent un rôle essentiel dans la **résilience sociale** (Manyena et al., 2016). En l'absence d'acteurs institutionnels, ces leaders endossent des responsabilités informelles mais cruciales : alerte, identification des besoins, médiation, liaison avec les ONG. Cependant, ces chefs manquent souvent de formation en gestion des catastrophes et de soutien logistique. Leur potentiel est donc sous-exploité, malgré leur **légitimité sociale** (Donovan, 2017). Un renforcement ciblé de leurs capacités pourrait améliorer significativement la gouvernance communautaire des risques sanitaires.

Aide humanitaire reçue : accessibilité variable et perceptions d'injustice

Les données issues des entretiens révèlent une **hétérogénéité marquée** dans l'accès à l'aide humanitaire. Certains chefs rapportent avoir reçu des **vivres, médicaments**, ou encore des **vêtements**, tandis que d'autres affirment n'avoir **rien reçu**. Cette disparité crée un **sentiment d'iniquité** et de **frustration**, parfois aggravé par des soupçons de favoritisme ou de clientélisme. Ces constats font écho aux travaux de de Waal (2018), qui montre que l'aide humanitaire peut devenir un facteur de tensions locales lorsqu'elle est mal ciblée ou mal répartie. De même, une étude de Laut et al. (2020) dans les Balkans indique que l'absence de mécanismes transparents de distribution alimente la défiance des communautés vis-à-vis des ONG et des autorités locales. L'aide d'urgence, bien qu'essentielle, est souvent critiquée pour sa **temporalité courte**, son **absence de durabilité** et son **insuffisance face à l'ampleur des besoins**. Les témoignages mentionnant des dons de vêtements ou de nourriture ponctuelle reflètent cette logique de secours immédiat sans stratégie d'accompagnement. Le cas des interventions de la Croix-Rouge, cité par les chefs locaux, met en lumière l'importance d'une **coordination humanitaire renforcée**, avec un rôle plus structurant pour les acteurs communautaires, capables de cartographier les vulnérabilités et d'orienter efficacement les ressources.

Gestion communautaire de l'aide : stratégies locales entre solidarité et désorganisation

Dans plusieurs témoignages, les chefs d'avenue évoquent des efforts pour **distribuer équitablement l'aide** ou pour **consoler les sinistrés**. Cependant, d'autres rapportent une **absence de stratégie**, des **échecs dans la gestion collective** ou une **mauvaise organisation des distributions**. Ce contraste illustre le niveau de préparation variable entre villages, en

fonction du leadership, de la cohésion sociale et de l'expérience antérieure des catastrophes. Ces résultats rejoignent l'analyse de Aldrich (2019), qui affirme que le **capital social** – confiance, réciprocité, réseaux communautaires – est un déterminant majeur de la qualité de la gestion post-catastrophe. Là où il est élevé, la réponse est plus fluide et mieux acceptée ; là où il est faible, des conflits et une désorganisation peuvent survenir. La gestion locale de l'aide reste ainsi fortement dépendante de la **structuration informelle** des communautés. Selon Barbelet (2018), renforcer les **capacités organisationnelles** des leaders locaux permet d'améliorer la justice distributive et la transparence dans les zones sinistrées. Cela implique de passer d'un modèle « top-down » à un **modèle co-construit** avec les communautés.

Vers une approche intégrée avant, pendant et après la catastrophe

Les chefs d'avenues, de quartiers et de villages formulent des **recommandations pragmatiques** pour améliorer la gestion des risques sanitaires. Celles-ci sont structurées selon les **trois phases** de la catastrophe : (i) **Avant la catastrophe** : mise en place d'un **système d'alerte précoce**, élaboration d'un **plan de contingence**, et **reboisement** des zones vulnérables. Ces suggestions s'inscrivent dans une logique de réduction des risques et de prévention structurelle, conformément aux orientations du **Cadre de Sendai** (UNDRR, 2015). (ii) **Pendant la catastrophe** : besoin d'**équipes d'intervention rapide**, de **médicaments d'urgence**, et d'un système de **prise en charge immédiate des blessés**. Cela implique la mise à disposition de **kits sanitaires** pré-positionnés et de **formations communautaires** aux premiers secours. (iii) **Après la catastrophe** : les recommandations portent sur le **relèvement précoce**, la **réhabilitation des infrastructures**, le **curage des caniveaux** et la **prise en charge post-traumatique**. Ce volet est crucial pour éviter les effets secondaires chroniques des crises (déplacements, épidémies, insécurité alimentaire...). Ces suggestions concordent avec les stratégies recommandées par le **WHO Health Emergency and Disaster Risk Management Framework** (WHO, 2021) qui prône une approche holistique centrée sur les **capacités locales**, l'**inclusivité** et la **continuité de la réponse**.

Rôle stratégique des leaders locaux dans la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles en zones post-conflits

La gestion des risques sanitaires des catastrophes naturelles en zones post-conflits repose sur une articulation claire entre les dimensions structurelles du risque et l'action communautaire, incarnée par les leaders locaux. Le contexte d'exposition multirisque, marqué par des aléas récurrents, accentue la vulnérabilité sanitaire (Wisner et al., 2022). Les effets directs et indirects, tels que les épidémies et les traumatismes, nécessitent une détection précoce et une mobilisation rapide, rôle que les leaders assument en première ligne (IFRC, 2021). Les réponses locales informelles constituent la première barrière de protection, mais sont limitées par une gouvernance faible et des aides humanitaires mal coordonnées (UNDRR, 2019). En l'absence d'appui institutionnel, ces acteurs assurent la liaison entre la population et les autorités, tout en plaçant pour des plans de contingence adaptés (Alexander, 2020). Leurs propositions, ancrées dans l'expérience et la connaissance du terrain, visent à renforcer la prévention, la préparation, la réponse et le relèvement post-catastrophe (Sphere Association, 2018). Enfin, leur rôle dans le développement d'une capacité adaptative communautaire contribue à la résilience collective et à l'amélioration durable de la santé publique locale (Paton & Johnston, 2017).

V. CONCLUSION

L'analyse qualitative issue des perceptions des **chefs de villages, d'avenues et de quartiers** dans les zones de santé sinistrées du Sud-Kivu (RDC) révèle une réalité à la fois dramatique et pleine d'enseignements. Les données montrent que les communautés sont **hautement**

exposées à des catastrophes naturelles multiples, avec des **conséquences sanitaires graves**, notamment les maladies hydriques, les traumatismes et les souffrances mentales. En l'absence d'un soutien structuré, les réponses sont portées par des mécanismes **locaux, spontanés et informels**, incarnés principalement par les **leaders communautaires**.

Les **faiblesses institutionnelles**, l'**irrégularité de l'aide humanitaire**, ainsi que l'**inégalité dans la distribution des ressources**, exacerbent les vulnérabilités. Pourtant, les **capacités d'adaptation communautaire** sont bien présentes et ne demandent qu'à être **renforcées et professionnalisées**. Les recommandations formulées par les chefs locaux sont pertinentes, ancrées dans le vécu, et cohérentes avec les standards internationaux de réduction des risques. Ainsi, cette étude met en évidence la nécessité d'une approche **décentralisée, participative et multisectorielle** de la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes naturelles. Elle invite à considérer les **chefs communautaires** comme des **acteurs-clés** de la planification, de l'intervention et du relèvement. En consolidant leurs **capacités techniques**, en renforçant leur **coordination avec les institutions sanitaires** et en institutionnalisant leur rôle dans les **systèmes d'alerte communautaires**, il serait possible d'améliorer de manière significative la **résilience locale**. Enfin, les données soulignent qu'une **approche basée sur l'écoute des réalités du terrain** est indispensable pour articuler efficacement la **prévention**, la **réponse** et la **reconstruction**. Cela suppose une meilleure intégration des savoirs locaux, une reconnaissance formelle des structures communautaires et une mobilisation plus équitable des ressources humanitaires. En ce sens, l'expérience de Kalehe et Uvira offre une **leçon de gouvernance locale des risques** à fort potentiel de réplication dans d'autres zones vulnérables des continents.

Limite de l'étude :

Cette étude se concentre sur deux zones de santé spécifiques, ce qui limite son champ géographique mais permet une analyse approfondie. L'échantillon se limite aux chefs communautaires, offrant une perspective ciblée sur la gouvernance locale. Le recours à des méthodes qualitatives privilégie la richesse des données contextuelles. Enfin, l'absence de données quantitatives n'affecte pas la compréhension des dynamiques sociales étudiées.

Contribution des auteurs :

Elias Bashimbe Raphaël est l'auteur principal ayant conçu et piloté l'étude, **Mishika Lukusa Patricia**, Bitongwa Masumbuko Jacques et Kasororo Mwakame Alphonse ont relu le manuscrit avant sa soumission à la revue, Wembonyama Okitotsho Stanis, Tsongo Kibendelwa Zacharie ont encadré l'étude. Barhwamire Kabesha Théophile a apporté également des orientations sur la méthodologie et le contenu du manuscrit. L'ensemble des auteurs a contribué à l'amélioration du contenu de cet article.

Conflit d'intérêt : Aucun

Bibliographie

- Agence Française de Développement [AFD]. (2021). *À Uvira, un réseau d'eau potable pour combattre le choléra*. <https://www.afd.fr/fr/actualites/rdc-eau-potable-uvira-combattre-cholera>
- Aldrich, D. P. (2019). *Black wave: How networks and governance shaped Japan's 3/11 disasters*. University of Chicago Press.
- Aldrich, D. P. (2019). *Black Wave: How Networks and Governance Shaped Japan's 3/11 Disasters*. University of Chicago Press.
- Alexander, D. E. (2020). *Principles of emergency planning and management*. Routledge.
- Barbelet, V. (2018). As local as possible, as international as necessary: Understanding capacity and complementarity in humanitarian action. *Overseas Development Institute*.
- Barbelet, V. (2018). *As local as possible, as international as necessary: Understanding capacity and complementarity in humanitarian action*. Overseas Development Institute. <https://odi.org/en/publications/as-local-as-possible-as-international-as-necessary/>
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters [CRED] & UNDRR. (2022). *The human cost of disasters: An overview of the last 20 years (2000–2019)*. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. <https://www.undrr.org/publication/human-cost-disasters-2000-2019>
- de Waal, A. (2018). *Mass Starvation: The History and Future of Famine*. Polity Press.
- Donovan, K. (2017). Doing disaster work: Sociology of disaster response leadership. *Sociology Compass*, 11(4), e12463.
- Gaillard, J.C., Sanz, K., Balgos, B.C., & Victoria, L.P. (2015). Beyond men and women: A critical perspective on gender and disaster. *Disasters*, 39(1), 40–54.
- IFRC. (2021). *World Disasters Report 2020: Come Heat or High Water*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- International Rescue Committee [IRC]. (2023). *Health crisis in the DRC: Cholera outbreak and collapsing health infrastructure*. <https://www.rescue.org/press-release/continued-conflict-drc-fueling-deteriorating-health-crisis-alarming-cholera-outbreak>
- Kaboré, A., Ouedraogo, M., & Bazié, B. (2020). Risques sanitaires liés aux inondations dans les zones urbaines en Afrique de l'Ouest. *Santé Publique*, 32(2), 153–162.
- Kienberger, S., & Hagenlocher, M. (2016). Spatial-explicit modeling of social vulnerability to malaria in East Africa. *International Journal of Health Geographics*, 15(1), 1-15.
- Lauta, K. C., Rytter, M. J., Dahlberg, R., & Funder, M. (2020). Uneven vulnerability in disaster recovery: Resettlement, aid and everyday life in rural Serbia. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 45, 101472.
- Manyena, S. B., O'Brien, G., O'Keefe, P., & Rose, J. (2016). Disaster resilience: A bounce back or bounce forward ability? *Local Environment*, 16(5), 417–424.
- Mavhura, E. (2019). Disaster risk reduction in Zimbabwe's rural communities: Integrating indigenous and scientific knowledge. *Jambá: Journal of Disaster Risk Studies*, 11(1), a712.
- Ferris, E. (2020). The politics of humanitarian action. *The Brown Journal of World Affairs*, 26(2), 65–76.
- Mutebi, F., Mukwaya, P., & Kaggwa, S. (2022). Local governments and disaster risk governance in East Africa. *Urban Forum*, 33(1), 45–63.

- OCHA. (2023). *République Démocratique du Congo : Inondations dans le territoire de Kalehe (Sud-Kivu) - Rapport de situation No. 03*. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/rdc-inondations-dans-le-territoire-de-kalehe-sud-kivu-rapport-de-situation-no3-16-mai-2023>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2017). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Paton, D., & Johnston, D. (2017). *Disaster resilience: An integrated approach* (2nd ed.). Charles C Thomas.
- Pelling, M., & Dill, K. (2019). Disaster politics: Tipping points for change in the adaptation of sociopolitical regimes. *Progress in Human Geography*, 43(1), 3–24.
- Schuller, M. (2016). *Humanitarian Aftershocks in Haiti*. Rutgers University Press.
- Sphere Association. (2018). *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*.
- Twigg, J., Christie, N., Haworth, J., Osuteye, E., & Skarlatidou, A. (2017). Improved methods for fire risk assessment in informal settlements. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 26, 605–615.
- UNDRR. (2015). *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030*. Nations Unies.
- UNDRR. (2019). *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction*. United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- UNDRR. (2020). *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2019*. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. <https://gar.undrr.org/>
- UNICEF. (2022). *RDC : Réponse humanitaire aux inondations dans le Sud-Kivu*. <https://www.unicef.org/drcongo/communiqués-presse/unicef-repond-aux-inondations-meurtrieres-kalehe>
- UNICEF. (2023). *UNICEF responds to deadly floods in Kalehe, DRC: Thousands of families in urgent need*. <https://www.unicef.org/drcongo/en/press-releases/unicef-responds-deadly-floods-kalehe>
- WHO. (2021). *Health emergency and disaster risk management framework*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2021). *Health emergency and disaster risk management framework*. Geneva: World Health Organization.
- Wisner, B., Gaillard, J. C., & Kelman, I. (2022). *Handbook of hazards and disaster risk reduction and management*. Routledge.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Cholera response in fragile settings: Lessons learned*. <https://www.who.int/publications/i/item/cholera-response-fragile-settings>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Health emergency and disaster risk management framework*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240019129>