

Rapport commandé par HPG

# Les approches collectives à la communication de risque et la participation communautaire à l'intervention face à Ebola au Nord-Kivu, en République démocratique du Congo

Anne-Lise Dewulf, Antoine Mushagalusa Ciza,  
Léon Irengé, Emmanuel Kandate et  
Véronique Barbelet

Octobre 2020

**HPG**  
Humanitarian  
Policy Group



## À propos des auteurs

Anne-Lise Dewulf est consultante indépendante.

Antoine Mushagalusa Ciza est chercheur principal et conseiller juridique au sein de Research Initiatives for Social Development (RISD-RDC).

Leon Irengé est responsable du suivi et évaluation au RISD-RDC.

Emmanuel Kandate est le directeur par intérim de RISD-RDC.

Véronique Barbelet est chercheuse principale au Humanitarian Policy Group (HPG) à l'ODI.

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous ceux qui ont participé aux entretiens, sans lesquels nous n'aurions pas eu la richesse d'informations qui nous ont permis de rédiger ce rapport. Notre travail a été grandement facilité par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR). Les auteurs remercient tous les pairs évaluateurs en République démocratique du Congo (RDC) et ailleurs qui ont contribué à leurs retours d'information et contributions qui ont contribué à façonner le rapport. Enfin, les auteurs tiennent à remercier Katie Forsythe et Hannah Bass pour l'édition, la conception et la production, et Catherine Langdon, Sarah Cahoon et Isadora Brizolara pour avoir facilité le projet dans son ensemble.



Ce document a été initialement préparé en anglais par ODI et publié pour la première fois en octobre 2021. En cas d'incohérence entre les versions en langue anglaise et cette traduction, la version en langue anglaise prévaut. ODI tient à souligner le travail de Translators without Borders pour la traduction de ce document.

Les lecteurs sont encouragés à reproduire le matériel pour leurs propres publications, tant qu'ils ne sont pas vendus dans le commerce. ODI demande un accusé de réception et une copie de la publication. Pour une utilisation en ligne, nous demandons aux lecteurs de créer un lien vers la ressource originale sur le site Web de l'ODI. Les opinions présentées dans cet article sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de l'ODI ou de nos partenaires.

Ce travail est sous licence CC BY-NC-ND 4.0.

---

# Table des matières

---

	<b>Liste des encadrés et des figures</b>	4
	<b>Acronymes</b>	5
	<b>Résumé</b>	8
<b>1</b>	<b>Introduction</b>	11
	1.1 Définitions	11
	1.2 Méthodologie	12
<b>2</b>	<b>État de l'approche collective de la communication des risques et de l'engagement communautaire dans la réponse à Ebola</b>	14
	2.1 Naviguer dans une architecture de coordination complexe et multicouche	14
	2.2 Un aperçu des activités de la RCCE	15
	2.3 Une approche collective du RCCE ?	18
<b>3</b>	<b>Enseignements tirés de la réponse à Ebola</b>	20
	3.1 L'environnement de crise complexe : méfiance, risques et manque d'appropriation	20
	3.2 Une approche médicale de la réponse : redéfinition des priorités, instrumentalisation et manque de bonnes pratiques sur RRCE	22
	3.3 Une coordination défailante	26
	3.4 Rôle du leadership	33
<b>4</b>	<b>Conclusion</b>	35
	<b>Bibliographie</b>	38
	<b>Annexe 1 Architecture de coordination Ebola en RDC</b>	41

---

# Liste des encadrés et des figures

---

## Encadrés

Encadré 1: Responsabilité à l'échelle du système dans une réponse de santé publique et intégration dans le plan d'intervention humanitaire	15
Encadré 2: Intégration et langues pour contrôler la propagation d'Ebola	23
Encadré 3: Protection contre l'exploitation et les abus sexuels : victime du manque de leadership	30
Encadré A1 : Services communs soutenant la Commission RCCE	43

---

## Figures

Figure 1: Structures de coordination liées à la RCCE	16
Figure A1 : Architecture de coordination pour la 10e épidémie d'Ebola dans l'est de la RDC	42

---

# Acronymes

<b>AAP</b>	Responsabilité à l'égard des populations touchées
<b>C4D</b>	Communication pour le développement
<b>CAC</b>	Cellule d'Animation Communautaire
<b>CASS</b>	Cellule d'Analyse en Sciences Sociales
<b>CCE</b>	Communication et engagement communautaire
<b>CCEI</b>	Initiative de communication et d'engagement communautaire
<b>CDC</b>	Centres de contrôle et de prévention des maladies
<b>CFWG</b>	Groupe de travail sur les retours d'informations de la communauté
<b>CLIO</b>	Comité Local Inter-Organisation (Inter Organisation Local Committee)
<b>CRC</b>	Croix-Rouge congolaise
<b>CRIO</b>	Comité Régional Inter-Organisation (Inter Organisation Regional Committee)
<b>CWC</b>	Communication avec les communautés
<b>CWG</b>	Groupe de travail sur la communication
<b>EERC</b>	Coordonnateur des interventions d'urgence contre Ebola
<b>EERT</b>	Équipe d'intervention d'urgence contre Ebola
<b>EpiCell</b>	Cellule épidémiologique
<b>ETC</b>	Centre de traitement contre Ebola
<b>FAQ</b>	Foire aux questions
<b>FBO</b>	Organisation confessionnelle
<b>HC</b>	Coordonnateur/-trice des opérations humanitaires
<b>HCT</b>	Équipe humanitaire dans le pays

<b>HHI</b>	Initiative humanitaire d'Harvard
<b>HNO</b>	Aperçu des besoins humanitaires
<b>HRP</b>	Plan d'intervention humanitaire
<b>IASC</b>	Comité permanent inter-organisations
<b>IEC</b>	Information, éducation et communication
<b>IFRC</b>	Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
<b>IMS</b>	Système de gestion des incidents
<b>INGO</b>	Organisation Internationale non-gouvernementale
<b>IO</b>	Organisation internationale
<b>IPC</b>	Contrôle de la prévention des infections
<b>KAP</b>	Connaissances, aptitudes et pratique
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières (Doctors without Borders)
<b>NU</b>	Nations Unies
<b>OCHA</b>	Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PAM</b>	Programme alimentaire mondial
<b>PSEA</b>	Prévention de l'exploitation sexuelle et des abus
<b>RCCE</b>	Communication de risque et engagement communautaire
<b>RDC</b>	République démocratique du Congo
<b>RECO</b>	Relais Communautaire (Community Health Volunteer)
<b>SSHAP</b>	Plate-forme des sciences sociales dans l'action humanitaire
<b>SOP</b>	Procédure d'opération standard
<b>SRP</b>	Plan de réponse stratégique
<b>TWB</b>	Translators without Borders
<b>VBG</b>	Violence basée sur le genre

<b>UNEERO</b>	Bureau d'intervention d'urgence des Nations Unies contre l'Ebola
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>UNMEER</b>	Mission des Nations Unies pour la réponse d'urgence à Ebola
<b>WG</b>	Groupe de travail

---

# Résumé

Le 1er août 2018, la 10<sup>e</sup> épidémie de maladie à virus Ebola a été déclarée par le gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC). Avec un total de 3 463 cas et plus de 2 200 décès (OMS, 2020a), il s'agit de la deuxième plus grande épidémie d'Ebola au monde après l'épidémie ouest-africaine. Le 17 juillet 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré l'épidémie d'Ebola en RDC une « urgence de santé publique de portée internationale » (OMS, 2019a). Ce compte-rendu examine comment une approche collective de la communication des risques et engagement communautaire (RCCE) a été mise en œuvre, et les leçons de la crise Ebola au Nord Kivu.

La responsabilité envers les populations affectées (AAP) s'est avérée essentielle pour contrôler l'épidémie grâce à une RCCE efficace, mais cela a été une lutte en RDC. Plusieurs facteurs ont limité l'approche collective de la RCCE dans cette éclosion. L'épidémie s'est produite dans un environnement complexe avec des risques croisés sur le plan humanitaire, de gouvernance, de conflit et de santé (OCHA, 2019b). Les situations de longue date de crises prolongées marquées par des déplacements de population,<sup>1</sup> insécurité alimentaire et violations des droits humains, ont été encore aggravées par l'épidémie, avec environ 1,4 millions de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire en 2019 Est de la RDC (ibid.). Cette complexité explique en partie les problèmes liés à la méfiance communautaire (qui a conduit à des attaques contre les acteurs de la riposte à Ebola), et les risques perçus et les obstacles à l'adoption d'un comportement protecteur.

Trouver un modèle systématique et prévisible de coordination pour s'engager collectivement

avec les communautés de manière significative et coordonnée a été un défi de taille. L'un des facteurs limitants était que l'attention médicale de l'intervention signifiait qu'elle était largement dominée par le personnel médical et que le RCCE n'était pas prioritaire et sous-évalué. Le manque de compréhension commune de ce qu'implique la RCCE et de ce qu'est une approche collective de la RCCE a inévitablement rendu l'approche collective de la RCCE difficile à mettre en œuvre.

On peut se demander si les pratiques actuelles de RCCE en RDC constituent une approche collective. Alors que les personnes sondées ont reconnu la nécessité d'établir des mécanismes et des pratiques de coordination efficaces pour permettre une approche collective de la RCCE, sa coordination présentait de nombreux défauts, notamment la fragmentation et un manque d'adhésion, d'esprit collectif ou de capacité dédiée. Le manque de clarté sur le leadership et la mauvaise coordination dans l'approche collective de la RCCE se reflètent dans la réponse globale à Ebola ; des occasions de créer un changement culturel dans la gestion de la crise ont été manquées.

Les leçons tirées de la 10<sup>e</sup> épidémie d'Ebola doivent être saisies à la fois pour les réponses actuelles et futures en RDC, ainsi que dans le monde entier, pour soutenir des approches plus systématiques et collectives de la RCCE. La crise est un exemple flagrant de la mesure dans laquelle une approche médicale a besoin d'une traction sociale. Les recommandations suivantes devraient être prises en compte dans la réponse actuelle du gouvernement à la COVID-19 et à la 11<sup>e</sup> épidémie d'Ebola en Équateur, en RDC :

---

1 Au second semestre 2019, plus de 600000 personnes ont été déplacées dans les provinces du Kivus et de l'Ituri (OCHA, 2019a).

1. **Intégrer efficacement la RCCE en tant que partie intégrante de la préparation et de la réponse aux crises de santé publique aux niveaux national et mondial.** Compte tenu de l'intégralité de l'engagement communautaire dans la prévention et la gestion d'une crise sanitaire, les partenaires de la RCCE dans le monde devraient investir dans la collaboration avec les gouvernements, en particulier les ministères de la Santé, ainsi qu'avec l'OMS et l'UNICEF pour renforcer les capacités de la RCCE. Pour ce faire et pour assurer une plus grande adhésion, les spécialistes de la RCCE devraient travailler plus efficacement avec les professionnels de la santé publique et les épidémiologistes en adoptant leur langage et leurs méthodologies. Les experts de la santé doivent être convaincus d'évoluer vers des approches de retours d'informations bidirectionnelles et d'intégrer de solides pratiques d'engagement communautaire dans les langues, formats et canaux appropriés.
2. **Tirez parti des pratiques et des structures existantes.** Lorsqu'une crise de santé publique survient, les partenaires de la RCCE devraient plaider auprès des décideurs et des détenteurs du pouvoir pour s'appuyer sur les mécanismes existants de la RCCE, plutôt que de créer des systèmes parallèles. Cela comprend le renforcement des structures et institutions communautaires existantes ainsi que la coordination actuelle autour de l'engagement communautaire, la communication avec les communautés et la responsabilité envers les personnes affectées.
3. **Intégrez et travaillez efficacement avec les acteurs locaux.** Les partenaires de la RCCE devraient plaider pour et soutenir la coordination et les activités de la RCCE pour inclure les parties prenantes locales, en particulier les chefs religieux, les organisations confessionnelles (OP), les organisations communautaires et les organisations représentant des groupes spécifiques tels que les personnes handicapées, ainsi que des représentants de populations touchées. Les partenaires internationaux de la RCCE peuvent jouer un rôle central en mettant en relation les acteurs locaux avec les donateurs, les agences des Nations Unies et le gouvernement et en assurant l'inclusion des acteurs locaux.
4. **Mettre à l'échelle et adapter les bonnes pratiques.** Les partenaires de la RCCE devraient s'appuyer sur le partenariat actuel entre l'Unité de recherche en sciences sociales (CASS) et le mécanisme et l'approche de retours d'informations de la Croix-Rouge et l'intégrer dans la formation sur les approches collectives de la communication et engagement communautaire (CCE) et le RCCE comme exemples de mécanismes de réponse. Les partenaires doivent documenter les domaines potentiels d'amélioration et diffuser l'apprentissage au niveau mondial afin que les bonnes pratiques puissent être reproduites dans d'autres crises (à la fois de santé publique et humanitaires). Il faudrait également réfléchir à la manière dont ces approches pourraient être adaptées à d'autres contextes et intégrées dans les discussions sur la RCCE et les plans nationaux de préparation et d'intervention en cas de catastrophe.
5. **Investissez dans une capacité de coordination neutre et un leadership dédiés dès le début d'une réponse.** La bonne expertise doit également être en place et les acteurs locaux et régionaux doivent être inclus. Une formation à la coordination et à l'approche collective doit également être dispensée aux futurs coordinateurs.
6. **Renforcer la coordination pour permettre des approches collectives de la RCCE.** Le leadership, l'investissement dans et la coordination des approches collectives ont souffert du manque de clarté du leadership et de la mauvaise coordination de la réponse globale à Ebola. Reconnaissant qu'une coordination solide et efficace est une condition préalable à une approche collective, les responsables de la réponse de santé publique et les responsables humanitaires devraient veiller à ce que les approches collectives de la RCCE soient mieux connues et comprises par les acteurs du leadership et de la coordination. Pour éviter une approche fragmentée, une agence devrait être désignée dans le cadre de la préparation à la direction

de la RCCE et des approches collectives de la RCCE aux côtés du Ministère de la Santé.

7. **Revoquez la structure de coordination Ebola en RDC pour éclairer les futures réponses aux crises de santé publique.** Un examen de la réponse et de la structure de coordination d'Ebola en RDC devrait être effectué dans le cadre d'un examen à l'échelle du système de l'architecture de la réponse et de la coordination de la santé publique. Une évaluation devrait réfléchir aux raisons pour lesquelles les pratiques actuelles en matière de coordination humanitaire sont incapables de s'adapter en réponse à une crise de santé publique dirigée par le gouvernement. Un tel examen devrait prendre en compte comment éclairer un mécanisme de réponse de coordination de crise de santé publique là où la coordination humanitaire existe déjà.
8. **Les bailleurs de fonds devraient considérer leur rôle pour garantir qu'une approche collective de la responsabilité dans toute réponse soit agile et localisée.** Les donateurs

pourraient jouer un rôle plus important dans la promotion du programme PAA / protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PSEA), notamment en renforçant les exigences de financement ou le financement conditionnel. Un pourcentage du financement pourrait être automatiquement alloué à un mécanisme de retours d'informations inter-agences, y compris le PSEA, pour toute réponse d'intensification activée par le Comité permanent inter-organisations (IASC). Les donateurs peuvent également jouer un rôle clé dans la promotion du programme de localisation en incluant des critères de recevabilité qui garantissent qu'une partie de leurs fonds sera acheminée vers les organisations locales, ainsi qu'un soutien au renforcement des capacités si nécessaire. Enfin, les bailleurs de fonds doivent encourager l'agilité grâce à un financement flexible pour s'assurer que les idées de la communauté sont entendues et conduisent à un changement dans la réponse.

# 1 Introduction

Le 1er août 2018, la 10e épidémie d'Ebola a été déclarée par le gouvernement de la RDC, touchant deux provinces de l'est : le Nord-Kivu et l'Ituri. Avec un total de 3 463 cas et plus de 2 200 décès au 31 mai 2020 (OMS, 2020a), il s'agit de la deuxième plus grande épidémie d'Ebola au monde après l'épidémie ouest-africaine. Le 17 juillet 2019, l'OMS a déclaré que l'épidémie d'Ebola en RDC était une « urgence de santé publique de portée internationale » (OMS, 2019a).

L'épidémie d'Ebola en RDC est liée à des années de conflit, d'insécurité, de besoins humanitaires chroniques et aigus et de déplacements de population. Ces difficultés ont été exacerbées par l'épidémie : l'Aperçu des besoins humanitaires (HNO) a estimé que près de 1,9 millions de personnes dans les zones de santé à risque ou « hotspots » ont besoin d'une aide humanitaire (OCHA, 2019a).

Cette complexité a fait en sorte que la réponse a été confrontée à des problèmes d'accès importants ainsi qu'à la méfiance de la communauté (également appelée « résistance »). Cela a conduit à des attaques ciblées contre les acteurs de la réponse à Ebola. Environ un an après le début de la réponse, une enquête de perception menée à Béni, au Nord Kivu, a révélé que seulement 27 % des communautés affectées étaient d'accord avec les décisions prises par les acteurs humanitaires ; 19 % pensent que leur opinion a été prise en compte ; et seulement 34 % savaient comment déposer une plainte ou commenter (HHI, 2019).

L'AAP (redevabilité envers les personnes affectées) est essentielle pour lutter contre l'épidémie grâce à une RCCE efficace, mais cela a été une lutte en RDC. Les organisations qui ont travaillé à la fois dans le cadre des interventions en Afrique de l'Ouest

et en RDC ont estimé qu'elles pouvaient impliquer les communautés et faire preuve de responsabilité en tant qu'organisations individuelles. Cependant, le véritable défi consistait à trouver un modèle de coordination systématique et prévisible pour s'engager collectivement avec les communautés. Comme l'a affirmé une personne interrogée :

C'était cette réponse, la réponse à Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2016, où nous avons réalisé qu'il s'agissait d'un effort coordonné et collectif. C'est ce qu'on appelle la « révolution de la participation » du Grand Bargain : coordination, normalisation, etc. Tout ce qui contribue à nous rapprocher.

## 1.1 Définitions

Aux fins de ce compte-rendu, l'équipe de recherche définit une approche collective de l'ECC comme suit :

une initiative multi-acteurs qui englobe la réponse humanitaire dans son ensemble, plutôt qu'une agence ou un programme individuel unique, et se concentre sur la communication bidirectionnelle, fournissant des informations sur la situation et les services aux communautés affectées ; recueille des informations auprès de ces communautés ; et ferme la boucle de retours d'informations en informant les communautés de la manière dont leur contribution a été prise en compte. L'objectif d'une approche collective de la CCE est la responsabilité et la

participation accrues des communautés affectées dans leur propre réponse.<sup>2</sup>

Dans le contexte de la réponse à Ebola, le terme « communication des risques et engagement communautaire » est préféré à « communication et engagement communautaire » pour refléter l'objectif supplémentaire de changement de comportement dans le contexte d'une crise de santé publique. Dans ce contexte, la population doit être au centre de la riposte afin de recevoir en temps opportun des informations précises sur le virus et sur la manière d'adopter un comportement de recherche de santé. L'accent est mis sur « les processus et les approches permettant d'engager et de communiquer systématiquement avec les personnes et les communautés pour encourager et permettre aux communautés de promouvoir des comportements sains et de prévenir la propagation de maladies infectieuses lors d'événements de santé publique » (FICR, 2019a : 2). Cela nécessite en partie de traduire les connaissances scientifiques en messages accessibles et faciles à comprendre afin que les communautés puissent agir en conséquence. Les lignes directrices de l'OMS sur la RCCE pour l'épidémie d'Ebola comprennent des éléments clés de la CCE (OMS, 2018) :

- Communication bidirectionnelle avec les populations affectées.
- Soutenir les besoins de communication de la communauté.
- Gestion des rumeurs, des perceptions, de la désinformation.
- Participation des communautés.
- Impliquer les collectivités.

Il est important de reconnaître que le terme RCCE est relativement nouveau et émane des termes souvent utilisés « communication des risques » et « engagement communautaire ». La RCCE comprend des éléments forts d'appropriation communautaire dans la prévention, la préparation et la réponse à une crise sanitaire, en partie à travers des approches de rétroaction communautaire pour éclairer les processus de prise de décision pour la réponse et fermer la boucle de rétroaction. Elle est devenue plus importante dans les crises de santé publique à la suite de la réponse à Ebola en Afrique de l'Ouest.

## 1.2 Méthodologie

Ce rapport fait partie d'une étude plus large commandée par l'UNICEF au nom de l'Initiative de communication et d'engagement communautaire (CCEI)<sup>3</sup> pour identifier des solutions pour remédier aux goulots d'étranglement et défis actuels de l'engagement communautaire, ainsi que pour développer preuve de la valeur ajoutée et des limites des approches collectives. Cet article sur la crise d'Ebola au Nord-Kivu se concentre sur l'examen des approches collectives de la CCE dans une crise de santé publique complexe.

Une revue de la littérature et une cartographie des parties prenantes ont été réalisées, suivies d'entretiens à distance et dans le pays et d'une participation en personne à trois réunions de coordination et / ou groupes de travail.<sup>4</sup> Plus de 50 documents sur le contexte du pays et la réponse en cours contre Ebola (et humanitaire) au Nord Kivu ont été revus en français et en anglais. L'examen a

---

2 Cette définition vise à améliorer la clarté du rapport plutôt que de proposer une définition définitive des approches collectives de la CCE. La définition est basée sur une revue de la littérature initiale et des entretiens de démarrage, qui ont éclairé l'élaboration de cette définition de travail par l'équipe de recherche.

3 La CCEI a été créée en 2017, comprenant plusieurs agences telles que l'UNICEF, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), la FICR et le réseau de communication avec les communautés affectées par les catastrophes (CDAC). L'Initiative mondiale vise à améliorer la qualité et l'efficacité des interventions d'urgence « grâce à un service collectif harmonisé, opportun, systématique et prévisible pour la CCE avec les communautés affectées » (CCEI, 2017). La CCEI a récemment été intégrée dans le 2ème groupe de résultats du Comité permanent inter organisations sur la responsabilité et l'intégration.

4 L'équipe de recherche a participé en tant qu'observateurs à deux réunions de groupes de travail : le Groupe de travail sur les communications (CWG) dirigé par le Coordonnateur des interventions d'urgence des Nations Unies contre l'Ebola (UNEERO) et le Groupe de travail sur le retour d'information communautaire (CFWG) dirigé par la Commission RCCE (codirigeant : FICR).

couvert une gamme de sources, des documents de stratégie, des plans de réponse, des comptes rendus de réunions de coordination et des évaluations des besoins aux séances d'information sur la recherche en sciences sociales, aux présentations de rétroaction de la communauté et aux articles de journaux. L'équipe de recherche a examiné des données secondaires sur les perspectives des personnes touchées dans la réponse à Ebola au Nord-Kivu et sur les questions liées aux préférences de communication (langues et canaux de communication), ainsi que les perceptions de la réponse, les rumeurs autour de la maladie Ebola et la réponse elle-même.<sup>5</sup> Compte tenu de la richesse des données existantes, il a été décidé de ne pas organiser de discussions de groupe avec les communautés affectées.

Les entrevues ont couvert un éventail d'intervenants, en mettant l'accent sur ceux qui sont engagés dans les efforts de coordination de la RCCE via diverses plateformes. Au total, 45 entretiens avec 54 personnes interrogées distinctes ont été menés en RDC et à distance. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec des parties prenantes du gouvernement (11 %), des organisations non gouvernementales locales (ONGL) (11 %), des organisations internationales non gouvernementales (ONGI) (22 %), des agences des Nations Unies (ONU) (36 %), d'autres organisations internationales (OI) (9 %), des donateurs (4 %) et des organismes de recherche (7 %).

La recherche a rencontré quelques défis et contraintes :

1. Les documents clés, tels que les procès-verbaux des réunions et les documents de stratégie interne, étaient difficiles d'accès ou fournis tard dans le processus de recherche.
2. La cartographie des principales parties prenantes s'est avérée difficile en raison du manque de liste de contacts facilement disponible, en particulier pour les informateurs nationaux. En conséquence, la cartographie reposait sur des sources en ligne, la revue de la littérature et des techniques de boule de neige.
3. Le faible taux de réponse aux demandes d'entretien a limité le nombre d'entretiens, en particulier avec les organisations locales et le haut leadership du gouvernement et des agences des Nations Unies.
4. Un taux de rotation élevé parmi les acteurs humanitaires signifiait qu'une petite proportion de personnes interrogées n'avait pris ses fonctions que récemment, limitant leur compréhension de la réponse globale.
5. Le manque de mise en œuvre efficace d'une approche collective de la RCCE, ainsi que le manque de compréhension des répondants de ce qu'est une approche collective de la RCCE, signifiaient que la recherche axée sur les approches collectives était difficile à expliquer aux personnes sondées.

---

5 L'équipe de recherche a accédé au CASS Google Drive, qui comprenait ses rapports et mémoires de recherche, des informations de Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP), les évaluations Knowledge, Aptitude, Practice (soutenues par la Harvard Humanitarian Initiative (HHI)), la FICR des présentations de retours d'information de la communauté, les évaluations linguistiques de Translators without Borders (TWB), et plus encore.

---

# 2 État de l'approche collective de la communication des risques et de l'engagement communautaire dans la réponse à Ebola

## 2.1 Naviguer dans une architecture de coordination complexe et multicouche

L'architecture d'intervention humanitaire en RDC a évolué depuis le début de la crise, et a été adaptée à la situation d'Ebola ; c'est donc nouveau pour le gouvernement et les organisations nationales et locales. Une telle architecture rend la coordination et la collaboration entre les intervenants complexes et dynamiques et crée diverses opportunités et défis pour une approche collective de la RCCE.

En août 2018, l'épidémie d'Ebola a été déclarée urgence de santé publique et la réponse a été menée par le ministère de la Santé avec le soutien de l'OMS (et des centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) des États-

Unis). Ils ont été guidés par plusieurs plans d'intervention stratégique (SRP) et le système de gestion des incidents (SGI) de l'OMS.<sup>6</sup>

En mai 2019, l'IASC a activé son protocole d'activation à l'échelle du système humanitaire pour le contrôle des événements de maladies infectieuses (voir IASC, 2019).<sup>7</sup> Cela visait à « aider à optimiser la coordination et la capacité de réponse dans les zones touchées et à risque, à renforcer l'engagement avec les communautés et à soutenir les actions de préparation » (The New Humanitarian, 2019). En conséquence, l'équipe d'intervention d'urgence Ebola (EERT) a été mise en place pour soutenir la riposte internationale à l'épidémie. L'EERT est coprésidé par le Coordonnateur des interventions d'urgence contre le virus Ebola (EERC, ONU) et le Sous-Directeur général de l'OMS.

En 2020, deux principales structures de coordination sont en place pour soutenir l'intervention : la réponse de santé publique

---

6 Alors qu'une réponse humanitaire dirigée par OCHA était active au Nord-Kivu avec des groupes sectoriels opérationnels, il a été décidé de créer un système de coordination différent pour cette 10<sup>e</sup> épidémie d'Ebola, basé sur le système de piliers de la Sierra Leone (désormais institutionnalisé pour toutes les réponses à l'épidémie par le biais du système SGI de l'OMS). La neuvième riposte à l'épidémie d'Ebola en Équateur (RDC) a été gérée par le biais du système de cluster existant. La raison pour laquelle le système SGI de l'OMS a été mis en place alors qu'un système de cluster était déjà opérationnel reste incertaine, bien que cela ait été demandé à plusieurs reprises au cours de la recherche.

7 Pas de prolongation supplémentaire et a commencé à se retirer du 27 mars 2020.

dirigée par le ministère de la Santé et l'OMS (pilier 1) et la structure de coordination du Bureau d'intervention d'urgence contre l'Ebola des Nations Unies (UNEERO) (piliers 2-5). Vous trouverez plus de détails sur ces structures (y compris un organigramme) dans l'annexe 1. Ces systèmes de coordination spécifiques à Ebola existent séparément et parallèlement au système de coordination établi de longue date dirigé par OCHA, qui se concentre sur la situation humanitaire existante en RDC.

## 2.2 Un aperçu des activités de la RCCE

### 2.2.1 La Commission RCCE

La Commission RCCE (qui fait partie du pilier 1) a été créée en tant que commission autonome, codirigée par l'UNICEF (avec l'OMS au départ) et le ministère de la Santé. L'UNICEF agit en tant qu'intermédiaire financier, recevant le financement Ebola pour les activités liées à la RCCE, qui est ensuite acheminé vers des partenaires opérationnels tels que les ONG internationales et les ONG, y compris le personnel du ministère de la Santé travaillant pour la Commission RCCE. L'UNICEF est également un partenaire opérationnel majeur.

La Commission n'est que l'un des nombreux groupes de travail et initiatives qui réunissent des acteurs autour de la RCCE et du CCE. Ce système de coordination fragmenté pour la réponse globale à Ebola a conduit à une approche de coordination fragmentée de la RCCE (voir Figure 1).

Dans le cadre du Plan de réponse stratégique 4.1 (SRP4.1), le rôle de la Commission RCCE a été renforcé car elle dirige les travaux sur l'engagement communautaire (l'un des six objectifs stratégiques) (Ministère de la Santé, 2020a). En outre, cinq des six principes directeurs du plan concernent la communication, l'engagement communautaire et l'AAP (redevabilité envers les populations affectées). Le dispositif appelle les leaders impliqués dans la réponse à écouter et à s'adapter en fonction des besoins et des préoccupations exprimés par les communautés,

### Encadré 1: Responsabilité à l'échelle du système dans une réponse de santé publique et intégration dans le plan d'intervention humanitaire

Dans une réponse humanitaire traditionnelle, le Coordonnateur humanitaire (CH) et l'Équipe pays humanitaire (HCT) sont tenus responsables par le Coordonnateur des secours d'urgence du respect des engagements clés énoncés dans un « pacte » ou un cadre de responsabilisation. Le pacte peut être adapté mais les engagements relatifs à la violence sexiste (VBG), la PSEA, la responsabilité collective et la centralité de la protection sont obligatoires.

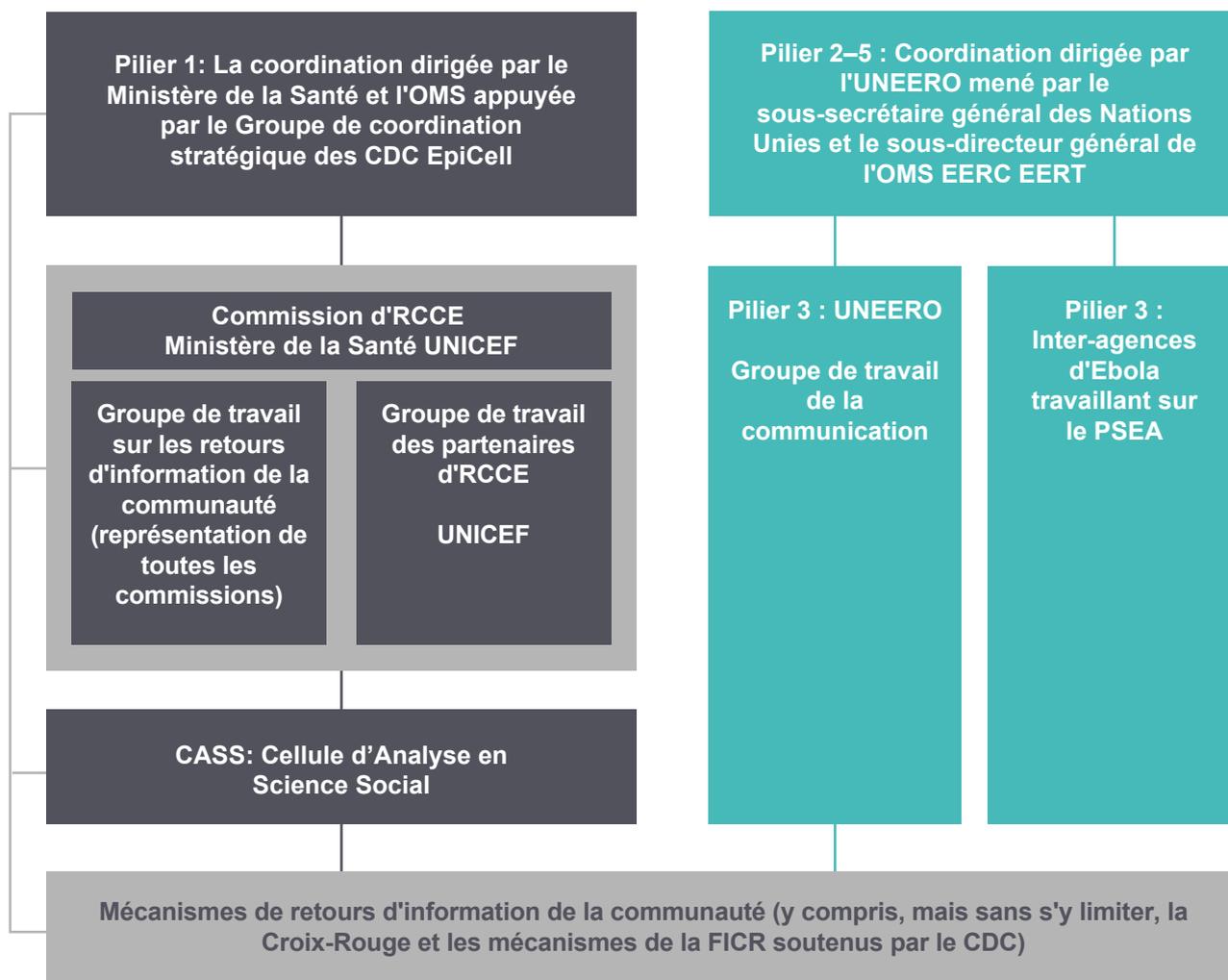
L'OCHA, qui a développé une solide expertise sur les politiques et mécanismes liés à l'engagement communautaire (anciennement appelé communication avec les communautés (CWC)), dirige généralement la coordination d'une réponse humanitaire. Cependant, aucun cadre de ce type n'existe pour garantir une culture de responsabilité à l'échelle du système pour une crise de santé publique dirigée par un gouvernement hôte et soutenue par l'OMS (bien que la politique et les directives de l'OMS se réfèrent à la RCCE et aux approches communautaires pour une crise de santé publique).

En RDC, la réponse à la crise de santé publique a été entreprise parallèlement à une réponse humanitaire préexistante, principalement par les mêmes ONG au Nord-Kivu. Cela conduit à se demander si la réponse humanitaire doit inclure la composante Ebola dans son cadre de responsabilité collective.

et met en évidence le lien entre un engagement communautaire efficace et la sécurisation de l'accès, de l'acceptation et de l'appropriation de la réponse par la population affectée. Le travail de la Commission RCCE est essentiel car il touche toutes les autres commissions.

En novembre 2019, la Commission RCCE a élaboré un plan stratégique pour la communication des risques et l'engagement communautaire, aligné sur les priorités définies dans le PRS 4.1. La stratégie se concentre

**Figure 1: Structures de coordination liées à la RCCE**



principalement sur le renforcement des partenariats avec les communautés et sur les communautés comme moteurs de la réponse.

Le plan stratégique et les objectifs de la Commission RCCE sont soutenus par différents partenaires mettant en œuvre une gamme de services communs, en commençant par le développement commun de messages RCCE et de services de traduction dans les langues pertinentes (pour une image complète de ces services communs, veuillez vous reporter à l'annexe 1, encadré A1).

La Commission RCCE est appuyée par deux groupes de travail : le Groupe de travail des partenaires du RCCE et le Groupe de travail sur la rétroaction communautaire (CFWG). Ces groupes transmettent des informations, des recommandations et d'autres plans pour approbation aux commissions de la RCCE et convoquent des représentants d'autres

commissions (pour plus de détails sur ces groupes, voir l'annexe 1).

### 2.2.2 Autres structures de coordination liées à la RCCE sous UNEERO

Une série d'autres structures de coordination ou groupes de travail s'occupent également de la RCCE dans le cadre du système de coordination dirigé par l'UNEERO (piliers 2 à 5). Ces derniers fonctionnent en parallèle avec les structures de coordination du pilier 1 et ne sont pas nécessairement intégrés les uns aux autres.

#### Groupe de travail sur la communication de l'UNEERO (pilier 3)

Le Groupe de travail sur la communication (CWG) a été créé en septembre 2019, suite au déploiement de l'UNEERO. Le CWG est dirigé par des spécialistes de la communication ; les réunions auxquelles participent principalement

le personnel des agences des Nations Unies et des ONG internationales (spécialistes de la RCCE, directeurs de pays, agents de communication et agents de plaidoyer) sont conduites en anglais. Le CWG était destiné à soutenir le pilier 3 de la réponse et couvre la communication institutionnelle et certaines activités de communication des risques. Il a un pouvoir de rassemblement (sous l'UNEERO) et rassemble des experts de différentes agences pour élaborer en temps opportun des messages cruciaux liés à la communication des risques. Il n'y a pas de coordination systématisée entre le CWG et la Commission RCCE (et par conséquent aucune validation officielle des messages par la Commission RCCE). Au lieu de cela, les agences individuelles ou le personnel de l'UNICEF participant aux réunions des deux piliers veillent à ce qu'un minimum d'informations soit échangé.

#### **Le groupe de travail inter-agences Ebola sur la PSEA (le réseau PSEA) (Pilier 3)**

Un réseau national PSEA, dirigé par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans le cadre de la réponse humanitaire plus large, était en place avant l'épidémie d'Ebola, mais a été suspendu dans les provinces de l'est touchées par Ebola pour des raisons qui restent floues. Au lieu de cela, un groupe de travail inter-agences Ebola sur la PSEA (le réseau PSEA) a été créé fin octobre 2019.<sup>8</sup> Le réseau relève du bureau UNEERO (pilier 3) et est dirigé par un conseiller PSEA de l'UNFPA, qui est géré par l'EERC. Les contraintes de financement constituent un défi majeur pour l'opérationnalisation de son plan de travail, le financement actuel ne couvrant que le salaire du coordonnateur de la LEFP. À ce jour, il n'existe pas de mécanisme inter-agences de PSEA, mais la plupart des organisations ont leurs propres systèmes en place, souvent constitués d'une ligne directe couplée à d'autres canaux non téléphoniques pour signaler les allégations d'exploitation et abus sexuels. Le réseau PSEA a

dirigé l'élaboration et l'opérationnalisation du code de conduite, que toute personne impliquée dans la réponse à Ebola, y compris tout le personnel du ministère de la Santé, devait signer avant le 30 mars 2020.

#### **2.2.3 Le mécanisme de retours d'informations de la Croix-Rouge de la Fédération internationale et l'Unité de recherche en sciences sociales (CASS)**

##### **Le mécanisme de retours d'informations de la Croix-Rouge de la FICR, soutenu par les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention)**

Au début de la réponse à Ebola en RDC, la FICR a mis en place un mécanisme de rétroaction communautaire à grande échelle couvrant toutes les zones de santé touchées par Ebola au Nord-Kivu et en Ituri. Le mécanisme recueille les retours d'informations des communautés touchées par Ebola sur leurs perspectives de la crise et de la réponse. Il s'appuie sur les 800 volontaires formés de la Croix-Rouge de la RDC (CIDE), qui parlent tous la langue locale et connaissent le contexte socioculturel et politique.<sup>9</sup> Selon les personnes sondées, ce mécanisme de retours d'informations - devenu un service commun à la disposition de tous les acteurs - rassemble des données ; l'analyse est ouvertement partagée et peut être utilisée par n'importe qui pour éclairer la prise de décision individuelle et collective. Avec plus de 600 000 points de données, il s'agit de loin du plus grand système de données de retours d'informations déployé à grande échelle dans la riposte à Ebola. Avec le soutien d'OCHA, une plate-forme d'échange de données humanitaires a été mise en place, permettant aux personnes travaillant dans la riposte à Ebola d'accéder aux tendances des données de retours d'informations d'information de la communauté par emplacement, appuyées par des exemples de retours d'information. Enfin, une présentation hebdomadaire de l'analyse est

8 Au moment de l'étude, il n'y avait pas eu de collaboration spécifique entre le CFWG et le réseau PSEA Ebola car son coordinateur ne participe pas aux réunions du groupe de travail. Le réseau Ebola PSEA est cependant représenté aux réunions nationales PSEA, avec la vision qu'à la fin de mars 2020, le réseau Ebola serait transféré sous le réseau national et couvrirait à la fois Ebola et les réponses humanitaires.

9 Pour en savoir plus sur la manière dont ces volontaires collectent des données, consultez l'annexe 1.

présentée au CFWG à Goma et à d'autres sous-coordinations, lors des assemblées générales de l'EERT et parfois lors des réunions du CWG au titre du pilier 3.

**L'unité de recherche en sciences sociales (CASS)**  
Lancée en janvier 2019, l'Unité de recherche en sciences sociales (CASS) vise à « fournir des orientations programmatiques grâce à une meilleure compréhension des comportements et des perceptions de la population et à identifier les causes potentielles des tendances épidémiologiques » (Ministère de la Santé, 2020b). L'unité a quatre objectifs spécifiques :

1. recueillir et analyser des données sur les sciences sociales et comportementales ;
2. influencer la réponse (interventions et approches) ;
3. surveiller L'opérationnalisation des recommandations de recherche ; et
4. renforcer les capacités des équipes locales de sciences sociales.

Depuis la mi-2019, la CASS et la FICR ont travaillé en étroite collaboration pour trianguler les données de retours d'information avec les résultats de la recherche.

Les résultats de la recherche du CASS sont présentés à la réunion générale de coordination en tant que point permanent de l'ordre du jour, aux sous-commissions (une par une) et à la sous-coordination, qui élaborent des recommandations pour assurer l'appropriation et la faisabilité. L'opérationnalisation des recommandations est systématiquement suivie grâce à un outil en ligne appelé MONITO et les impacts des interventions sont passés en revue. Bien qu'il n'y ait pas de présence systématique du CASS aux réunions de la Commission RCCE, une collaboration existe avec de multiples exemples de soutien concret fourni par le CASS à la Commission RCCE.<sup>10</sup>

## 2.3 Une approche collective du RCCE ?

Aucune des 54 personnes interrogées dans le cadre de cette étude n'avait entendu parler d'une approche collective du RCCE. La majorité des personnes sondées ont expliqué l'approche collective en termes d'approche coordonnée qui :

1. évite le chevauchement des activités, la duplication des efforts / partenaires dans le même domaine ;
2. cartographie les acteurs, est clair sur les rôles et les responsabilités des acteurs impliqués dans la coordination et les interventions, favorise une collaboration significative et productive, y compris la mise en commun des ressources et met l'accent sur la complémentarité entre les acteurs ; et
3. harmonise les approches telles que les messages communs et favorise la circulation de l'information.

Plusieurs personnes sondées ont dit qu'il n'y avait pas de distinction claire entre une approche collective et une approche coordonnée. Certaines personnes interrogées ont ajouté à l'approche coordonnée la nécessité d'avoir une vision commune, une direction commune ou un objectif commun par le biais, par exemple, d'une stratégie commune. Pour d'autres, une approche collective serait un engagement communautaire qui est véritablement transversal dans tous les aspects de la réponse. D'autres ont expliqué l'approche collective en termes d'objectifs de la CCE : fournir des messages clairs et compréhensibles, mettre la communauté au centre, comprendre la situation, les acteurs impliqués et leurs rôles, et pour eux de s'engager ou de s'approprier la réponse.

Bien qu'un grand nombre de personnes sondées aient estimé qu'il n'y avait actuellement aucune approche collective dans la réponse à Ebola, beaucoup ont identifié des services communs qui pourraient constituer une approche collective, comme le mécanisme

---

10 Environ 50 % des recommandations actuelles du CASS relèvent de la compétence de la Commission RCCE. Le CASS mène des évaluations régulières des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) qui aboutissent à des recommandations claires pour toutes les commissions (y compris la Commission RCCE) et pour la coordination générale.

de retours d'information de la Croix-Rouge, soutenu par les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention). De même, le CFWG a été signalé par certaines personnes interrogées comme ayant le potentiel de faire partie d'une approche collective car il est destiné à rallier les commissions et les partenaires pour discuter des retours d'information de la communauté recueillis par différents moyens avec l'objectif commun d'adapter la réponse.

Cependant, les personnes interrogées ont souligné que celles-ci ne constituent pas encore une approche collective. Le mécanisme de retour d'informations de la Croix-Rouge est toujours perçu comme un système FICR/CIDE (au niveau de Goma en particulier) plutôt que comme un système au bénéfice de tous les acteurs. Il y a également un manque d'adhésion plus large à l'approche du RCCE, ce qui se reflète dans le manque de participation régulière de nombreuses commissions au CFWG. Les recommandations discutées lors des réunions du CFWG sont suivies, mais il n'y a aucun engagement à veiller à ce que les commissions agissent systématiquement sur les retours d'information des communautés.

Une minorité d'informateurs ont signalé d'autres initiatives comme éléments potentiels d'une approche collective. Un exemple est le SRP, car il s'agit d'une stratégie avec des lignes directrices et des activités claires, chaque commission devant rendre compte quotidiennement et mensuellement d'un ensemble d'indicateurs. La CASS a également été perçue comme une approche collective car ses activités sont transversales à toutes les commissions. Cependant, aucun de ces exemples n'est directement lié au RCCE, ni n'a permis une approche systématique de celui-ci, ce qui signifie que l'approche collective du RCCE est encore très absente de la réponse

La Commission RCCE a le potentiel de devenir une plateforme collective en apportant une diversité d'expertises et en soutenant la collaboration, la mise en commun d'outils, de modules de formation, de matériels et de messages d'information, d'éducation et de communication (IEC) accessibles à tous les partenaires. À l'heure actuelle, cependant, comme indiqué ci-dessous, la Commission RCCE est une approche coordonnée qui ne parvient pas à éclairer les décisions collectives ou à influencer les résultats collectifs.

---

# 3 Enseignements tirés de la réponse à Ebola

On peut se demander si les pratiques actuelles du RCCE constituent une approche collective. La coordination fragmentée et déconnectée du RCCE à travers différentes structures, groupes de travail et initiatives signifie qu'il y a un manque de clarté sur la façon dont ces plateformes interagissent les unes avec les autres. Les ressources ne sont pas nécessairement utilisées efficacement et les efforts échouent souvent à devenir plus que la somme de leurs parties.

Ce défi est aggravé par le manque de compréhension de ce qu'est une approche collective de la RCCE, en particulier au niveau de la haute direction et du leadership. Sans un engagement dans une approche collective de la part du leadership, il est impossible de le réaliser dans la pratique. Cela compromet les opportunités pour la réponse d'influencer l'action collective et la prise de décision.

Plusieurs facteurs ont limité l'approche collective de la RCCE dans cette 10<sup>e</sup> épidémie d'Ebola. L'épidémie s'est produite dans un environnement complexe où se croisent les risques de santé, de conflit, de gouvernance et humanitaires, y compris les risques sanitaires préexistants tels que le choléra et la rougeole (OCHA, 2019b). Les situations de longue date de crises prolongées, marquées par les déplacements de population,<sup>11</sup> l'insécurité alimentaire et la malnutrition et les violations des droits de l'homme, ont été encore exacerbées par l'épidémie. Cette complexité explique en partie les problèmes liés à la méfiance de la communauté et aux risques et obstacles perçus à l'adoption de comportements protecteurs.

L'orientation médicale de l'intervention signifiait qu'elle était largement dominée par le personnel médical ; la RCCE n'a pas été priorisée et a été sous-évaluée. Le manque de compréhension commune de ce qu'implique la RCCE, ainsi que le fait qu'aucun acteur ne semblait savoir ce qu'est une approche collective de la RCCE, a inévitablement rendu l'approche collective difficile à mettre en œuvre.

Bien que les personnes sondées aient reconnu la nécessité d'établir des mécanismes et des pratiques de coordination efficaces pour permettre une approche collective de la RCCE, sa coordination présentait de nombreux défauts, notamment la fragmentation et un manque d'adhésion, d'esprit collectif ou de capacité dédiée. Enfin, il n'y avait pas de leadership clair pour assurer une approche collective de la RCCE et des occasions ont été manquées pour créer un changement culturel dans la gestion de la crise. Cette section approfondit ces facteurs difficiles, tout en identifiant certaines habilitations.

## 3.1 L'environnement de crise complexe : méfiance, risques et manque d'appropriation

Les efforts déployés à l'échelle de la réponse pour une RCCE efficace ont été grandement entravés par le manque de considération pour adapter la réponse de santé publique à l'environnement de crise complexe de la RDC. À bien des égards, la réponse à Ebola n'a pas été sensible au conflit ou n'a pas intégré les besoins des personnes touchées

---

11 Au second semestre 2019, plus de 600000 personnes ont été déplacées dans les provinces du Kivus et de l'Ituri (OCHA, 2019a).

au-delà de la crise de santé publique, ce qui a conduit à la méfiance, aux risques perçus et au manque d'adoption de comportements protecteurs.

Cela était particulièrement significatif en termes de rôle du gouvernement et de l'armée dans la réponse. L'épidémie d'Ebola est survenue à un moment où la confiance des communautés dans le gouvernement et l'armée était extrêmement faible. Le gouvernement de la RDC avait déjà du mal à gérer le conflit ; plus de 130 groupes armés étaient présents dans le pays et il y a eu plusieurs offensives de l'armée contre des groupes armés locaux pendant la réponse à Ebola. L'armée nationale congolaise et la police ont également accru leur présence pour aider à gérer la réponse à Ebola. Cela a contribué à la détresse de la population et a brouillé les identités entre les parties au conflit et celles impliquées dans la réponse à Ebola (MSF, 2019).

La définition de la réponse comme une crise de santé publique plutôt que comme une crise humanitaire a écarté les bonnes pratiques existantes couramment mises en œuvre dans les réponses humanitaires. Certaines personnes interrogées ont révélé que ce cadrage signifiait que l'approche « ne pas nuire » et que la centralité de la protection n'avait pas été suffisamment prise en compte. Par exemple, les problèmes de sécurité et d'accès ont été résolus par une contre-menace (police et armée) conduisant à une militarisation de la réponse plutôt qu'aux approches d'acceptation communément adoptées par les acteurs humanitaires. Un donateur a déclaré qu'il était « contre-productif d'aller vers les communautés n'ayant pas une approche humanitaire où vous devriez vous soucier de l'acceptation. »<sup>12</sup> De graves attaques contre les intervenants ont été signalées, notamment contre les centres de traitement Ebola (CTE) de Médecins Sans Frontières (MSF) à Katwa et Butembo en février 2019, ce qui a conduit l'organisation à arrêter ses opérations. En effet,

plus de 300 attaques contre des agents de santé Ebola ont été enregistrées en 2019 (MSF, 2019).

Les résultats en matière de santé publique ont également été privilégiés par rapport à un engagement communautaire efficace dans ce cadre. Il y avait une tension entre le temps nécessaire pour s'engager avec les communautés et l'impératif d'urgence de santé publique pour arrêter la transmission d'Ebola. Par exemple, selon les personnes interrogées, les équipes de prévention des infections (CPI) ont dû faire face à des pressions pour procéder rapidement à la décontamination des ménages, même face à des refus, les communautés ayant le sentiment que leurs rites et pratiques étaient balayés. Les équipes d'enterrement digne et sécurisé ont également été contraintes d'agir dans un délai maximum de 72 heures.

La méfiance à l'égard de la réponse a été encore exacerbée lorsqu'un grand nombre de répondants venus de l'extérieur de la zone locale ne parlaient pas la langue locale Nande. C'était une contrainte majeure. Comme l'a souligné une personne interrogée : « Nous étions tous présumés coupables jusqu'à ce que notre innocence soit prouvée par les communautés et c'était le plus gros problème depuis le début. » Un an après le début de l'épidémie, une étude a révélé que 25 % des personnes interrogées pensaient qu'Ebola avait été introduit à des fins politiques, comme moyen d'exterminer les Nande et de créer des opportunités commerciales (CASS, 2019a).<sup>13</sup> La méfiance générale envers les individus et les organisations venant de l'extérieur de la communauté signifiait que les interventions n'étaient pas toujours acceptées et que les conseils sur la façon de se protéger contre Ebola n'étaient pas pris en compte. Par exemple, une étude du CASS (ibid.) a révélé que le principal facteur influençant les décisions de vacciner les

---

12 L'acceptation dans le contexte du Nord-Kivu, qui est plein de conflits, est essentielle : « L'acceptation implique l'obtention de l'approbation, du consentement et de la coopération des communautés, des autorités locales et d'autres parties prenantes [...] Pour obtenir l'acceptation, il est essentiel de clarifier le rôle et la motivation des acteurs de la réponse. Cela signifie adhérer à un code de conduite standard, tel que les principes humanitaires fondamentaux de neutralité, d'impartialité et d'indépendance » (Fairbanks, 2020).

13 Un thème récurrent sur les médias sociaux et dans les communautés, qui a été confirmé par le mécanisme de rétroaction communautaire de la Croix-Rouge, concerne le « business Ebola » ou la croyance que la réponse à Ebola était censée apporter un gain économique à certaines personnes plutôt que le virus. Cette perception a été confirmée à certains égards comme un fait, à la suite d'allégations de fraude et de corruption (voir The New Humanitarian, 2020).

enfants est la confiance dans la personne qui administre le vaccin. Les facteurs contextuels n'ont pas été suffisamment pris en compte, ce qui signifie que la méfiance initiale à l'égard des étrangers a persisté. Une personne sondée a d'ailleurs affirmé :

Les retours d'information que nous recevons des communautés ne se limitent pas à la réponse à Ebola mais aussi à l'environnement général du conflit et il est important que les équipes comprennent cela. Le contexte du Nord-Kivu signifie que les équipes ont besoin de savoir comment gérer les perceptions de la communauté, de recevoir des retours d'information concernant la « théorie du massacre du complot », car elles voient quelque chose d'étrange comme une manipulation externe pour les exterminer. Le processus de changement de comportement social prend donc du temps et nécessite une compréhension de ce contexte particulier d'intervention.

Les communautés ont également constaté une disparité entre les besoins humanitaires importants, qui n'ont pas été satisfaits pendant des années, et l'argent affluant pour la réponse à Ebola. Plusieurs personnes interrogées ont noté que « le problème d'Ebola ne concerne pas Ebola. Ebola a rarement été la priorité numéro un des communautés. Nous leur avons dit de se laver les mains, mais ils n'avaient pas d'eau ». Une grave épidémie de rougeole était également en cours, mais les communautés estimaient que seule la riposte à Ebola obtenait des ressources. Des acteurs tels que MSF ont compris comment la confiance pouvait être gagnée en équilibrant une ruée vers l'épidémie d'Ebola avec la nécessité de répondre à d'autres besoins cruciaux liés à la santé des communautés (Vinh-Kim Nguyen, 2019). Cela a finalement conduit à la création du Pilier 3 - la réponse UNEERO comprenant le CWG - qui visait à répondre aux besoins non liés à Ebola afin d'accroître l'acceptation par les communautés des interventions liées à Ebola.

## 3.2 Une approche médicale de la réponse : redéfinition des priorités, instrumentalisation et manque de bonnes pratiques sur RCCE

Les dirigeants de la réponse, principalement issus de milieux médicaux, avaient une compréhension limitée de la RCCE. Cela s'est avéré préjudiciable car des occasions ont été manquées d'écouter et d'intégrer les retours d'information de la communauté dans la réponse. L'accent mis sur l'objectif médical de briser rapidement les chaînes de contamination, associé à un accent sur les chiffres et les indicateurs quantitatifs, signifiait que l'engagement de la communauté et son rôle dans la prévention de la propagation du virus n'étaient pas une priorité avant le début de 2019. Ce retard a eu des conséquences durables sur l'impact de la RCCE.

### 3.2.1 La redéfinition des priorités et une compréhension étroite du RCCE

Les retours d'information de la communauté n'ont pas été jugés importants par les responsables de la réponse parce que sa nature qualitative était considérée comme non scientifique et donc inutile. Comme l'a déclaré une personne interrogée : « À moins que vous ne trouviez un moyen quantitatif de présenter des données qualitatives, les experts biomédicaux ne vous considèrent guère comme une personne qui fournit des preuves de choses que vous devez changer ». Les rapports de retours d'information de la communauté étaient principalement perçus par les responsables de l'intervention et d'autres commissions comme étant uniquement destinés à la Commission RCCE. Les anthropologues impliqués dans la réponse ont signalé des défis similaires ; en raison de la nature qualitative de leur recherche, elle a été ignorée par la direction et il a fallu beaucoup d'efforts collectifs pour s'assurer qu'elle soit prise en compte. En revanche, certaines personnes sondées ont fait valoir que si les données avaient été présentées de manière plus convaincante et succincte, il aurait été possible de combler le fossé en matière de langue, de culture et d'approches de travail entre les communautés humanitaire et sanitaire. Cela aurait soutenu les efforts visant à impliquer la

## Encadré 2: Intégration et langues pour contrôler la propagation d'Ebola

Utiliser le bon langage et la bonne terminologie en matière de communication des risques s'est avéré difficile. Avant 2019, il n'y avait pas eu d'évaluation spécifique pour approfondir la connaissance des préférences des communautés concernant les langues et les formats utilisés pour communiquer avec elles sur Ebola. Les matériels de communication sur les risques utilisés au cours des six premiers mois de l'intervention étaient majoritairement en français, certains en swahili mais pas en swahili congolais. Cela a effectivement exclu une proportion importante de communautés, telles que les femmes et les aînés qui ne parlent qu'une langue locale (TWB, 2019a). En outre, l'utilisation du lingala par les équipes d'intervention contre le virus Ebola - un langage stigmatisé associé à l'armée congolaise - a permis aux gens de les éviter au début de la crise.

Le défi consistait donc à adapter la communication des risques à un environnement multilingue, nécessitant la traduction des matériels en nande, en swahili congolais et en dialectes locaux dérivés du swahili pour couvrir les besoins de tous les groupes de population et des agents de santé. L'évaluation linguistique de Translators without Borders (Traducteurs sans frontières) à Beni a montré que les partenaires de communication utilisaient des termes médicaux spécifiques en français (faute de connaître la traduction correcte dans la langue locale), créant confusion, frustration et peur parmi la population (TWB, 2019b). Cela explique en partie pourquoi les études continuent de montrer qu'une grande proportion de personnes manquent de connaissances sur Ebola et ses symptômes.\* Dans le cadre de l'initiative TWB, les partenaires de la Commission RCCE ont travaillé pour adapter les formats de communication des risques, fournir des traductions et créer un glossaire pour les intervenants. Il était également essentiel de tenir compte de ce que les communautés comprennent des messages communs qui leur ont été transmis (par le biais de tests sur le terrain des matériels de communication).

\* Remarque : dans une étude CAP, 49 % des personnes sondées ont expliqué que c'était parce que les symptômes d'Ebola n'étaient pas clairement compris et savaient que les membres de la communauté ne faisaient pas confiance au diagnostic d'Ebola de l'ETC (CASS, 2019a).

communauté biomédicale au sens large et à faire écouter le leadership.

La prédominance du personnel médical dans l'intervention a également conduit à des interprétations divergentes de ce qu'implique la RCCE et a finalement réduit ses objectifs. Les interprétations du RCCE ne différaient pas seulement d'une agence à l'autre (y compris le gouvernement) ; le concept n'a jamais été largement compris. La Commission RCCE a été et est toujours appelée « Commission de la communication », révélant l'impression qu'elle se concentre sur la communication des risques plutôt que sur l'engagement communautaire. Par exemple, une personne interrogée de haut niveau a décrit l'objectif de la communication des risques comme étant d'aider la communauté « à percevoir et comprendre le risque et à définir avec la communauté les actions qu'elle peut entreprendre, mener, afin de limiter les risques et les effets sur la vie quotidienne de son peuple ». Les personnes interrogées ont rapporté que trop souvent, le RCCE était « quelque chose qui

était fait aux gens » plutôt qu'une discussion bidirectionnelle où les intervenants écoutaient les communautés. Même au sein de la Commission RCCE, une compréhension étroite de la RCCE signifie que la stratégie de la RCCE visait à dire aux personnes touchées ce qu'elles devraient ou ne devraient pas faire. L'élément d'appropriation a souvent été laissé de côté par les exécutants, laissant les communautés sans pouvoir. En conséquence, de nombreuses personnes interrogées ont estimé que l'engagement communautaire n'incluait pas les éléments d'appropriation et de responsabilité.

Il y avait un manque de consensus sur la façon dont la responsabilité devrait être intégrée dans la réponse et son lien avec la Commission de la RCCE. Pour certains, la responsabilité n'aurait pas dû faire partie des attributions de la Commission RCCE ; au lieu de cela, il devrait faire partie de la réponse globale et se répercuter sur tous les composants, garantissant que des actions concrètes sont prises. D'autres personnes interrogées ont estimé qu'il était impossible

de séparer la responsabilité de l'engagement communautaire car les deux sont étroitement liés, tandis que d'autres considéraient que l'engagement communautaire était transversal (c'est-à-dire que les communautés devraient être au centre et diriger tout) et en tant que telles n'auraient pas dû être placées sous le Commission RCCE. Ces opinions reflètent les politiques internes de certaines des principales organisations partenaires de la RCCE et mettent en évidence un obstacle important à la mise en œuvre d'une approche collective.

### 3.2.2 Instrumentalisation du RCCE à d'autres fins

En outre, les activités de la RCCE étaient généralement perçues par la réponse plus large comme une méthode de résolution des incidents et problèmes communautaires entre les communautés et les intervenants Ebola. En effet, les partenaires du RCCE étaient souvent perçus comme utiles uniquement lorsque les intervenants faisaient face à la résistance de la communauté. Il a été fait référence à plusieurs reprises dans les entretiens aux partenaires de la RCCE comme étant "l'équipe de nettoyage" ou les "pompiers" qui "éteignent les incendies" après que les interactions avec les communautés aient mal tourné. La RCCE n'a pas été comprise comme faisant partie intégrante de la réponse ou comme quelque chose dans lequel tous les acteurs devraient être impliqués au quotidien. Par conséquent, certains répondants ont estimé que l'approche de la RCCE était réactive plutôt que proactive, et qu'elle était mise en œuvre à contrecœur dans le cadre de la réponse.

Le RCCE a été perçu par beaucoup comme un outil pour "briser les réticences, pour faire face aux attaques de la communauté contre les intervenants" ou que son objectif était "d'amener les structures et les membres de la communauté à se conformer à la réponse". Cette perception était sous-tendue par la conviction de beaucoup dans la réponse que le problème est du ressort des communautés. L'utilisation continue

de termes tels que "résistance",<sup>14</sup> "réticence", "refus" et "réticence" dans les entretiens a mis en évidence le fait que de nombreuses personnes impliquées dans la réponse reprochaient aux communautés toute difficulté. En conséquence, comme l'a conclu l'une des personnes interrogées : Nous avons inversé la relation client-agence : nous sommes les clients des communautés et ce sont eux (les communautés) qui doivent changer leurs comportements, pas nous (la réponse)". Ce renversement s'est clairement reflété dans l'indicateur précoce de la Commission RCCE relatif à la "résistance levée", que certains partenaires de la RCCE ont considéré comme coercitif plutôt que lié à la communication et à l'engagement communautaire. Ces croyances et perceptions étaient au cœur des raisons pour lesquelles la réponse à Ebola était réticente à s'adapter à la lumière des réactions de la communauté.

### 3.2.3 Manque de bonnes pratiques sur la RCCE

L'absence de consensus sur ce qu'implique la RCCE et la dé-priorisation de la réponse qui en résulte ont été aggravées par l'absence de lignes directrices claires et formalisées ou de procédures opérationnelles standard (POS) et d'activités de la Commission de la RCCE.<sup>15</sup> Comme l'a rapporté une personne interrogée :

Nous pourrions avoir des [SOPs] pour aider à professionnaliser le RCCE aux yeux des médecins qui pensent que si vous ne l'écrivez pas, alors cela ne compte pas. Il suffit d'embaucher un groupe de personnes locales, de leur donner une formation de 45 minutes, puis de leur dire d'aller parler aux communautés.

En raison de ces différences culturelles, les bonnes pratiques de la RCCE n'ont pas été intégrées dès le début de la réponse et des erreurs ont été commises, notamment des retards dans l'utilisation de la bonne langue

14 Certains informateurs ont mentionné leur aversion pour le mot « résistance », car les communautés font quelque chose de mal, ce qui n'était pas le cas à leur avis.

15 L'UNICEF, avec le soutien des principaux partenaires de la RCCE, prévoit d'élaborer des normes d'engagement communautaire. Cette initiative a le potentiel d'apporter plus de clarté et de consensus sur ce que le RCCE devrait couvrir.

(voir encadré 2). Les équipes de terrain, telles que les équipes IPC, n'ont pas été formées systématiquement à la RCCE et n'ont collaboré avec la Commission RCCE que fin 2019. Selon les personnes interrogées, cela s'est traduit par des interventions inappropriées et des comportements culturellement irrespectueux, ce qui a entravé l'acceptation de la réponse. Les équipes sont entrées sans s'engager au préalable auprès des chefs traditionnels ni comprendre la dynamique de la communauté. En effet, une personne interrogée a rapporté qu'un chef de communauté lui avait dit : "la réponse à Ebola est entrée par le toit, pas par la porte d'entrée".

La mise en place et le paiement de structures communautaires telles que le RECO (*Relais Communautaire* - agents de santé communautaires),<sup>16</sup> et le paiement de frais aux forces de sécurité pour escorter les intervenants dans les zones d'insécurité ont tous aggravé le manque d'acceptation par la communauté. Cela a également sapé l'action humanitaire locale. Les ONG locales ont indiqué qu'elles se débattaient avec un manque de budget et ne parvenaient pas toujours à obtenir l'engagement des membres de la communauté. Comme l'a déclaré un membre d'une ONG locale, 'nous avons monétisé la réponse. Avant les RECO<sup>17</sup> étaient des bénévoles, mais avec Ebola, ils ont commencé à être payés. Les enseignants ont même abandonné leurs salles de classe pour devenir des "RECO". Cette personne a ajouté qu'en raison de la rémunération des bénévoles communautaires, tous les bénévoles du RECO n'étaient pas perçus comme légitimes par les communautés : Des lettres ont été reçues de communautés critiquant un choix de RECO qu'elles n'accepteraient pas".

### 3.2.4 Progrès dans l'intégration de la RCCE dans la réponse

Alors que l'épidémie se poursuivait, une augmentation de la "résistance communautaire"<sup>18</sup> et de multiples attaques contre les intervenants ont conduit à l'engagement de la communauté et à la prise en compte des réactions par d'autres commissions. Les partenaires de la RCCE ont commencé à recruter davantage de personnes au niveau local et davantage de travail d'engagement communautaire a été effectué avec les structures communautaires existantes, qui ont finalement soutenu l'acceptation et l'accès. Une bonne pratique a été la création d'équipes d'intervention rapide composées de chefs religieux de différentes confessions, de représentants des femmes et des jeunes, de dirigeants de la communauté Nande et de représentants des entreprises. Ces personnes ont la confiance et la notoriété de leurs communautés respectives et sont sollicitées lorsque les équipes de terrain de la RCCE ne peuvent pas gérer un problème spécifique avec une communauté.

Avec l'appui des Nations Unies et de leurs autres partenaires, les autorités nationales se mettent à jouer un rôle de plus en plus important dans la coordination de l'aide. Les interventions sur le terrain sont désormais beaucoup mieux coordonnées entre les commissions, ce qui permet aux équipes de la RCCE d'entrer en contact avec les communautés avant les interventions, telles que des enterrements sûrs et dignes ou la vaccination.

L'écoute des réactions de la communauté est désormais plus systématique et intégrée dans la stratégie globale de la réponse, de même que l'institutionnalisation du CFWG. Il existe quelques exemples de communication bilatérale qui commencent à émerger, comme le document de foire aux questions (FAQ) sur Ebola, élaboré conjointement sur la base

---

16 Les RECO ont été créés en tant que « structure d'engagement communautaire » pour soutenir la réponse aux alertes, au traçage et à la surveillance communautaires, etc. Le gouvernement a décidé, contre l'avis des ONG, de rémunérer ces RECO, initialement 10 \$ / jour / personne.

17 Selon les personnes sondées, cela a également conduit au remplacement d'anciens agents de santé communautaires par de nouveaux de manière non transparente et sapant l'idée de s'appuyer sur les ressources de santé publique existantes.

18 L'utilisation de guillemets est intentionnelle pour refléter la langue utilisée par les personnes sondées plutôt qu'un choix délibéré de formulation de la part des auteurs.

des réactions de la communauté et mis à disposition dans les langues locales. Le travail du CASS pour comprendre les perceptions de la communauté sur la réponse, le risque, les obstacles et les facteurs favorisant l'adoption de comportements protecteurs a également eu un grand impact sur l'adaptation de certains aspects de la réponse aux perceptions et aux réactions des communautés.

La réponse au virus Ebola en RDC démontre la nécessité pour les partenaires de la RCCE de s'engager plus systématiquement auprès des intervenants en santé publique afin de les sensibiliser à ce qu'implique la RCCE. Cela est particulièrement essentiel pour la réponse en termes d'engagement communautaire, d'appropriation et de responsabilité, tout comme le fait de souligner le lien entre la RCCE et l'accès, l'acceptation et la sécurité.

### 3.3 Une coordination défaillante

Le leadership et l'engagement à assurer une réponse efficace et collective de la RCCE ont été sapés par une série de facteurs décrits ci-dessous, reflétant dans une certaine mesure le manque de leadership, de responsabilité et de coordination clairs de la réponse globale à Ebola.<sup>19</sup>

#### 3.3.1 Fragmentation des structures de coordination pour la RCCE

Ni le nombre élevé de structures de coordination pour la RCCE ni la place centrale de la RCCE dans les plans stratégiques n'ont conduit à une réponse efficace et collective de la RCCE. Bien que cela soit dû en partie aux facteurs décrits ci-dessus, la coordination déficiente autour de la RCCE était un élément clé. La recherche sur les approches collectives en matière de CCE souligne la nécessité de disposer de structures et de pratiques de coordination efficaces (Barbelet, 2020) et d'un esprit collectif pour soutenir la coordination (Holloway et Fan, 2020).

Cependant, la coordination de la réponse à Ebola a été généralement fragmentée, en particulier en ce qui concerne la RCCE où de multiples structures de coordination ont travaillé en parallèle et n'ont pas réussi à se réunir en tant qu'effort collectif.

La création de l'UNEERO visait à renforcer le soutien international à la coordination, mais les personnes interrogées ont affirmé qu'il avait peu d'impact en raison de son manque d'intégration avec les groupes de travail parallèles existants.<sup>20</sup> L'utilisation de l'IMS de l'OMS dès le début de la réponse (qui se caractérise par une approche descendante) a entravé la collaboration et créé un terrain propice au travail en silo. En effet, les personnes interrogées s'accordent à dire que la collaboration entre les commissions et les différents piliers a été difficile.

Le résultat de cette structure fragmentée est un nombre excessif de réunions qui se font toutes concurrence pour la participation. Les réunions de la RCCE au niveau central manquaient d'une approche stratégique, étaient dirigées de manière rigide et se concentraient trop sur la mise à jour des informations. En conséquence, la participation des partenaires opérationnels aux réunions de la Commission RCCE a été irrégulière et limitée. Au lieu de cela, la réunion des partenaires de la RCCE a eu une audience plus large car elle a été perçue comme étant plus efficace et produisant des résultats concrets. Plusieurs personnes interrogées ont déclaré qu'elles n'assistaient plus aux réunions de la Commission RCCE car la réunion des partenaires était suffisante.

La fragmentation a également empêché une action rapide et a rendu les rôles et responsabilités des différentes structures de coordination peu clairs. Cela est particulièrement problématique dans le cadre d'une réponse à une crise de santé publique où la rapidité des messages et des actions est cruciale pour lutter contre la propagation du virus. Un processus est en place par le biais de

---

19 Pour en savoir plus, voir IASC (2020).

20 Les personnes sondées ont également mentionné qu'une des leçons tirées de l'épidémie de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest était l'importance d'éviter la création de structures parallèles comme la Mission des Nations Unies pour la réponse d'urgence à Ebola (UNMEER) (DuBois et al., 2015) et de nouveau en RDC avec UNEERO.

la Commission RCCE pour valider, centraliser et diffuser les messages de communication sur les risques - notamment en tenant une banque de messages et en faisant appel à l'expertise de différents partenaires pour traduire, tester sur le terrain et concevoir des supports de communication. Cependant, la pratique actuelle de validation au niveau de la Commission compromet ce processus. Il a trop souvent été signalé que la transmission de messages par la Commission entravait une communication efficace et rapide sur les risques. Cette perception était partagée par les membres d'autres commissions qui qualifiaient la commission RCCE de "centre de rétention".

Le CWG d'UNEERO a également participé à l'élaboration des messages. Cependant, à certaines occasions, cela a conduit à des activités similaires menées en parallèle,<sup>21</sup> impliquant généralement les mêmes organisations mais ne tirant pas nécessairement toutes dans la même direction. De nombreuses personnes interrogées ont déclaré que le rôle du CWG n'était pas initialement envisagé comme un soutien à la communication sur les risques, mais plutôt comme un soutien aux médias et à la communication externe. Ils seraient intervenus pour travailler sur la communication des risques afin de combler un vide laissé par la Commission RCCE et parce qu'ils étaient mieux à même d'attirer des experts de l'OMS, des CDC et autres. Les messages conçus par l'intermédiaire du GTC doivent être validés par la Commission de la RCCE, mais il n'existe pas de procédure claire à cet effet. Il est laissé à l'UNICEF ou à d'autres organisations de relier ces initiatives, mais cela n'est pas fait systématiquement. Les rôles et responsabilités en matière de messages doivent être clarifiés afin de concentrer les efforts sur l'objectif collectif de production et de diffusion de messages opportuns, utiles et appropriés pour soutenir la réponse.<sup>22</sup>

### 3.3.2 Mauvaise intégration de la RCCE dans le système de coordination

La Commission RCCE se situe au même niveau que les sept autres commissions mais sa nature transversale ne se reflète pas clairement ni dans l'organigramme (voir annexe 1) ni dans la manière dont elle travaille avec les autres commissions. Les personnes interrogées ont estimé que, pour être plus efficace, le RCCE doit soit être mieux intégré dans la réponse globale, soit la Commission devrait siéger directement sous la coordination générale (par exemple, dans le système des clusters, le groupe de travail sur le RCCE siège souvent au niveau de la coordination inter-clusters). Les avis sont partagés quant à la mesure dans laquelle la Commission est effectivement intégrée dans l'architecture de réponse. Le fait que la RCCE relève d'une commission autonome officialise son importance et son rôle clé dans la réponse, mais tend également à limiter la RCCE à la responsabilité d'une seule commission. C'est là que se trouve le principal défi : l'obstacle à l'opérationnalisation de la nature transversale de la RCCE.

Toutes les personnes interrogées ont noté que les commissions travaillent en silo et que, par conséquent, l'intégration de la Commission RCCE avec les autres commissions doit être considérablement renforcée. La Commission RCCE est souvent perçue comme ayant un rôle de soutien plutôt que de contribuer directement à la stratégie globale de la réponse. La nature transversale de son travail est comprise par certains, mais n'est pas appliquée en raison d'un manque de vision stratégique de la part des responsables de l'intervention et de son modèle opérationnel. D'importants efforts positifs ont été faits pour renforcer la coordination et la collaboration entre les commissions, comme la formalisation d'équipes multidisciplinaires réunissant des personnes de chaque commission, bien que cela reste marginal. Les partenaires de la RCCE ont beaucoup

---

21 Par exemple, les travaux sur les « 25 questions difficiles » ou sur la question des « survivants », en cours parallèlement au CWG et à la Commission RCCE.

22 Le manque de coordination des structures de coordination se traduit également par le manque de collaboration jusqu'à très récemment entre le réseau PSEA et les partenaires de la RCCE. Aucun lien n'a encore été établi avec le réseau PSEA autour du développement des messages et de la diffusion par les multiples canaux utilisés par la Commission RCCE, et le coordonnateur PSEA ne participait pas au CFWG.

plaidé auprès d'autres commissions pour faire comprendre que le RCCE est la responsabilité de tous les intervenants.

Au niveau infranational, des points focaux RCCE ont été intégrés dans chaque commission pour renforcer la nature transversale de la RCCE. Les résultats ont été mitigés car la même pratique n'a pas été reproduite au niveau central et le rôle des points focaux n'a pas été systématiquement mis en œuvre. Si, dans certains cas, les personnes interrogées ne savaient pas que ces experts étaient en place, dans d'autres, leur efficacité semble varier selon qu'ils ont la capacité d'influencer et d'être écoutés au sein de leur commission et que les dirigeants des commissions les tiennent pour responsables. En outre, ces points focaux n'assistaient pas systématiquement aux réunions de la Commission RCCE. Là où ce système a bien fonctionné, comme à Butembo, les points focaux ont fait office de pont entre les commissions, ce qui a permis de renforcer l'intégration, d'améliorer la circulation des informations et de renforcer la collaboration.

### **3.3.3 Les défis en matière de capacité de coordination, d'expertise et de neutralité**

Au départ, la Commission RCCE manquait à la fois de capacités dédiées et d'expertise adéquate pour diriger la coordination de la Commission, ce qui a considérablement retardé sa capacité à être une structure de coordination significative et efficace.

Au départ, la codirection de la Commission RCCE était partagée par l'OMS et l'UNICEF pour soutenir le leadership gouvernemental. Toutefois, l'UNICEF ne disposait d'aucune capacité spécifique pour remplir ce rôle. En effet, ce poste était couvert par le personnel du programme de communication pour le développement (C4D) qui avait à la fois les rôles et les responsabilités de coordination du programme de l'UNICEF et de la Commission RCCE. La forte rotation du personnel de C4D a encore entravé la capacité de l'UNICEF à soutenir une coordination efficace, car toute nouvelle personne devait

recréer des relations de travail à la fois avec le gouvernement et les partenaires de la RCCE. Malgré la nécessité évidente de disposer d'une personne dédiée pour soutenir la coordination de manière prévisible et opportune, il aurait fallu plus de six mois pour obtenir un financement et recruter ce rôle. Un donateur s'est demandé dans quelle mesure l'UNICEF avait effectivement adopté cette position de codirecteur, tandis que plusieurs personnes interrogées au sein d'organisations internationales ont expliqué que l'OMS avait assumé le rôle de codirecteur parce que l'UNICEF ne pouvait pas le gérer seul en raison d'un manque de capacités spécialisées. Cela a entraîné un vide dans la direction ainsi qu'une confusion sur les rôles et les responsabilités en matière de direction et de responsabilité entre l'OMS et l'UNICEF. Bien que la codirection ait été clarifiée par la suite, seul l'UNICEF soutenant le ministère de la santé pour diriger la commission RCCE, cela n'a jamais été communiqué officiellement aux partenaires, ce qui a aggravé la frustration et la confusion existantes.

Le manque de leadership en matière de coordination s'est avéré préjudiciable pour assurer la coordination, la gestion de l'information, l'analyse et la planification stratégique entre les partenaires dès le début de la réponse. Le recrutement d'un conseiller principal<sup>23</sup> a été salué par tous les partenaires, qui ont mentionné un changement significatif dans les pratiques de coordination à partir d'octobre 2019. Les sous-commissions ont également été encouragées par du personnel de plus haut niveau dans le but de renforcer le leadership et la prise de décision rapide au niveau du terrain.

Outre les questions de capacité, un deuxième défi en matière de coordination était le manque d'expertise adéquate pour soutenir les approches collectives de la RCCE. Certains répondants ont souligné que, jusqu'en septembre 2019, les coordinateurs avaient tendance à être des experts techniques sans les aptitudes et compétences requises en matière

---

23 Seulement 60 % du temps de cette personne a été consacré à la coordination de la Commission RCCE.

de coordination. L'expertise en matière de coordination a tendance à être écartée ou à ne pas être prioritaire lors du recrutement des coordinateurs, ce qui a des conséquences sur le rapprochement des organisations et la promotion du consensus. En outre, un nombre important de personnes interrogées se sont demandé si l'UNICEF disposait de l'expertise technique adéquate pour diriger la Commission de la RCCE. Bien que l'UNICEF soit bien connu pour sa forte expertise en matière de C4D, beaucoup ont fait valoir que cela ne correspondait pas à l'expertise en matière de communication des risques nécessaire dans le cadre de la réponse au virus Ebola, notamment en ce qui concerne l'engagement communautaire et le développement et l'adaptation rapides des messages de communication des risques au cœur de la stratégie. Plusieurs personnes interrogées ont estimé que cette première occasion manquée d'obtenir les bonnes personnes avec la bonne expertise a affaibli la réponse de la RCCE, déclarant : "ils avaient le rôle de leader dans la communication mais pas la bonne stratégie pour la communication des risques et trop peu de personnel spécialisé dans le domaine".

Les personnes interrogées se sont également demandé si la Commission RCCE était dirigée par les bonnes organisations et les bons acteurs afin de garantir la neutralité. Tant l'UNICEF que les responsables gouvernementaux de la commission de la RCCE ont éprouvé des difficultés à être perçus comme neutres dans leur rôle de coordination. Le rôle de l'UNICEF en tant que facilitateur neutre a été fortement remis en question par son rôle dans le financement et la mise en place des activités de la RCCE. En tant qu'intermédiaire financier, co-chef de file de la RCCE et partenaire opérationnel important, l'UNICEF était perçu comme ayant créé une "situation de monopole". Son financement de la Commission RCCE et de son homologue gouvernemental a été souligné comme un biais potentiel car le gouvernement souhaiterait s'aligner sur la stratégie de l'UNICEF. Pour favoriser une approche collective, il est essentiel d'avoir un co-chef de file pour la Commission RCCE qui soit perçu comme neutre et représentant équitablement tous les partenaires.

Comme l'a résumé un répondant : "Les partenaires veulent quelqu'un qui représente le collectif plutôt que l'UNICEF".

En fin de compte, la création du rôle de conseiller principal visait à compenser l'absence d'un coordinateur neutre et indépendant. Le rôle est positionné à un niveau stratégique et sa neutralité est renforcée par le fait que son financement est géré à Beni par l'équipe des opérations et non par le conseiller principal de l'UNICEF. Les personnes interrogées estiment que la création de ce poste a eu un impact significatif sur la qualité de la coordination, la cohérence des réunions et l'esprit collectif, avec davantage d'efforts pour impliquer de manière significative tous les acteurs.

Plusieurs répondants ont estimé que l'OCHA aurait dû être impliqué dans la coordination de la Commission dès le début de la crise, car cela aurait garanti une approche plus neutre, entraînant l'adhésion de tous les partenaires. De manière critique, l'OCHA aurait agi comme un pont entre la coordination humanitaire au sens large, car c'est pour cette raison qu'il joue un rôle plus important dans le cadre du troisième pilier de la réponse intégrée. La philosophie du troisième pilier étant de répondre aux besoins non liés à l'Ebola, il aurait été logique que l'OCHA soit également impliqué dans la Commission RCCE. L'OCHA dispose d'une expertise substantielle en matière de coordination et de gestion de l'information, qui aurait été utile à la Commission et aurait complété l'expertise technique de l'UNICEF (et de l'OMS) en matière de RCCE.

La codirection par le gouvernement de la commission de la RCCE soulève plusieurs questions : par exemple, quelles capacités ont été allouées par le ministère de la santé ; les méthodes de travail ont-elles permis une collaboration, une coordination et un renforcement des capacités significatifs ; et l'UNICEF disposait-elle d'une marge de manœuvre sous la direction du gouvernement ? Bien que le gouvernement ait consacré des capacités depuis la création de la Commission RCCE et des sous-commissions ultérieures, il n'était pas clair si ces capacités étaient les bonnes. Les personnes interrogées ont déclaré que les capacités du personnel

du ministère de la santé devaient être renforcées tant en termes de coordination que d'expertise technique de la RCCE. Ce défi s'est traduit par la capacité limitée du personnel gouvernemental de la Commission RCCE à négocier et à travailler sur plusieurs piliers. Plusieurs personnes interrogées ont également souligné que la dynamique entre le ministère de la santé et l'UNICEF était très sensible, le ministère de la santé considérant que son rôle est très responsable et l'UNICEF davantage un partenaire opérationnel et un intermédiaire financier (une personne interrogée a décrit ce rôle comme "chef adjoint" plutôt que co-chef de file). Cela a été confirmé par des rapports indiquant que la direction du gouvernement, en particulier au niveau central, était marquée par un espace limité pour que les partenaires puissent exprimer leurs opinions et leurs préoccupations ; cela a en partie conduit à la création du groupe de travail des partenaires de la RCCE.

### 3.3.4 Manque d'adhésion et de consensus

L'évolution vers une approche collective de la RCCE a été contrecarrée par des retards importants et des difficultés à diffuser et à mettre en œuvre une stratégie commune entre les partenaires, mais surtout par un désaccord sur le contenu et l'orientation générale de la stratégie. Bien que très tardive dans la réponse, la création d'une stratégie RCCE en novembre 2019 a été considérée comme un développement positif. Cependant, le processus d'élaboration de la stratégie a été perçu comme étant descendant et manquant d'une inclusion et d'une participation suffisantes de la communauté RCCE au sens large - ce qui a été mentionné à plusieurs reprises par les répondants. Les désaccords sur son orientation n'ont pas été suffisamment pris en compte pour être débattus et les voix alternatives n'ont pas toujours été incluses. Un petit nombre de personnes interrogées ont décrit le processus décisionnel de coordination comme une "dictature" ou un "monopole"<sup>24</sup> et ont réfléchi à la lutte de leur organisation pour être entendue dans les

## Encadré 3: Protection contre l'exploitation et les abus sexuels : victime du manque de leadership

Suite à un rapport de l'IRC en mars 2019, la Banque mondiale a demandé la création d'un mécanisme de reporting collectif lié à la PSEA, dédié à la réponse à Ebola et mis en place et géré par l'IRC (ils souhaitaient spécifiquement que l'IRC dirige la mise en place de ce collectif mécanisme de rapport). L'IRC a conçu un projet englobant toute la réponse à Ebola avec des alertes PSEA directement dirigées vers la direction de la réponse plutôt que vers l'IRC. Les fonds transférés par la Banque mondiale au Ministère de la Santé auraient été alloués à la mise en œuvre du projet. L'IRC a recruté une personne arrivée en juin 2019 ; cependant, en décembre 2019, aucun fonds n'avait été reçu par IRC et le projet n'a donc jamais été mis en œuvre.

Cet exemple souligne la nécessité d'un engagement fort au sommet et d'un leadership de la réponse pour garantir que les mécanismes de responsabilisation sont classés par ordre de priorité et suivis. Plusieurs personnes sondées ont fait part de leur profonde déception face aux efforts minimes de la direction pour lutter contre l'exploitation et les abus sexuels lorsque des preuves de tels cas sont révélées. Certaines personnes interrogées ont établi un parallèle entre ce manque de hiérarchisation et la composition majoritairement masculine du leadership et de la direction dans la réponse.

processus décisionnels stratégiques, que ce soit au niveau de la coordination stratégique ou de la Commission de la CRCE. Par conséquent, certains partenaires clés de la RCCE ignorent la stratégie de la Commission et certains la considèrent comme un moyen de rechercher des financements plutôt que de fournir un cadre commun pour l'opérationnalisation.

L'approche décisionnelle descendante a également entraîné un fort désaccord sur la manière dont l'engagement communautaire

24 Monopole par le Ministère de la Santé et l'UNICEF/OMS.

et les structures communautaires devraient soutenir la stratégie, ce qui a conduit à la mise en place de systèmes de relais communautaires parallèles. Cette décision n'a pas été prise par la direction de la Commission RCCE, mais par la direction générale du ministère de la santé/OMS. De même, la dernière stratégie autour de la relance de la cellule d'engagement communautaire (CAC)<sup>25</sup> semble être controversée parmi les partenaires de la RCCE. Certains ont estimé qu'en situation d'urgence, ce n'était pas le bon moment pour introduire de nouvelles structures (la réponse au virus Ebola a permis de soutenir 3 914 CAC - certains étaient nouveaux et d'autres préexistants et revitalisés) car elle a détourné beaucoup d'énergie et de soutien de la réponse à des besoins très concrets, tels que les questions pressantes des communautés sur la vaccination et les survivants. Certains partenaires ont jugé cette stratégie erronée car elle a été imposée par le gouvernement sans réel besoin opérationnel. On a eu le sentiment que de plus en plus d'unités d'engagement communautaire étaient créées sans avoir d'abord dressé la carte de ce qui était déjà disponible.

### 3.3.5 Manque d'esprit collectif : concurrence et localisation

La volonté de collaborer pour un objectif commun est un facteur clé pour une approche collective qui englobe toutes les parties impliquées dans la réponse. Pourtant, la concurrence - plutôt qu'un esprit collectif - entre les acteurs a prévalu, entraînant parfois un manque de considération du rôle essentiel des organisations locales jusqu'à un stade tardif de la réponse.

Un grand nombre de répondants ont fait référence à la dynamique de pouvoir entre les différents acteurs de la réponse à Ebola qui a causé des tensions et des retards inutiles. La double codirection initiale de la Commission RCCE (OMS et UNICEF) a été perçue par un

répondant comme "des agences concurrentes qui font leurs affaires". Ce « choc des approches » est repris, par exemple, dans une boîte à outils de l'OMS sur la RCCE conçue à Butembo :

La diversité des acteurs de la RCCE (OMS, UNICEF, Ministère, ONG...) a conduit à une mauvaise coordination des activités. Chacun de ces acteurs réalise la même activité selon sa propre logique, ses propres ressources et ses propres indicateurs. Cette dispersion a eu un impact direct sur l'efficacité des actions de la riposte (OMS, 2019b).

Un certain nombre de personnes interrogées ont signalé un « problème d'étiquetage » (organisations souhaitant voir leur mécanisme de retour d'information et leurs données utilisées et rapportées), qui a empêché l'optimisation des ressources et risqué de perdre en crédibilité auprès de la communauté en raison de la multiplicité des mécanismes et du peu d'attention portée à la boucle. Une personne sondée a résumé : « Il nous manque une approche collective, tout le monde est un peu protecteur de son propre mécanisme de rétroaction des plaintes, ils veulent que leurs retours d'information soient entendus ».

Les personnes sondées ont estimé que lorsque la marque et les labels des agences étaient mis de côté, par exemple avec le CASS, cet esprit collectif a conduit avec succès à des effets collectifs. Bien qu'entièrement financé par l'UNICEF, le CASS n'a pas de cachet de l'UNICEF, et n'est donc pas perçu comme une initiative exclusivement de l'UNICEF. L'UNICEF s'est assuré que le travail du CASS était utile à tout le monde, demandant au directeur du CASS de « tout partager à 150 % ». Cela a encore été facilité par le fait d'avoir un gestionnaire du CASS qui croyait en ces principes et les appliquait efficacement. La CASS a fait un véritable effort pour diffuser la recherche et cocréer des recommandations en

25 Les CAC faisaient partie d'une initiative gouvernementale qui a débuté en 2012. Les CAC sont des unités composées de membres de la communauté formés à la communication des risques et au soutien de la participation communautaire. Les CAC sont des structures permanentes, ancrées dans les communautés et soutenant les activités de la RCCE au quotidien. Ils sont également utilisés pour transmettre les commentaires de la communauté à la Commission RCCE et pour alerter la coordination sur d'éventuels cas d'Ebola.

s'engageant à plusieurs niveaux, souvent (sous) commission par (sous) commission. Cela a créé l'adhésion, l'appropriation et un sentiment de responsabilité collective. Grâce à des relations de travail collectives et collaboratives, la CASS a pu mieux opérationnaliser le caractère transversal de ses travaux. Les études de la CASS croisent également d'autres mécanismes tels que le mécanisme de rétroaction communautaire de la Croix-Rouge. Grâce à cette façon de travailler, la CASS a pu, selon de nombreux répondants, développer et entretenir de bonnes relations avec des acteurs clés, notamment le gouvernement, l'OMS, l'UNICEF et les ONGI. Travailler avec des chercheurs locaux possédant le bon ensemble de compétences linguistiques a également renforcé sa capacité à établir des relations.

Le manque de collaboration autour de la RCCE et plus généralement dans la réponse à Ebola peut être vu dans les relations entre les agences des Nations Unies, les ONG internationales et les acteurs locaux. Le désaccord sur le contenu de la stratégie de la RCCE et la concurrence sur le financement ont conduit les ONGI à plaider auprès des bailleurs de fonds pour ne pas acheminer tous les financements via les agences des Nations Unies, y compris une demande que 40 à 60 % des financements reviennent directement aux ONGI pendant la transition post-Ebola. Plutôt qu'une concurrence pour le financement, un répondant a fait valoir que cette demande avait été faite parce que les agences des Nations Unies consacraient des fonds à des projets controversés et n'allouaient pas de financement pour les projets de genre et d'inclusion. Dans le même temps, le financement d'agences des Nations Unies telles que l'UNICEF a permis à certains financements d'atteindre les ONG locales (une partie de la stratégie du pilier 3, qui vise à augmenter le nombre de contrats pour les petites ONGI afin d'améliorer la durabilité et l'appropriation communautaire).

Cependant, malgré le financement acheminé aux ONG locales par le biais des agences des Nations Unies, il y avait un manque d'inclusion

significative des acteurs locaux dans la réponse et dans la RCCE. La plupart des personnes sondées ont reconnu qu'il y avait au départ une occasion manquée de localiser la réponse en travaillant avec les ONGI, les associations de base et les structures communautaires existantes. Une personne interrogée a souligné le manque initial d'inclusion et de prise en compte des organisations confessionnelles. Les organisations confessionnelles sont extrêmement importantes dans l'est de la RDC où elles gèrent 60 % des écoles et 40 % du système de santé (Balibuno et al., 2020). Les organisations confessionnelles auraient du mal à accéder aux financements des agences des Nations Unies avec Bernard Balibuno, représentant pays de CAFOD RDC, s'exprimant lors d'un événement public en mars 2020, mentionnant qu'il n'y avait pas eu de « marche à suivre » concernant la localisation.<sup>26</sup>

Au niveau de la RCCE, la plupart des personnes sondées ont également déclaré que la représentation des ONGI au sein de la Commission et du CFWG était marginale, en particulier au niveau central, avec la participation des plus grandes ONGI. Les personnes sondées par les ONGI étaient généralement positives à l'égard de la Commission car elle leur permettait d'accéder à des ressources telles que des messages préconçus et pré-traduits pour lesquels ils n'avaient pas de budget. À partir de la mi-2019, les ONGI, les organisations confessionnelles et d'autres organisations de la société civile ont pu s'impliquer beaucoup plus dans la mise en œuvre des activités de la RCCE après avoir reçu des subventions de l'UNICEF, du gouvernement et de petits donateurs privés. Cependant, leur participation aux réunions de coordination était incohérente et étroitement liée au fait de savoir s'ils disposaient d'un financement actif et pouvaient consacrer du personnel à assister aux réunions. Une personne sondée a confirmé que le manque de financement pour les organisations de la société civile a entravé leur participation, citant comme exemple la lutte du réseau PSEA pour s'engager avec les associations de femmes locales.

---

26 Événement ODI « Enseignements tirés ? Faire face au virus Ebola en RDC », le 18 mars 2020.

### 3.4 Rôle du leadership

Un engagement descendant de la direction de la réponse est essentiel pour que la rétroaction ascendante soit acceptée, prise en charge et appliquée (voir encadré 3). Les partenaires de la RCCE ont fait pression pour cela. Un plaidoyer a été fait à tous les niveaux pour sensibiliser les commissions et la coordination à être plus réceptives aux retours d'information de la communauté. Les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention), l'UNICEF et les partenaires de la RCCE se sont tous joints à un effort collectif pour soutenir cela malgré les problèmes de coordination.

Un workshop de retours d'information communautaire en juillet 2019 à Goma a été un tournant. Avec le soutien de la FICR, la Commission de la RCCE a organisé et dirigé le workshop avec la participation des partenaires de la RCCE, des représentants de toutes les commissions et du groupe de coordination stratégique. Une réalisation clé a été l'institutionnalisation du CFWG et une déclaration écrite officielle du Coordonnateur national indiquant que toutes les commissions devaient assister à ce groupe de travail chaque semaine. Cependant, seules 40 à 60 % des commissions participent régulièrement jusqu'à présent. Dans certaines régions, comme Mambasa, la Commission de la RCCE rend compte de la présence au Coordonnateur, ce qui tend à renforcer la participation. A Goma, la présence du Coordonnateur National à la réunion n'est pas régulière mais s'accompagne souvent d'une plus grande participation des autres commissions.

Un changement culturel est nécessaire : les commissions (et leurs leaders et décideurs, y compris les agences des Nations Unies) doivent accepter le travail ascendant et adapter les modalités de fonctionnement en fonction des retours d'information des communautés. De nombreux exemples concrets ont été fournis sur la manière dont la réponse a adapté certains de ses protocoles à la suite de retours d'information communautaires ou d'études réalisées par la CASS. Par exemple, les équipes d'inhumation en toute sécurité et dans la

dignité ont adapté la procédure d'inhumation de plusieurs manières : en permettant à un membre de la famille utilisant un équipement de protection de participer, en modifiant la conception des sacs mortuaires et en formant les équipes communautaires pour assurer des enterrements dignes et sécurisés (EDS). Des visites aux CTE ont été organisées pour les leaders traditionnels et religieux afin de contrer les rumeurs selon lesquelles les centres étaient des lieux où des personnes avaient été tuées. Les distributions alimentaires ont également été ajustées à la suite des retours d'information des communautés selon lesquelles elles rejettent certains aliments en raison de leur origine (par exemple, la farine du Rwanda).

Malheureusement, les personnes sondées étaient d'avis que ces succès étaient minoritaires et ne reflétaient pas une prise en compte systématique des retours d'information de la communauté pour la prise de décision et l'adaptation des projets. Des retours d'information identiques reviennent chaque semaine sans réponse concrète ni responsabilité quant à la manière dont ces retours d'information ont été pris en compte. La fragmentation des mécanismes de retours d'information entre les partenaires et la qualité des informations présentées par le CFWG ont été perçues par certaines personnes sondées comme contribuant au manque d'engagement des dirigeants. Sans une adhésion stratégique de haut niveau et un engagement en faveur de la responsabilité collective, le travail acharné pour recueillir les retours d'information communautaires sera vain. Le CFWG a besoin d'un accès et d'un soutien plus cohérents de la part du leadership de la réponse à Ebola pour s'assurer que chaque commission s'approprie les recommandations découlant de l'analyse des retours d'information.

En conclusion, d'autres engagements descendants sont nécessaires pour faire passer la RCCE au niveau suivant. Les retours d'information sont recueillis, analysés et entendus par différents canaux, mais doivent toujours atteindre systématiquement le leadership de la réponse pour influencer les décisions stratégiques sur les personnes

qui devraient être responsables de s'assurer qu'elles se répercutent sur des adaptations programmatiques efficaces et pour communiquer aux communautés sur ce qui est fait en tant que résultat de leur contribution.

Dans les cas où l'action n'est pas possible, il est également important de communiquer ces décisions ou limitations concernant les ressources aux membres de la communauté (c.-à-d. fermer la boucle de rétroaction).

---

# 4 Conclusion

Les leçons tirées de la 10<sup>e</sup> épidémie d'Ebola doivent être saisies à la fois pour les réponses actuelles et futures en RDC, ainsi que dans le monde entier, afin de soutenir des approches plus systématiques et collectives de la RCCE. La crise est un exemple flagrant de la mesure dans laquelle une approche médicale a besoin d'une traction sociale. La précédente épidémie en Afrique de l'Ouest a mis en évidence l'importance cruciale de l'engagement communautaire pour tous les acteurs engagés dans une riposte, et les conséquences négatives résultant de la priorisation tardive de l'engagement communautaire. Pourtant, la réponse à Ebola en RDC a dépriorisé la RCCE (en particulier l'élément d'engagement communautaire), n'a pas réussi à créer des mécanismes de coordination et des méthodes de travail qui ont permis une réponse collective et, contre l'avis de nombreux partenaires de la RCCE.

Même avec les complexités politiques impliquées dans la réponse à l'épidémie d'Ebola en RDC orientale, des leçons sur la façon de participer efficacement les communautés et RCDA de conduite dans une crise de santé publique ne sont pas intégrés dans la préparation au niveau national ou dans la réponse globale de la santé publique au niveau de la pratique. Cela a entraîné des retards dans le déploiement de capacités adéquates et dédiées, et un échec à travailler efficacement avec les structures et institutions communautaires existantes pour garantir que le bon leadership a conduit à une réponse basée sur les retours d'information et la dynamique de la communauté. Au lieu de cela, des structures parallèles ont été créées à tous les niveaux et un manque de collaboration efficace a prévalu.

Sans une adhésion de haut niveau et une direction accrue de la part du leadership, les recommandations du CFWG manquent toujours d'appropriation par les principales parties prenantes et les recommandations doivent encore être traduites en action. Les efforts collectifs

pour prendre en compte et agir sur les retours d'information de la communauté bénéficieront à la réponse globale en termes d'accès et d'acceptation, en renforçant la confiance et en informant en permanence des stratégies d'engagement communautaire efficaces.

Il y avait un certain nombre d'éléments positifs dans la réponse. Le CASS et les mécanismes de retours d'information communautaire de la Croix-Rouge, appuyés par les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention), ont veillé à ce que les données soient documentées et que les informations soient analysées et partagées de manière systématique. Ils ont également investi du temps pour discuter des informations et co-créer des recommandations, ce qui a conduit à des changements opérationnels dans la réponse.

En tirant les leçons de la coordination et des activités de la RCCE dans la réponse à Ebola en RDC, les recommandations suivantes peuvent être formulées et doivent être prises en compte dans la réponse actuelle menée par le gouvernement à la COVID-19 et à la 11<sup>e</sup> épidémie d'Ebola en Équateur, en RDC :

1. **Intégrer efficacement la RCCE en tant que partie intégrante de la préparation et de la réponse aux crises de santé publique aux niveaux national et mondial.** Compte tenu de l'importance de l'engagement communautaire dans la prévention et la gestion d'une crise sanitaire, les partenaires de la RCCE dans le monde devraient investir dans la collaboration avec les gouvernements, en particulier les ministères de la santé, ainsi qu'avec l'OMS et l'UNICEF pour renforcer la capacité de la RCCE à devenir un élément central de la préparation et de la réponse. Pour ce faire et garantir une adhésion plus forte, les spécialistes de la RCCE devraient travailler plus efficacement avec les experts

de la santé publique et les épidémiologistes et devraient s'adapter en utilisant le langage et les méthodologies des professionnels de la santé et des épidémiologistes (en utilisant des preuves quantitatives et des lignes directrices formalisées par exemple). Les experts de la santé doivent être convaincus d'aller au-delà du simple message de santé vers des approches de rétroaction bidirectionnelles, ainsi que d'intégrer de solides pratiques d'engagement communautaire dans les langues, formats et canaux appropriés.

2. **Tirer parti des pratiques et des structures existantes.** Lorsqu'une crise de santé publique survient, les partenaires de la RCCE devraient plaider auprès des décideurs et des détenteurs de pouvoir pour qu'ils s'appuient sur les mécanismes existants de la RCCE, plutôt que de créer des systèmes parallèles. Cela comprend le renforcement des structures et institutions communautaires existantes mais également de la coordination actuelle autour de l'engagement communautaire, de la CWC et de l'AAP (redevabilité envers les populations affectées).
3. **Intégrer et travailler efficacement avec les acteurs locaux.** Les partenaires de la RCCE devraient plaider pour et soutenir la coordination et les activités de la RCCE pour inclure les parties prenantes locales, en particulier les leaders religieux, les organisations confessionnelles, les organisations communautaires et les organisations représentant des groupes spécifiques tels que les personnes handicapées, ainsi que les représentants des populations affectées. Les partenaires internationaux de la RCCE peuvent jouer un rôle central dans la mise en relation des acteurs locaux avec les donateurs, les agences des Nations Unies et le gouvernement où les acteurs internationaux ont une influence spécifique. Les partenaires internationaux de la RCCE devraient user de leur influence pour assurer l'inclusion des acteurs locaux dans les mécanismes de coordination et les forums de prise de décision dans le cadre des approches collectives de la RCCE.
4. **Généraliser et adapter les bonnes pratiques.** Les partenaires de la RCCE devraient s'appuyer sur le partenariat actuel entre

le CASS et le mécanisme et l'approche de retours d'information de la Croix-Rouge et l'intégrer dans la formation sur les approches collectives de la CCE et de la RCCE comme exemples de mécanismes de réponse. Les partenaires doivent documenter les domaines potentiels d'amélioration et diffuser l'apprentissage au niveau mondial afin que les bonnes pratiques puissent être reproduites dans d'autres crises (à la fois de santé publique et humanitaires). Il faudrait également réfléchir à la manière dont ces approches pourraient être adaptées à d'autres contextes et intégrées dans les discussions sur la RCCE et les plans nationaux de préparation et d'intervention en cas de catastrophe.

5. **Investir dans une capacité de coordination et un leadership neutres dédiés** dès le début d'une réponse. La bonne expertise (un équilibre entre l'expertise technique et la compétence de coordination) doit également être en place, par exemple par le biais de coordinateurs supérieurs dédiés pour la RCCE dans les épidémies, y compris les francophones, et les acteurs locaux et régionaux devraient également être inclus. Une formation à la coordination et à l'approche collective doit être fournie aux futurs coordinateurs, accompagnée d'une boîte à outils afin qu'ils sachent ce qu'implique une approche collective de la CCE et puissent influencer le leadership pour obtenir l'adhésion.
6. **Renforcer la coordination pour permettre des approches collectives de la RCCE.** Le leadership, l'investissement dans et la coordination des approches collectives ont souffert d'un leadership général peu clair et d'une mauvaise coordination de la réponse à Ebola. Reconnaissant qu'une coordination solide et efficace est une condition préalable à une approche collective, les leaders de la réponse en matière de santé publique et les leaders humanitaires (donateurs, agences des Nations Unies et ONG) doivent veiller à ce que les approches collectives de la RCCE soient mieux connues et comprises par les acteurs du leadership et de la coordination. Pour éviter l'approche fragmentée observée lors de la 10e riposte à l'épidémie d'Ebola, une agence devrait

être désignée dans le cadre de la préparation pour diriger, avec le ministère de la Santé, la RCCE et les approches collectives de la RCCE.

7. **Revoir la structure de coordination d'Ebola en RDC pour éclairer les futures réponses aux crises de santé publique.** Un examen de la réponse et de la structure de coordination d'Ebola en RDC devrait être effectué dans le cadre d'un examen à l'échelle du système de l'architecture de la réponse et de la coordination en matière de santé publique. Une évaluation doit refléter les raisons pour lesquelles les pratiques actuelles en matière de coordination humanitaire sont incapables de s'adapter à une réponse aux crises de santé publique dirigée par le gouvernement. Un tel examen devrait examiner comment éclairer un mécanisme de réponse de coordination de crise de santé publique là où la coordination humanitaire existe déjà.
8. **Les bailleurs de fonds devraient prendre en compte leur rôle en veillant à ce qu'une approche collective de la responsabilité**

**dans toute réponse soit agile et localisée.**

Les donateurs pourraient jouer un rôle plus important dans la promotion du programme AAP (redevabilité envers les populations affectées)/ PSEA, notamment en renforçant les exigences de financement ou le financement conditionnel. Un pourcentage du financement pourrait être automatiquement alloué à un mécanisme de retour d'informations inter-agences, y compris le PSEA, pour toute réponse de mise à l'échelle activée par l'IASC. Les donateurs peuvent également jouer un rôle clé dans la promotion du programme de localisation en incluant des critères de recevabilité qui assurent qu'une partie de leurs fonds soit acheminée vers les organisations locales, ainsi qu'un soutien au renforcement des capacités si nécessaire. Enfin, les bailleurs de fonds doivent encourager l'agilité grâce à un financement flexible pour s'assurer que les idées de la communauté sont entendues et conduisent à un changement dans la réponse.

---

# Bibliographie

- Balibuno, V., Mbuna Badjonga, E. et Mollett, H. (2020) « Lessons not learnt ? Faith leaders and faith-based organisations in the DRC Ebola response » *Humanitarian Exchange* 77: 14–18 (<https://odihpn.org/wp-content/uploads/2020/03/HE-77-web.pdf>).
- Barbelet, V. (2020) *Approches collectives de la communication et de l'engagement communautaire en République centrafricaine*. London : ODI ([www.odi.org/publications/16848-collective-approaches-communication-and-community-engagement-central-african-republic](http://www.odi.org/publications/16848-collective-approaches-communication-and-community-engagement-central-african-republic)).
- Barbelet, V. avec Bishakabalya Kokere, P., Kandate, E., et al. (2019) *Action humanitaire locale en République démocratique du Congo : capacité et complémentarité*. London : ODI ([www.odi.org/publications/11292-local-humanitarian-action-democratic-republic-congo-capacity-and-complementarity](http://www.odi.org/publications/11292-local-humanitarian-action-democratic-republic-congo-capacity-and-complementarity)).
- CASS – Social Science Research Unit (2019a) 'Analyses de l'étude sur les connaissances, perceptions, comportements de santé de la communauté Butembo Katwa & Kalunguta'. Novembre. RDC : CASS.
- CASS (2019b) « Principales recommandations du CASS et de l'analyse des retours d'information communautaire de la communauté de la Croix-Rouge ». RDC : CASS.
- CASS (2020) « Présentation de la Cellule d'Analyse en Science Sociale ». RDC : CASS.
- CCEI – Initiative de communication et d'engagement communautaire (2017) « Vers un service collectif pour des réponses humanitaires plus efficaces » ([www.cdacnetwork.org/contentAsset/raw-data/41a78b02-f486-4918-93fc-4085959a3996/attachedFile1](http://www.cdacnetwork.org/contentAsset/raw-data/41a78b02-f486-4918-93fc-4085959a3996/attachedFile1)).
- DuBois, M. and Wake, C. with Sturridge, S. and Bennett, C. (2015) *The Ebola response in West Africa: exposing the politics and culture of international aid*. London : ODI ([www.odi.org/publications/9956-ebola-response-west-africa-exposing-politics-culture-international-aid](http://www.odi.org/publications/9956-ebola-response-west-africa-exposing-politics-culture-international-aid)).
- Fairbanks, A. (2020) 'Security and access in the DRC: implementing an acceptance strategy in the Ebola response' *Humanitarian Exchange* 77: 43–46 (<https://odihpn.org/wp-content/uploads/2020/03/HE-77-web.pdf>).
- FICR - Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2019a) « Communication sur les risques et engagement communautaire. Note d'orientation à l'intention de la Société nationale et des équipes d'intervention de la FICR ». FICR, mars.
- FICR (2019b) « De la parole à l'action : vers une approche communautaire de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires ». Commandé par le Conseil mondial de suivi de la préparation.
- HHI – Initiative humanitaire de Harvard (2019) « Voices from Congo. Sondage du 18 mai 2019 ». HHI, mai.
- Holloway, K. et Fan, L. (2020) *Approches collectives de la communication et de l'engagement communautaire dans la réponse du Sulawesi central*. London : ODI ([www.odi.org/publications/17046-collective-approaches-communication-and-community-engagement-central-sulawesi-response](http://www.odi.org/publications/17046-collective-approaches-communication-and-community-engagement-central-sulawesi-response)).
- Iacucci, AA (2019) « C4D, CwC, communication avec les bénéficiaires, CEA, engagement communautaire, CDAC... Mais de quoi parle-t-on ? ». *The Unwilling Colonizer*, 12 février (<https://theunwillingcolonizer.com/2019/02/12/wtf-are-we-talking-about/>).
- IASC – Comité permanent interorganisations (2019) « Procédure conventionnelle de fonctionnement. Activation d'extension à l'échelle du système humanitaire. Protocole pour le contrôle des événements de maladie infectieuse ». IASC, avril ([https://interagencystandingcommittee.org/system/files/190404\\_iasc\\_infectious\\_disease\\_scale-up\\_activation\\_protocol\\_web.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/190404_iasc_infectious_disease_scale-up_activation_protocol_web.pdf)).

- IASC (2020) « RD Congo : réponse à la maladie à virus Ebola. Examen opérationnel par les pairs » (document interne, non publié).
- McKay, G., Black, B., Mbambu Kahamba, S., et al. (2019) « Tout ce qui saigne n'est pas Ebola : comment l'épidémie d'Ebola en RDC a-t-elle affecté la santé sexuelle et reproductive au Nord-Kivu ? ». New York: IRC (<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/srhebolareport1172020.pdf>)
- Ministère de la Santé – Ministère de la Santé, République démocratique du Congo (2019) « Plan Stratégique de la Communication des Risques et Engagement Communautaire. Réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri, République Démocratique du Congo. Plan Stratégique de Réponse IV (SRP4) ». Ministère de la Santé, novembre.
- Ministère de la Santé (2020a) « Plan Stratégique de Riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri, République Démocratique du Congo. 4ème édition (PSR-4.1) ». Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé (2020b) « Termes de Référence de la Cellule d'Analyse en Science Sociale ». Ministère de la Santé, janvier.
- MSF – Médecins Sans Frontières (2019) « Mise à jour sur la crise - mars 2020 ». MSF ([www.msf.org/drc-ebola-outbreak-crisis-update](http://www.msf.org/drc-ebola-outbreak-crisis-update)).
- OCHA – Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (2019a) « Aperçu des besoins humanitaires République du Démocratique du Congo ». OCHA, Décembre ([www.humanitarianresponse.info/fr/operations/democratic-republic-congo/document/rd-congo-aperçu-des-besoins-humanitaires-décembre-2019](http://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/democratic-republic-congo/document/rd-congo-aperçu-des-besoins-humanitaires-décembre-2019)).
- OCHA (2019b) « Plan Opérationnel d'Urgence. Province du Nord-Kivu et Ex chargé de programme. Juillet-Décembre 2019 ». OCHA, juillet 2019 ([www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/2019\\_plan\\_operationnel\\_sem2\\_nord-kivu\\_ituri\\_fr.pdf](http://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/2019_plan_operationnel_sem2_nord-kivu_ituri_fr.pdf)).
- OCHA (2020) « Plan de Réponse Humanitaire, République du Démocratique du Congo ». OCHA, décembre ([www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/drc\\_hrp\\_2020\\_final\\_web.pdf](http://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/drc_hrp_2020_final_web.pdf)).
- OMS – Organisation mondiale de la Santé (2014) « Une introduction à la communication de risques ». Genève : OMS ([www.who.int/risk-communication/introduction-to-risk-communication.pdf?ua=1](http://www.who.int/risk-communication/introduction-to-risk-communication.pdf?ua=1)).
- OMS (2018) « Facteurs à prendre en compte en matière de communication des risques et engagement communautaire (RCCE) : Réponse à Ebola en République démocratique du Congo ». OMS, mai (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272767>).
- OMS (2019a) « L'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo a déclaré une urgence de santé publique de portée internationale ». WHO, 17 juillet ([www.who.int/news-room/detail/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern](http://www.who.int/news-room/detail/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern)).
- OMS (2019b) « Communication sur les risques et Engagement communautaire (CREC) et autres piliers de la riposte en contexte d'urgence sanitaire et d'insécurité ». OMS, décembre.
- OMS (2020a) « Ebola en République démocratique du Congo : Nord-Kivu, Ituri 2018-2020 » ([www.who.int/emergencies/diseases/ebola/drc-2019](http://www.who.int/emergencies/diseases/ebola/drc-2019)).
- OMS (2020b) « Maladie à virus Ebola - République démocratique du Congo. Rapport de situation externe 90 ». OMS, avril.
- The New Humanitarian (2019) « La communauté de l'aide soulève l'alerte la plus élevée sur Ebola ». The New Humanitarian, mai ([www.thenewhumanitarian.org/news/2019/05/30/aid-community-raises-highest-alert-ebola-congo](http://www.thenewhumanitarian.org/news/2019/05/30/aid-community-raises-highest-alert-ebola-congo)).
- The New Humanitarian (2020) « Comment le « business Ebola » menace les opérations d'aide au Congo ». The New Humanitarian, juin ([www.thenewhumanitarian.org/investigation/2020/06/18/Ebola-corruption-aid-sector](http://www.thenewhumanitarian.org/investigation/2020/06/18/Ebola-corruption-aid-sector)).

- TWB – Translators without Borders (2019a) « Les populations de l’est de la RDC ont besoin d’avoir des informations sur l’épidémie de maladie à virus Ebola dans une langue qu’elles comprennent une évaluation rapide des besoins linguistiques à Goma, RDC ». TWB, mars ([https://translatorswithoutborders.org/wpcontent/uploads/2019/03/DRC\\_Ebola\\_Assessment\\_FR.pdf](https://translatorswithoutborders.org/wpcontent/uploads/2019/03/DRC_Ebola_Assessment_FR.pdf)).
- TWB (2019b) « Il faut qu’on parle. Une communication efficace sur les risques d’Ebola exige le respect et la transparence et reste toujours aussi vitale ». TWB, décembre (<https://translatorswithoutborders.org/assessment-effective-ebola-communication-requires-respect-and-transparency/>).
- UNEERO – Bureau d’intervention d’urgence des Nations Unies contre l’Ebola (2019) « Concept d’opérations - Stratégie d’extension des Nations Unies ». UNEERO ([www.un.org/ebolaresponse/drc/content/concept-operations—un-scale-strategy](http://www.un.org/ebolaresponse/drc/content/concept-operations—un-scale-strategy)).
- Vinck, P., Pham, P.N., Bindu, K.K., et al. (2019) ‘Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: a population-based survey’ *The Lancet* 19(5): 529–536 ([www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(19\)30063-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(19)30063-5/fulltext)).
- Vinh-Kim Nguyen, M.D. (2019) ‘An epidemic of suspicion – Ebola and violence in the DRC’ *The New England Journal of Medicine* 380: 1298–1299 ([www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1902682](http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1902682)).

---

# Annexe 1 Architecture de coordination Ebola en RDC

L'architecture de la réponse humanitaire en RDC a évolué depuis le début de la crise et a été spécialement adaptée pour s'adapter à la situation d'Ebola ; c'est donc nouveau pour le gouvernement ainsi que pour les organisations nationales et locales.

En 2020, deux principales structures de coordination sont en place pour soutenir la réponse : la réponse de santé publique dirigée par le Ministère de la Santé et l'OMS (pilier 1) et la structure de coordination UNEERO (piliers 2 à 5) (voir figure A1).

## Pilier 1

Le pilier 1, tel que défini par le SRP4.1 (janvier-juin 2020), est dirigé par un groupe de coordination stratégique comprenant le coordonnateur général du Ministère de la Santé, le gestionnaire des incidents de l'OMS, d'autres ministères provinciaux, l'UNICEF, les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) et OCHA. La coordination est organisée à travers huit commissions au niveau provincial à Goma. Chaque commission est dirigée par le Ministère de la Santé et codirigée par une agence des Nations Unies ou une OI. L'agence des Nations Unies ou OI a un double rôle : agir en tant qu'« intermédiaire financier » et fournir une expertise technique et un soutien pour l'opérationnalisation de la stratégie et la coordination des partenaires de mise en œuvre. Dans ce cadre, la Commission RCCE est une commission autonome sous la direction du Ministère de la Santé et codirigée par l'UNICEF.

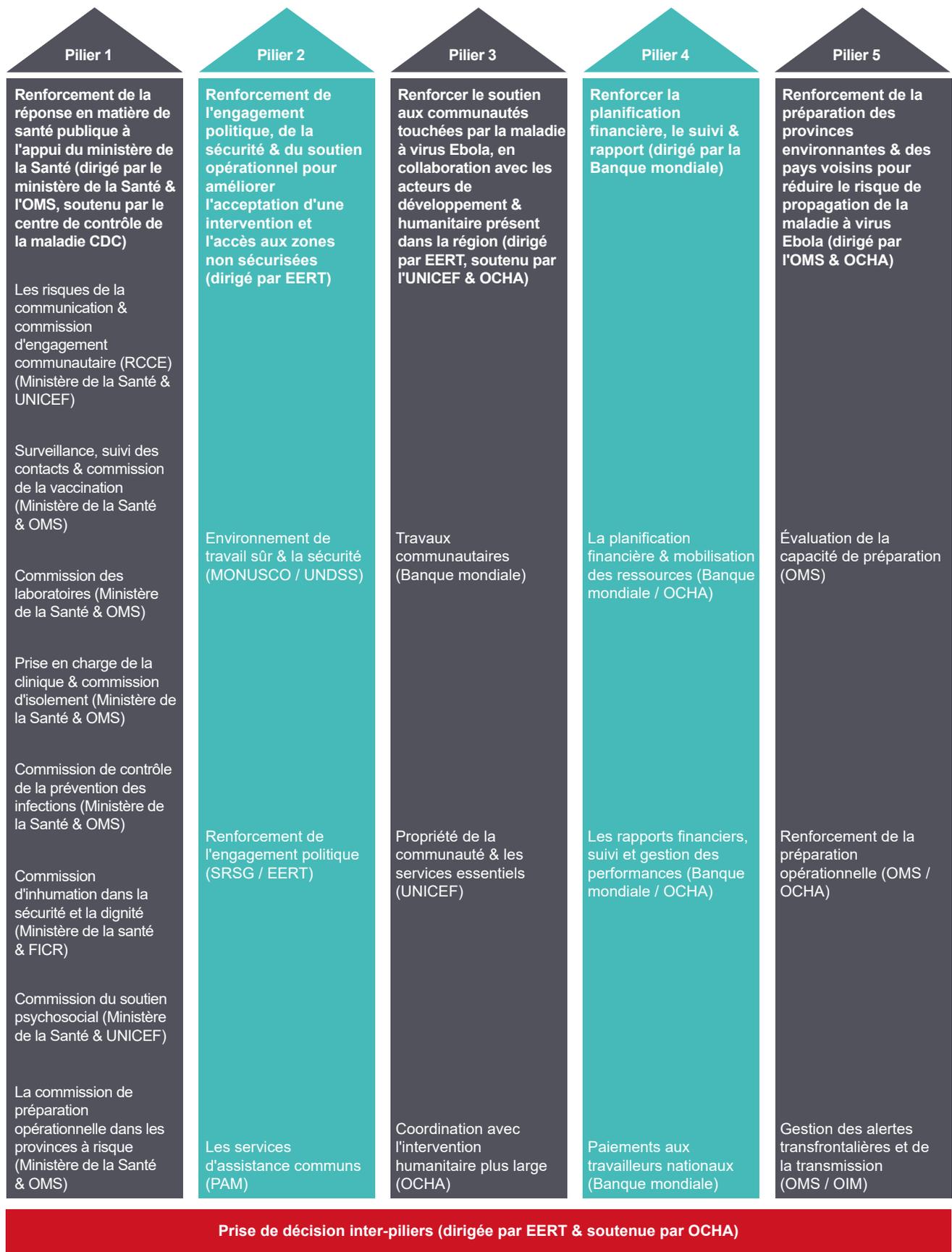
Les réunions de coordination générale rassemblent les présidents de chaque commission et les représentants des organismes responsables pour rendre compte des principales mises à jour, réalisations et défis de chaque commission. Ce système de coordination permet une chaîne de commandement claire et a été décentralisé dans chaque zone de santé où un cas d'Ebola a été identifié, avec une structure de sous-coordination opérationnelle supervisant les sous-commissions.

### La Commission RCCE

La Commission RCCE a été créée en tant que commission autonome, codirigée par l'UNICEF (avec l'OMS au départ) et le Ministère de la Santé. L'UNICEF agit en tant qu'intermédiaire financier, recevant le financement Ebola pour les activités liées à la RCCE (voir encadré A1), qui est ensuite acheminé vers des partenaires opérationnels tels que des ONG internationales et locales, y compris le personnel du Ministère de la Santé travaillant pour la Commission RCCE. L'UNICEF est également un partenaire opérationnel majeur.

La Commission RCCE est appuyée par deux groupes de travail : le Groupe de travail des partenaires de la RCCE et le CFWG. Ces groupes fournissent des informations, des recommandations et d'autres plans pour approbation par les commissions de la RCCE et convoquent des représentants d'autres commissions.

**Figure A1 : Architecture de coordination pour la 10e épidémie d'Ebola dans l'est de la RDC**



Source : adapté de UNEERO (2019)

## Encadré A1 : Services communs soutenant la Commission RCCE

1. Le développement commun de messages RCCE (et de scripts pour les émissions radio) entre les partenaires de la Commission et leur validation (parfois testés sur le terrain auprès des populations concernées) sont centralisés dans un Google Drive accessible à tous.
2. TWB fournit des services de traduction (par exemple pour les FAQ et les réponses), des évaluations linguistiques, un glossaire multilingue de la terminologie clé (testé sur le terrain avec les populations affectées) et une formation pour le personnel des partenaires de la RCCE (y compris les agents recenseurs). Celles-ci maximisent l'efficacité de la communication des risques dans les langues pertinentes à tous les niveaux.\*
3. Le mécanisme de retour d'information de la communauté IFRC / CRC / CDC permet la collecte, l'analyse et la présentation des connaissances de la communauté en temps quasi réel pour éclairer les décisions stratégiques.
4. Le bulletin d'information d'Internews (disponible en plusieurs langues, pour les communautés et les partenaires de réponse) est basé sur les commentaires de la communauté recueillis et analysés par le mécanisme IFRC / CRC / CDC. Le contenu du bulletin est élaboré en collaboration avec la Fédération internationale.
5. Le système U-report de l'UNICEF, un outil gratuit de suivi social basé sur les SMS pour la participation communautaire, est conçu pour mettre en évidence les problèmes de la population et de la population. Les informations sont collectées en temps réel et les résultats sont partagés avec la communauté.
6. Guides de conversation pour aider les équipes de terrain à s'engager avec les guérisseurs traditionnels, les chefs religieux et autres et à discuter de la transition post-Ebola.
7. Les guides basés sur des scénarios de l'UNICEF aident les équipes à comprendre les réactions potentielles de la communauté face à Ebola et comment gérer et relayer ces messages.
8. Les équipes d'intervention rapide (RIT), composées de personnes influentes issues des communautés (chefs religieux de diverses religions, groupes de femmes, représentants de groupes de jeunes, leaders communautaires, représentants des commerçants du marché, etc.) et initialement mises en place par l'OMS, soutiennent la réponse au cas où il y a un problème important dans la communauté que les équipes de la RCCE ne peuvent pas régler.

De nombreuses autres activités de la RCCE menées par des partenaires opérationnels tels que le CRC, Oxfam, Mercy Corps ou MSF existent en dehors du plan d'activités de la Commission de la RCCE. Il s'agit notamment de la sensibilisation de porte à porte ou de masse, des cinémas mobiles, des émissions de radio interactives, des conférences éducatives, des forums publics et d'autres canaux d'information.

\* Remarque : les services de traduction de TWB n'étaient disponibles qu'à partir d'août 2019, grâce au financement du Réseau Humanitaire à Humanitaire (H2H).

### Groupe de travail des partenaires de la RCCE

Le Groupe de travail des partenaires de la RCCE est un sous-groupe de travail de la Commission de la RCCE créé par l'UNICEF en août 2019, tant au niveau central que décentralisé, et a été décrit par les personnes sondées comme une ombre de la Commission de la RCCE, avec des réunions hebdomadaires. Il rassemble les mêmes partenaires du RCCE sans l'homologue gouvernemental. Selon les entretiens, il est plus technique et axé sur les résultats, permettant un échange dynamique et ouvert entre les partenaires et une plus grande efficacité.

Le Groupe de travail des partenaires de la RCCE effectue efficacement les travaux préparatoires de la Commission de la RCCE ; il élabore des messages communs, discute des défis, identifie des points de plaidoyer communs à l'attention de la Commission RCCE et élabore des solutions aux obstacles potentiels à proposer pour validation par la Commission et à l'attention de la coordination globale de la réponse (présentée lors de la réunion générale de coordination). La Commission RCCE a tendance à approuver plutôt qu'à concevoir les activités, mais détient toujours le pouvoir.

La direction par l'UNICEF du Groupe de travail des partenaires de la RCCE est un moyen important de transmettre les messages du Groupe de travail à la réunion générale de coordination. L'orientation technique et opérationnelle signifie que le Groupe de travail a créé un grand nombre d'outils et de messages, et fait état d'une plus grande participation au-delà de ceux qui sont actifs au sein de la Commission RCCE. En tant que tel, le Groupe de travail des partenaires de la RCCE pourrait être considéré comme complémentaire de la Commission RCCE.

### **Le groupe de travail sur les retours d'information communautaire (CFWG)**

Le CFWG est un sous-groupe de travail de la Commission de la RCCE qui se réunit aux niveaux central (Goma) et décentralisé (par exemple Béni, Butembo). Créé début 2019 et fonctionnel depuis août 2019, le CFWG est dirigé par le coprésident gouvernemental de la Commission RCCE et codirigé par la Fédération internationale. Ce groupe de travail comprend des membres de toutes les commissions, ainsi que des partenaires de la RCCE et d'autres agences opérationnelles. Le groupe de travail fonctionne différemment à Goma et au niveau infranational.

À Goma, la réunion consiste principalement en une présentation préparée par la FICR et la société nationale de la Croix-Rouge, qui est basée sur le mécanisme de rétroaction communautaire (voir sous-section 2.2.3) et met en évidence les principales recommandations pour chaque pilier de la réponse.<sup>27</sup> Le CFWG a pour finalité de discuter de ces retours d'information collectivement avec toutes les commissions et de décider quelles recommandations devraient être mises en œuvre par des commissions spécifiques. Il examine également et suit l'opérationnalisation et l'achèvement des recommandations précédentes. Il a récemment commencé à inclure davantage de données de rétroaction de la communauté provenant de différentes sources.

Au niveau infranational, les retours d'information de la communauté proviennent de plusieurs sources : les cellules d'action communautaire (CAC), les volontaires de santé communautaire (RECO) et les mécanismes de retours d'information individuelle des agences, ainsi que le mécanisme de la Croix-Rouge.<sup>28</sup> La Commission RCCE infranationale rassemble toutes les contributions chaque semaine et convoque d'autres sous-commissions et partenaires pour discuter et se mettre d'accord sur les recommandations. À ce niveau, les discussions et les recommandations sont plus opérationnelles, avec des actions immédiates (ex : mise en place d'une station de lavage des mains à l'emplacement X), tandis que les retours d'information nécessitant des discussions plus stratégiques sont envoyés à Goma (ex : les gens refusent le vaccin en raison de doutes et de suspicions).

## **Piliers 2 à 5**

La structure de coordination de l'UNEERO, dirigée par l'EERC, accompagne la coordination dirigée par le gouvernement et se concentre sur les piliers 2 à 5 de la réponse. L'UNEERO a été créée pour soutenir la réponse de santé publique, créer un environnement opérationnel propice et superviser la coordination internationale soutenant la réponse. La stratégie directrice pour la coordination UNEERO est la stratégie intégrée pour la réponse à Ebola. À partir du 1er mars 2020, un processus de transition a débuté, l'EERC transférant ses responsabilités au CH. Un plan de transition post-Ebola est en cours d'élaboration avec le gouvernement, la réponse humanitaire dirigée par OCHA, l'EERT et les partenaires financiers.

---

27 Les catégories comprennent : (i) croyances, observations et rumeurs, (ii) questions, (iii) suggestions et demandes, (iv) appréciation et encouragement, et (v) menaces. Les données présentées sont quantifiées, par exemple 16 % des rumeurs portent sur le thème « Ebola est une conspiration gouvernementale ».

28 Bien que le mécanisme de la Croix-Rouge se distingue du mécanisme traditionnel de rétroaction en raison de sa méthodologie solide - processus d'analyse et de visualisation approfondi - et du fait qu'il comprend le plus grand ensemble de données de retours d'information pour être représentatif des perceptions communautaires.

Ces systèmes de coordination spécifiques à Ebola existent séparément et parallèlement au système de coordination établi de longue date dirigé par OCHA, qui se concentre sur les situations humanitaires existantes en RDC et dispose d'un Comité régional inter-organisations pour le Nord-Kivu basé à Goma.

## **Autres mécanismes liés à la RCCE en dehors de la structure des piliers (informations supplémentaires)**

### **Le mécanisme de retours d'information de la Croix-Rouge de la Fédération internationale**

Avec plus de 600 000 points de données, il s'agit de loin du plus grand système de données de retours d'information déployé à grande échelle dans la riposte à Ebola.

Les volontaires recueillent quotidiennement les retours d'information des communautés tout en effectuant régulièrement des visites porte-à-porte et des activités de sensibilisation de masse, où ils discutent d'Ebola et des activités de réponse, diffusent des messages préalablement convenus et répondent aux questions lorsque cela est possible. Toutes les entrées sont saisies dans un ensemble de données, qui est ensuite analysé par le personnel local formé de la Croix-Rouge. Le système a été développé en collaboration avec les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) et remis aux équipes locales en mai 2020. Cette analyse est présentée chaque semaine au CFWG à Goma et dans toutes les zones touchées. La Croix-Rouge partage également ces présentations hebdomadaires, qui sont discutées lors des assemblées générales de l'EERT auxquelles participent les cadres supérieurs des OI. Les résultats des mécanismes sont également parfois présentés et discutés lors des réunions du CWG et d'autres réunions au titre du pilier 3.

Les données éclairent les approches d'engagement communautaire et les outils des intervenants de première ligne tels que les 25 FAQ sur la vaccination contre le virus Ebola. Il est également utilisé pour produire de multiples analyses approfondies sur des thèmes tels que les perspectives communautaires sur les survivants et les perspectives communautaires sur l'appropriation de la réponse. Les données sont également utilisées par la CASS.

C'est la première fois que la Fédération internationale développe un tel mécanisme à grande échelle pour une crise de santé publique avec une Société nationale. La conception des mécanismes de retours d'information a été une itération constante et un exemple de collaboration stratégique. Comme l'a souligné une personne interrogée : « Les CDC ont une très grande capacité de recherche en sciences sociales et la Fédération internationale et la CIDE avaient les pieds sur terre : une combinaison parfaite ».

### **L'unité de recherche en sciences sociales (CASS)**

La CASS siège à côté de la cellule épidémiologique du Ministère de la Santé sous l'unité d'analyse de la coordination stratégique (et n'est donc pas rattaché à une commission particulière). Le CASS a été pleinement institutionnalisé par le biais de termes de référence (TdR) convenus en mars 2019. Il est entièrement financé par l'UNICEF et reçoit le soutien du centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) d'Atlanta, de MSF-Epicentre, de TWB, de la FICR et de l'OMS.

En ce qui concerne les méthodes de travail, la CASS a élaboré des SOP décrivant clairement le processus de chaque étude. Le point de départ est l'élaboration de TdR qui informent l'objectif et la nécessité de la recherche, qui sont élaborés à la suite d'une demande spécifique d'une commission, de l'analyse épidémiologique ou de la CASS elle-même. Les TdR sont systématiquement signés par l'une des commissions (ex : vaccination, RCCE, etc.) et la coordination. Les données sont ensuite collectées, analysées et triangulées avec des données épidémiologiques, d'autres recherches et sources d'informations, telles que les données de retours d'information de la Croix-Rouge ou l'évaluation CAP.

# HPG

## Humanitarian Policy Group

---

Le Humanitarian Policy Group est l'une des principales équipes mondiales de chercheurs indépendants et de professionnels de la communication travaillant sur les questions humanitaires. Il se consacre à l'amélioration des politiques et des pratiques humanitaires grâce à une combinaison d'analyses, de dialogues et de débats de haute qualité.

---

Les lecteurs sont encouragés à citer ou reproduire les éléments de cette publication mais, en tant que détenteurs de droits d'auteur, l'ODI demande une reconnaissance et une copie de la publication. Ce rapport et d'autres rapports du HPG sont disponibles sur [www.odi.org/hpg](http://www.odi.org/hpg).

Ce travail est sous licence  
CC BY-NC-ND 4.0.

Humanitarian Policy Group  
ODI  
203 Blackfriars Road  
London SE1 8NJ  
Royaume-Uni

Tel.: +44 (0) 20 7922 0300  
Fax.: +44 (0) 20 7922 0399  
Email: [hpgadmin@odi.org](mailto:hpgadmin@odi.org)  
Site Web : [odi.org/hpg](http://odi.org/hpg)

Photo de couverture : les agents de santé de Beni, dans la région du Nord-Kivu, en RDC, portent un équipement de protection individuelle. Crédit : Banque mondiale/Vincent Tremeau

