

Compte-rendu HPG

La 10e réponse à Ebola en République démocratique du Congo

Leçons sur le leadership et la coordination internationaux

Nicholas Crawford et Kerrie Holloway, avec Jock Baker, Anne-lise Dewulf, Pascal Kaboy Mupenda, Emmanuel Kandate Musema, Antoine Mushagalusa Ciza et Rosamund Southgate

Mars 2021

HPG

Humanitarian
Policy Group



Au sujet des auteurs

Nicholas Crawford est associé de recherche principal au Humanitarian Policy Group (GPH) à l'ODI.

Kerrie Holloway est agente principale de recherche au sein de GPH.

Jock Baker, Anne-Lise Dewulf et Rosamund Southgate sont des consultants indépendants en recherche.

Pascal Kaboy Mupenda est chercheur senior au sein de Research Initiatives for Social Development (RISD-RDC).

Emmanuel Kandate Musema est chercheur senior et directeur national au RISD-RDC.

Antoine Mushagalusa Ciza est chercheur senior et conseiller juridique au RISD-RDC.

Remerciements

Les auteurs sont reconnaissants pour les commentaires et les conseils du groupe de référence du projet et des pairs évaluateurs, parmi lesquels des représentants d'Alima, ALNAP, Auswärtiges Amt (Ministère allemand des Affaires étrangères), de la direction générale de la protection civile européenne et des opérations d'aide humanitaire (organisme ECHO), UK Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO), International Medical Corps (IMC), OCHA United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), OMS et Banque mondiale. Les auteurs tiennent à remercier ceux qui ont donné de leur temps pour être interviewés pour cette étude. Cette recherche n'aurait pas été possible sans la supervision de Sorcha O'Callaghan ; gestion de projet par Sarah Cahoon, Cat Langdon et Isadora Brizolara, et montage, conception et production par Katie Forsythe et Hannah Bass.

Ce compte-rendu a été financé par USAID. Les opinions exprimées dans ce compte-rendu sont celles des auteurs et ne sont pas nécessairement partagées par les organisations du groupe de référence ou par l'USAID.



Ce document a été initialement préparé en anglais par ODI et publié pour la première fois en mars 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'elles ne sont pas vendues dans le commerce. L'Institut de développement d'outre-mer (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

	Liste des encadrés, tableaux et figures	5
	Acronymes	6
	Résumé	9
1	Introduction	13
	1.1 But de l'étude	13
	1.2 Méthodologie	14
2	Contexte de la 10e réponse à l'épidémie	15
	2.1 Phase 1 : les premiers efforts reproduisent le 9e modèle de réponse à l'épidémie	15
	2.2 Phase 2 : une « dernière impulsion », un plan de réponse stratégique multisectoriel et une « mise à l'échelle » des Nations Unies	20
	2.3 Phase 3 : la réponse renvoie au modèle HCT	22
3	Leadership international et coordination	24
	3.1 L' Organisation Mondiale de la Santé	24
	3.2 Le Système des Nations Unies	29
	3.3 La Banque mondiale et les bailleurs de fonds bilatéraux	33
4	Principaux défis d'une réponse à Ebola dans un contexte de conflit complexe	36
	4.1 Résistance de la communauté, engagement et acceptation	36
	4.2 Approches de sécurité pour une réponse à Ebola dans un contexte de conflit	39
	4.3 Gestion financière de la réponse	41
	4.4 Le « commerce Ebola » et l'exploitation et les abus sexuels	45

5	Responsabilité peu claire : une urgence de santé publique dans un contexte de conflit	48
5.1	Une approche de santé publique spécifique à la maladie	50
5.2	Subordonner les principes humanitaires dans un contexte d'urgence complexe	51
5.3	Des opportunités manquées pour une plus grande coopération et responsabilité ?	52
5.4	Des opportunités manquées pour des impacts durables ?	53

6	Aller de l'avant : contexte, responsabilité et action fondée sur des principes dans les futures réponses au virus Ebola dans des contextes complexes	54
6.1	Résumé des enseignements tirés des précédentes épidémies	54
6.2	Recommandations	54

	Références	60
--	-------------------	----

	Annexe 1 Questions de recherche clés	65
--	---	----

Liste des encadrés, tableaux et figures

Encadrés

Encadré 1: Insécurité et conflit dans le Grand-Nord et en RDC	17
Encadré 2: « Protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire pour le contrôle des maladies infectieuses » de l'IASC	21
Encadré 3: Approche multisectorielle du SRP4 (pilier 3)	28

Tableaux

Tableau 1: Entretiens menés	14
Tableau 2: Estimation des engagements et décaissements des donateurs	38
Tableau 3: Leçons appliquées de l'épidémie en Afrique de l'Ouest à la réponse à la MVE 10	49

Figures

Figure 1: Agenda de la réponse	16
Figure 2: Groupes armés autour du territoire de Beni, Nord Kivu	18
Figure 3: Incidents de sécurité par type, août 2018 au 5 mai 2019	18
Figure 4: Nouveaux cas hebdomadaires d'Ebola à partir de novembre 2018	22

Acronymes

ANR	Agence nationale de renseignement de la RDC
BCAH	Bureau pour la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
CAC	Cellules d'animations communautaires (community action cells)
CASS	Cellule d'Analyse en Science Sociale (Social Science Research Unit)
CBPF	Fonds de financement communs pour les pays
CDC	Centre des États-Unis pour le contrôle des maladies
CH	Coordinateur humanitaire
CR	Coordonnateur·trice résident·e
CTE	Centre de traitement Ebola
EAS	Exploitation et abus sexuels
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EERC	Coordonnateur pour la réponse d'urgence à l'épidémie d'Ebola
EERO	Bureau d'intervention d'urgence contre Ebola
EERT	Équipe d'intervention d'urgence contre Ebola
ERC	Coordinateur·trice pour les secours d'urgence
FARDC	Forces armées de la RDC
FCIU	Fonds central d'intervention d'urgences
FSRDC	Fonds social de la RDC
FTS	Service de suivi financier
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie
GPH	Groupe de politique humanitaire

HCT	Équipe de pays humanitaire
IASC	Comité permanent inter-organisations
IDP	Déplacés internes
IFRC	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
IMS	Structure de gestion des incidents
INGO	Organisation non gouvernementale internationale
IOAC	Comité consultatif et de supervision indépendant pour le programme de l’OMS pour les urgences sanitaires
IOM	Organisation internationale de la migration
JMAC	Centre d’analyse des missions conjointes
LNGO	Organisation non gouvernementale locale
MoH	Ministère de la Santé
MONUSCO	Mission de l’Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en RDC
MSF	Médecins Sans Frontières
MVE	Maladie à virus Ebola
NU	Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PDSS	Programme de développement du système de santé
PEAS	Protection contre l’exploitation et les abus sexuels
PEF	Facilité de financement d’urgence en cas de pandémie
PNC	Police nationale congolaise
PNUD	Programme de développement des Nations Unies
RCCE	Communication des risques et engagement communautaire
RDC	République Démocratique du Congo

RECO	Relais communautaire (community health volunteers)
RISD	Initiatives de recherche pour le développement social
RPA	Redevabilité envers les populations affectées
RSI	Règlement sanitaire international
SAGE	Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination
SRP	Plan de réponse stratégique
SRSR	Représentant spécial du Secrétaire général
SSHA	Sciences sociales dans l'action humanitaire
UNDSS	Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNMEER	Mission des Nations Unies pour la réponse d'urgence à Ebola
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Résumé

Le 1er août 2018, le Ministère de la Santé du gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC) a déclaré la 10e flambée de maladie à virus Ebola (MVE) du pays au Nord-Kivu - une flambée qui durerait jusqu'en juin 2020. Elle est devenue la plus grande épidémie d'Ebola que la RDC ait connue, et la deuxième au monde. Le leadership général et la coordination de la réponse à la MVE incombaient au gouvernement de la RDC, avec un soutien financier, technique et opérationnel important de la communauté internationale, dirigé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le gouvernement et ses partenaires ont réussi à contrôler l'épidémie après 22 mois - beaucoup plus tard que prévu initialement et seulement après des corrections importantes et tardives du modèle de leadership et de coordination de la riposte, ainsi que des recalibrages de la stratégie d'intervention. Combattre une épidémie d'Ebola dans une région densément peuplée, parmi une population très mobile sans expérience préalable de la maladie, et dans un contexte caractérisé par des décennies de violence et de conflit armé et des besoins humanitaires aigus persistants était un défi majeur.

Cette étude de cas se concentre sur le leadership international et la coordination de la 10e réponse à la MVE en RDC. Elle examine la mesure dans laquelle les principaux partenaires internationaux du gouvernement ont permis et façonné l'intervention qu'il a menée. Elle explore également l'efficacité du leadership international dans le contexte complexe de l'est de la RDC, et la mesure dans laquelle les leçons de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest de 2014-2016 ont été appliquées avec succès. L'étude a pour finalité d'identifier des leçons et des recommandations pour éclairer des réponses futures similaires.

Dans l'ensemble, le leadership et la coordination internationaux ont mis du temps à organiser une réponse inclusive et coordonnée parmi l'éventail d'acteurs internationaux - OMS, agences des Nations Unies (ONU), Mission

de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en RDC (MONUSCO), organisations non gouvernementales internationales (ONGI), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), les donateurs et la Banque mondiale - qui finiront par contribuer aux efforts collectifs pour vaincre l'épidémie. Un accent progressif sur une plus grande inclusion, en particulier en ce qui concerne les acteurs locaux, a finalement conduit à un objectif harmonisé parmi les intervenants. Des ajustements plus formels dans les structures de direction et de coordination internationales - comme la nomination d'une équipe d'intervention d'urgence contre l'Ebola mandatée par l'ONU (EERT) - ont contribué à accélérer ces changements positifs, mais ils n'en ont pas été les principaux moteurs.

Bien que ceux qui travaillent sur le terrain aient rapidement reconnu que le modèle de réponse du ministère de la Santé et de l'OMS (importé de la 9e réponse réussie à la MVE dans l'ouest de la RDC) était mal adapté aux défis sécuritaires, du système de santé et culturels de la région touchée, des mois passeraient - avec l'augmentation des infections, les groupes armés ciblant plus directement le personnel et les structures d'intervention, et les communautés renforçant leur résistance à la riposte - avant qu'une réévaluation fondamentale de la stratégie ne soit envisagée. Les tentatives pour corriger les premiers faux pas n'ont été que partiellement réussies. L'incapacité de la direction collective internationale à analyser et gérer adéquatement les risques dès le départ, et à planifier et à s'adapter en cours de route au contexte difficile, a contribué à des impacts profondément négatifs sur les résultats liés à l'engagement communautaire, aux approches de sécurité et à une saine gestion financière. Ces faux pas auront probablement des implications durables pour les réponses futures et l'action humanitaire internationale dans la région touchée et dans tout le pays.

La décision précoce du gouvernement et de l'OMS de traiter la MVE 10 comme une crise de santé publique distincte (ou crise de sécurité sanitaire) plutôt que comme une crise dans une crise - c'est-à-dire une priorité sanitaire parmi tant d'autres ; une menace pour la communauté parmi tant d'autres - a donné le ton à une faible synergie entre les acteurs de la santé et les acteurs humanitaires tout au long de la réponse. En conséquence, la redevabilité globale envers les populations affectées (RPA), y compris les mesures de prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS), a reçu moins d'attention qu'elle n'aurait dû. On a également accordé une attention insuffisante aux principes humanitaires et aux risques que le non-respect de ces principes posait au personnel d'intervention et aux communautés affectées. Une superposition délibérée de la réponse à Ebola dans une réponse humanitaire et de santé publique plus large n'a jamais été réalisée, et la responsabilité pour les lacunes importantes de la réponse - au-delà du contrôle de la maladie elle-même - est restée diffuse et incertaine.

Recommandations¹ pour le leadership et la coordination internationaux

1. Les structures de leadership et de coordination doivent utiliser dès le départ les atouts, les ressources et les connaissances en place dans le pays. Il n'y a pas de place pour une approche « unilatérale » dans un contexte complexe. Le Résident des Nations Unies ou le Coordonnateur humanitaire (CR/CH), avec le soutien du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) et de l'OMS, devrait diriger et assumer sans équivoque la responsabilité et la responsabilité des futures ripostes aux flambées dans des situations d'urgence complexes.
2. L'OMS a besoin d'un modèle de réponse amélioré pour agir efficacement dans les contextes fragiles où les gouvernements manquent de capacités et/ou sont parties au conflit. Cela devrait être conçu en parallèle avec l'examen du système OMS de la structure de gestion des incidents (SGI) et en garantissant une utilisation optimale des structures du cluster santé, en vue d'assurer la flexibilité et la collaboration avec les partenaires dans des contextes imprévisibles ainsi que la bonne combinaison de capacités et d'aptitudes lors des déploiements.
3. Le renforcement des capacités de leadership et de coordination doit se faire sur la base des structures existantes - en particulier le bureau CR/CH (éventuellement par le biais d'un CH adjoint) et OCHA, y compris le système de cluster. Les structures parallèles doivent être évitées. Dans des circonstances exceptionnelles ou lorsque l'équipe de pays des Nations Unies et l'équipe de pays humanitaire (HCT) sont submergées par d'autres crises dans un pays, le protocole d'activation à l'échelle du système humanitaire du Comité permanent inter-organisations (IASC) pour la lutte contre les maladies infectieuses fournit une base solide pour envisager des ajustements de leadership.
4. Le protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire du Comité permanent inter-organisations pour le contrôle des maladies infectieuses doit être révisé pour s'assurer qu'il est pleinement pris en compte à un stade précoce et que son réexamen est déclenché chaque fois que des seuils convenus d'un commun accord sont atteints.
5. L'opérationnalisation du protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire pour la lutte contre les maladies infectieuses devrait être améliorée grâce à des accords de confirmation bien définis - et éventuellement des formations conjointes - entre l'OMS et des agences clés dotées de capacités complémentaires.
6. La Banque mondiale devrait envisager de nommer un « Coordonnateur principal d'urgence » de la Banque dans les futures interventions lorsque les ressources de la Banque - qu'elles soient acheminées par l'intermédiaire des gouvernements

1 Certaines des recommandations présentées ici ont été résumées. Les recommandations complètes se trouvent au chapitre 6 du rapport.

ou directement aux agences d'exécution - représentent une part importante du financement des interventions.

7. Conformément aux directives de l'IASC, un mécanisme de protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PEAS) devrait être mis en place au début d'une situation d'urgence, respecter les normes opérationnelles minimales et établir un lien avec les mécanismes préexistants dans le pays pour éviter les doubles emplois et répondre aux besoins de la communauté (IASC, 2016). De plus, une plus grande tentative de parité entre les sexes dans les rôles de direction et opérationnels est nécessaire pour garantir qu'une plus grande attention soit accordée aux questions de genre, y compris l'exploitation et les abus sexuels.

Recommandations pour l'engagement communautaire

1. Un engagement communautaire réussi doit être adapté au contexte spécifique de l'épidémie et ancré dans les communautés locales et les organisations communautaires, y compris les structures de santé existantes. L'OMS et ses partenaires doivent s'impliquer de nouveau dans un engagement communautaire qui repose sur une communication bidirectionnelle entre la communauté et l'équipe d'intervention.
2. Les stratégies d'engagement communautaire doivent englober un cadre de RPA plus large - c'est-à-dire qu'elles doivent aller au-delà de la prise en compte du risque de contracter ou de propager Ebola pour les personnes et prendre en compte leur protection globale et leur bien-être y compris leurs autres besoins de santé.

Recommandations pour la sécurité

Une approche de sécurité plus nuancée, visant la « sécurité par l'acceptation » et optant uniquement lorsque cela est nécessaire pour la « sécurité par la protection », devrait être utilisée pour les réponses futures dans des contextes

complexes. Parfois, ces approches devront être poursuivies simultanément. Les stratégies de sécurité doivent être construites autour de l'analyse des conflits, de la cartographie des parties prenantes, du réseautage et de la négociation humanitaire et transactionnelle afin d'atténuer les risques lorsque des escortes armées sont nécessaires.

Recommandations pour la gestion des ressources

1. Les réponses futures devraient établir dès le départ des systèmes pour aider à garantir une utilisation transparente, responsable et efficace des ressources. La réponse future devrait envisager d'utiliser un cadre de responsabilité mutuelle. Des mécanismes de fonds communs et une capacité de suivi et de gestion financière dédiée (par exemple pour l'emploi du personnel et le paiement des salaires) - une leçon tirée de la réponse à Ebola en Afrique de l'Ouest - devraient être mis en œuvre.
2. Une attention particulière doit être accordée à l'échelle des paiements versés aux communautés pour encourager leur participation à une réponse, qui en théorie devrait être basée sur le volontariat ou tout au plus sur des indemnités journalières de base (comme c'est le cas pour les volontaires de la Croix-Rouge congolaise).

Recommandations pour équilibrer une réponse de santé publique et humanitaire

1. On ne peut pas s'attendre à ce que l'OMS, en tant que chef de file technique de la santé publique, assume également la pleine responsabilité des Nations Unies dans un contexte fragile et touché par un conflit sur un éventail de questions complexes liées à la mobilisation opérationnelle, sécuritaire, politique et communautaire. Ces lignes de responsabilité - p. ex. sur la sécurité, sur les

- mécanismes appropriés de PEAS - doivent être convenues dans la mesure du possible au début d'une réponse sous l'autorité du CR/CH, de préférence dans le cadre des dispositions convenues lors de l'examen précoce de la mise à l'échelle du système humanitaire Protocole d'activation pour le contrôle des événements de maladie infectieuse.
2. Une véritable réponse de santé publique s'aligne sur les principes humanitaires d'humanité, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance, ainsi que de « ne pas nuire ». Une réponse de santé publique et une réponse humanitaire devraient se concentrer sur le bien-être général de l'individu, de la famille et de la communauté et aller au-delà de la concentration exclusive sur une maladie spécifique et son éradication.
 3. Les futures épidémies d'Ebola doivent être traitées dans le cadre des besoins sanitaires généraux d'une communauté. Les craintes de « sécurité sanitaire » mondiale à court terme - dont les résultats sont conçus autour de l'arrêt de la propagation de la maladie dans le Nord - devraient être complétées par un accent sur une santé publique meilleure et durable en RDC.

Recommandations adressées aux donateurs

1. Les donateurs doivent redoubler d'efforts pour assouplir les contributions humanitaires et rendre le financement du développement accessible, dans le contexte des efforts de financement en cours autour du « lien » et de la localisation.
2. Les donateurs doivent reconsidérer l'opportunité d'acheminer des ressources via la Banque mondiale pour des réponses dans des contextes humanitaires complexes, en particulier lorsque ces mêmes donateurs s'opposent au financement du gouvernement directement en raison de la corruption ou des problèmes de capacité.
3. Les donateurs doivent continuer à déployer du personnel pour les interventions d'urgence afin de favoriser une meilleure compréhension et une meilleure communication entre la communauté des donateurs, le gouvernement et les agences d'intervention. Mais les donateurs doivent revoir leurs protocoles de sécurité pour s'assurer que leur personnel est déployé aux mêmes endroits que le personnel de la santé publique ou des agences humanitaires. Une alternative serait de faire appel à des tiers de confiance qui ne sont pas soumis aux mêmes contraintes de sécurité.

1 Introduction

Le 1er août 2018, le ministère de la Santé du gouvernement de la RDC a déclaré la 10^e épidémie de maladie à virus Ebola dans le pays au Nord-Kivu. Au moment où la flambée a été déclarée terminée le 25 juin 2020, 3 481 personnes avaient été infectées, dont 2 299 sont décédées - la plus importante épidémie jamais enregistrée en RDC et la deuxième plus importante au monde après la flambée en Afrique de l'Ouest de 2014-2016 (OMS, 2020).

Le leadership général et la coordination de la réponse à la maladie à virus Ebola étaient entre les mains du gouvernement de la RDC, qui a apporté une expérience technique et opérationnelle significative à la tâche, ayant réussi à contenir neuf flambées précédentes dans le pays depuis qu'Ebola y a été identifié pour la première fois en 1976. Ce qui semblait au départ être une autre petite épidémie relativement isolée² a rapidement pris de l'ampleur et de la complexité, mettant à l'épreuve la capacité du gouvernement à contenir le virus et à tester ses capacités de leadership et de coordination.

Au fur et à mesure que la maladie progressait, les stratégies gouvernementales ont été ajustées grâce à une série de plans de réponse stratégique (PRS). Finalement, la direction gouvernementale de la réponse a été transférée du ministère de la Santé au bureau du Président. Ce n'est qu'après 22 mois de travail exigeant - avec un soutien financier, technique et opérationnel important de la communauté internationale, dirigée par l'OMS - que le gouvernement a pu annoncer que l'épidémie de virus était contenue.

Maîtriser la maladie a été un accomplissement important. Le gouvernement a réussi à limiter et à contrôler la MVE 10 dans une zone densément

peuplée, parmi une population très mobile sans expérience préalable de la maladie. La région a longtemps été caractérisée par des décennies de violence et de conflit armé, ainsi que par la faiblesse des structures de santé et des besoins humanitaires aigus persistants. La propagation de la maladie à virus Ebola a été exacerbée par les attaques armées qui ont entravé les équipes d'intervention ainsi que la résistance communautaire. Au début de l'épidémie, plus d'un million de personnes déplacées étaient hébergées au Nord-Kivu - 25 % de la population de personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI) (ACAPS, 2018). L'épidémie n'a pas franchi les frontières poreuses de la RDC vers des pays voisins tels que l'Ouganda et le Rwanda en nombre significatif, réduisant ainsi la menace de la maladie aux niveaux régional et international.³ Le mérite global de la réponse incombe au gouvernement de la RDC - à la fois pour le contrôle réussi de l'épidémie, pour les trébuchements dans la mise en œuvre et pour les dommages collatéraux et résiduels résultant de la réponse.

1.1 But de l'étude

Le but de cette étude de cas est d'examiner l'efficacité du leadership et de la coordination internationaux dans le soutien à la riposte à l'épidémie de MVE et d'identifier des leçons et des recommandations pour éclairer des réponses futures similaires. L'étude examine dans quelle mesure les partenaires internationaux, grâce à leurs structures de leadership et de coordination en évolution, ont permis et façonné la réponse dirigée par le gouvernement. En particulier,

2 Le nombre moyen de cas d'éclosions précédentes était de 126 (IOAC, 2019a).

3 Il y a eu quatre cas importés d'Ebola en Ouganda à l'été 2019. Tous les quatre avaient récemment voyagé de la RDC à l'Ouganda (Beaumont et Okiror, 2019).

elle examine l'impact du leadership et de la coordination internationaux sur les résultats liés à (1) l'engagement et l'acceptation de la communauté ; (2) la gestion des ressources d'intervention ; et (3) la sécurité des populations affectées et du personnel d'intervention. Elle vise également à tirer des leçons de la façon dont les partenaires internationaux ont déployé leur expertise et leurs atouts pour aider à façonner les réponses futures - en particulier dans les contextes où une urgence de santé publique chevauche une crise humanitaire complexe et en cours.

1.2 Méthodologie

Cette étude de cas comprend une revue documentaire de la littérature sur cette épidémie et les précédentes épidémies de MVE et 128 entretiens avec des informateurs clés en RDC et dans le monde qui travaillent pour les Nations Unies, y compris l'OMS ; d'autres organisations de santé ; Les ONGI ; les organisations non gouvernementales locales (ONGL), y compris les ONG nationales ; les responsables gouvernementaux locaux et nationaux ; et les donateurs, y compris la Banque mondiale (voir tableau 1). Des entretiens et un atelier d'analyse ont été organisés avec le groupe de référence du projet, dont les membres représentent un éventail de parties prenantes clés. Les données qui sous-tendent ce rapport ont été collectées entre juillet et novembre 2020 par les équipes de recherche du Groupe de politique humanitaire (GPH), basé à Londres, et de Research Initiatives for Social Development (RISD), basé au Sud-Kivu, en RDC.

L'étude n'est pas une évaluation de la réponse globale à la MVE ; il s'agit plutôt d'une étude de cas qui tire des leçons spécifiques à appliquer à l'avenir, des réponses similaires. Les principales questions de recherche portaient sur le leadership et la coordination internationaux. La méthodologie de l'étude comprenait des « critères de jugement » objectifs préalablement convenus

Tableau 1: Entretiens menés

Type d'organisation	Entretiens
Agences des Nations Unies, y compris OMS	38
Autres	6
ONG internationales	21
ONG locales	26
Gouvernement de la RDC	15
Donateurs	22
Total	128

pour chacune des questions de l'étude afin de garantir une approche robuste de l'analyse des données et de la détermination des résultats (voir annexe 1). L'étude saisit les réflexions des parties prenantes récemment engagées dans la réponse et pourrait jeter les bases d'éventuelles évaluations à venir de la 10e réponse à la MVE.

L'équipe de recherche a rencontré des difficultés dans la collecte et l'analyse des preuves. L'étude de cas se concentre sur les performances et les leçons du leadership et de la coordination au niveau international, qui ne sont pas des sujets qui se prêtent facilement à une mesure au moyen d'indicateurs quantifiables. L'équipe de recherche s'est appuyée sur les perceptions de groupe et individuelles d'un large éventail de parties prenantes pour tirer des conclusions et des leçons. Cela est également vrai pour les conclusions et recommandations concernant (1) l'impact du leadership et de la coordination internationaux sur l'engagement et l'acceptation de la communauté ; (2) la gestion des ressources d'intervention ; et (3) la sécurité des populations affectées et du personnel d'intervention. L'équipe a utilisé la triangulation comme un outil clé au cours de l'étude pour garantir une base de données solide pour développer et tester les conclusions émergentes - combinant des informations provenant de différentes données secondaires et de différentes catégories de personnes interrogées.

2 Contexte de la 10e réponse à l'épidémie

Les premiers cas confirmés de MVE ont été identifiés à Mangina au Nord-Kivu, où le virus s'était probablement déjà propagé et faisant des victimes, depuis la mi-mai 2018 (Congo Research Group, 2020). À la mi-juillet, 5 à 10 personnes mouraient chaque jour de symptômes de type Ebola à Mangina avant que les autorités sanitaires de Kinshasa ne soient finalement alertées et que des échantillons de laboratoire ne confirment l'épidémie. Bien que retardé dans la levée de l'alerte initiale, le gouvernement de la RDC, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé, s'est ensuite lancé dans l'action avec le soutien de l'OMS - cela a constitué la première phase de la réponse (voir figure 1).

Le retard initial dans la reconnaissance et la confirmation des premiers cas de maladie à virus Ebola à Mangina met en évidence plusieurs facteurs contextuels sous-jacents qui façonneraient - et entraveraient - les efforts de réponse au cours des 22 mois suivants. Premièrement, la population n'était pas familière avec Ebola, car il s'agissait de la première épidémie d'Ebola au Nord-Kivu - loin des neuf flambées précédentes. Deuxièmement, la capacité des structures de santé locales était faible, les médecins et les infirmières manquant de connaissances de base sur la maladie et les cliniques manquant d'équipements de base, y compris d'équipements de protection individuelle. Troisièmement, la région a connu des décennies de violence et de conflit armé, avec des besoins humanitaires aigus persistants (voir encadré 1). Enfin, le personnel médical local et

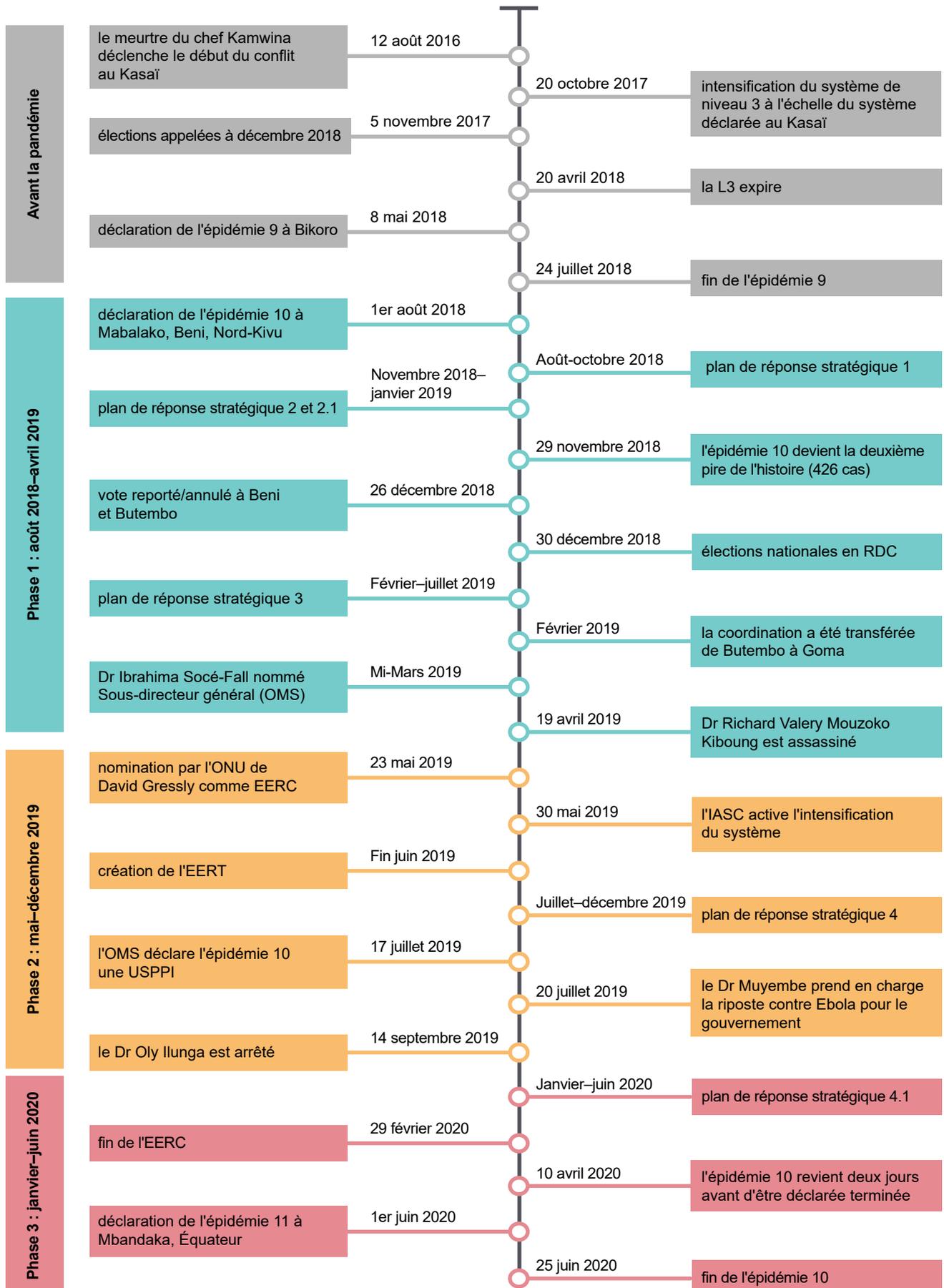
la communauté avaient peu de confiance dans la capacité ou la volonté des autorités extérieures de leur venir en aide et une méfiance générale à l'égard du gouvernement national (Congo Research Group, 2020). Cette méfiance s'étendait au-delà des fonctionnaires du gouvernement pour atteindre les travailleurs humanitaires et les chercheurs, qui étaient également soupçonnés d'essayer de tirer profit de l'épidémie (Nature, 2019: 433). À mesure que la maladie se propageait dans la région et dans des zones plus urbaines, la résistance liée à cette méfiance à l'égard des étrangers, en particulier des autorités nationales, s'est également accrue.

2.1 Phase 1 : les premiers efforts reproduisent le 9e modèle de réponse à l'épidémie

S'appuyant sur le succès de l'endiguement⁴ de la 9e maladie à virus Ebola dans la région de l'Équateur (déclarée terminée après seulement trois mois le 24 juillet 2018), le gouvernement s'est lancé dans « la [réponse] la plus rapide, la mieux équipée et la mieux financée de l'histoire de la riposte à l'épidémie d'Ebola » pour faire face à la 10e maladie à virus Ebola (IOAC, 2019a : 40). Un plan de réponse stratégique (SRP1), couvrant la période août-octobre 2018, a défini le modèle de réponse, avec une coordination structurée comme dans les réponses antérieures, autour de huit

4 Bien que la maladie à virus Ebola 9 ait été contenue avec succès, de nombreuses personnes interrogées ont fait des commentaires comme « ils ont eu de la chance » et n'ont pas eu l'impression que le modèle d'intervention avait été adéquatement testé, car la 9e épidémie s'était produite dans un milieu rural, qui était facilement isolé et sans le contexte de conflit de la maladie à virus Ebola 10. D'autres personnes interrogées croyaient que des fissures se manifestaient déjà dans la 9e réponse qui n'étaient pas suffisamment prises en compte à la fin de cette dernière, en raison du peu de temps entre la fin de la maladie à virus Ebola 9 et le début de la maladie à virus Ebola 10.

Figure 1: Agenda de la réponse



Encadré 1: Insécurité et conflit dans le Grand-Nord et en RDC

La profondeur de l'hostilité dans le Grand-Nord du Nord-Kivu – et parmi l'ethnie Nande, qui représente l'écrasante majorité de la population – à l'égard du gouvernement central et de ses représentants ne doit pas être sous-estimée. Depuis au moins l'ère Mobutu, les Nande ont nourri les griefs avec le gouvernement central et ont travaillé à établir une autonomie économique, sinon politique, pour la région, y compris par le biais de liens commerciaux étroits avec les pays voisins (SSHA, 2018). Depuis des décennies, le Grand-Nord est attaqué par des groupes armés étrangers et locaux, tels que les Forces démocratiques alliées, la Défense Nduma du Congo et les milices Maï-Maï (voir figure 2), et par une présence militaire nationale perçue comme une force étrangère occupante. La population est souvent prise dans la violence entre des groupes armés irréguliers et des forces gouvernementales engagées dans la contre-insurrection (Congo Research Group, 2018; SSHA, 2018).

Le pays était également en pleine crise politique, axée sur la préparation d'élections présidentielles qui ont été fortement contestées au Nord-Kivu, en raison de son sentiment historique de privation du droit de vote. L'annulation du vote dans la région en décembre 2018 a encore déstabilisé le cadre de réponse. La figure 3 illustre l'augmentation progressive des incidents de sécurité au cours des premiers mois de l'intervention, y compris leur pic dans les mois qui ont suivi l'annulation des élections.

En outre, au moment de la 10^e épidémie d'Ebola, le gouvernement et le HCT étaient « submergés » par un certain nombre d'autres crises dans le pays, y compris une réponse de niveau 3 aux personnes déplacées (expirée fin mai 2018) – qui avaient toutes reçu des fonds à une fraction de leurs niveaux d'appel. La disponibilité ou la capacité des agences des Nations Unies partenaires de l'OMS, de la MONUSCO et des ONG internationales à intervenir rapidement et à apporter un soutien dans les domaines de l'analyse politique, de la sécurité, de la logistique et des programmes complémentaires était limitée. Selon des entretiens avec de hauts responsables de l'ONU au siège et au niveau des pays, la maladie à virus Ebola 10 était loin de leur liste de priorités. Le système humanitaire étant débordé (en RDC et dans le monde), « tout le monde était soulagé que l'OMS s'occupe d'Ebola », selon un haut responsable. À l'issue de ce qui semblait être une conclusion nette de la MVE 9, les perspectives de la communauté humanitaire en RDC au début de l'épidémie (à quelques exceptions près) étaient caractérisées par une bande passante limitée pour faire face à une nouvelle crise dans le Grand-Nord, et le souhait que l'épidémie puisse être rapidement éteinte.

piliers d'action : surveillance (y compris recherche des contacts, points d'entrée et vaccination), laboratoires, gestion des cas, communication des risques et engagement communautaire (RCCE), soutien psychosocial, prévention et contrôle des infections (y compris des enterrements sûrs et dignes), logistique et sécurité.

Peu de temps après la déclaration de l'épidémie, le Ministère de la Santé a commencé à administrer un vaccin expérimental (le rVSV-ZEBOV de Merck, sans licence mais qui s'est avéré protecteur dans les essais aux derniers stades de l'épidémie en Afrique de l'Ouest) ; et au 19 septembre 2018, 10 000 doses avaient été administrées (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2020). En novembre 2018, le ministère de la Santé a

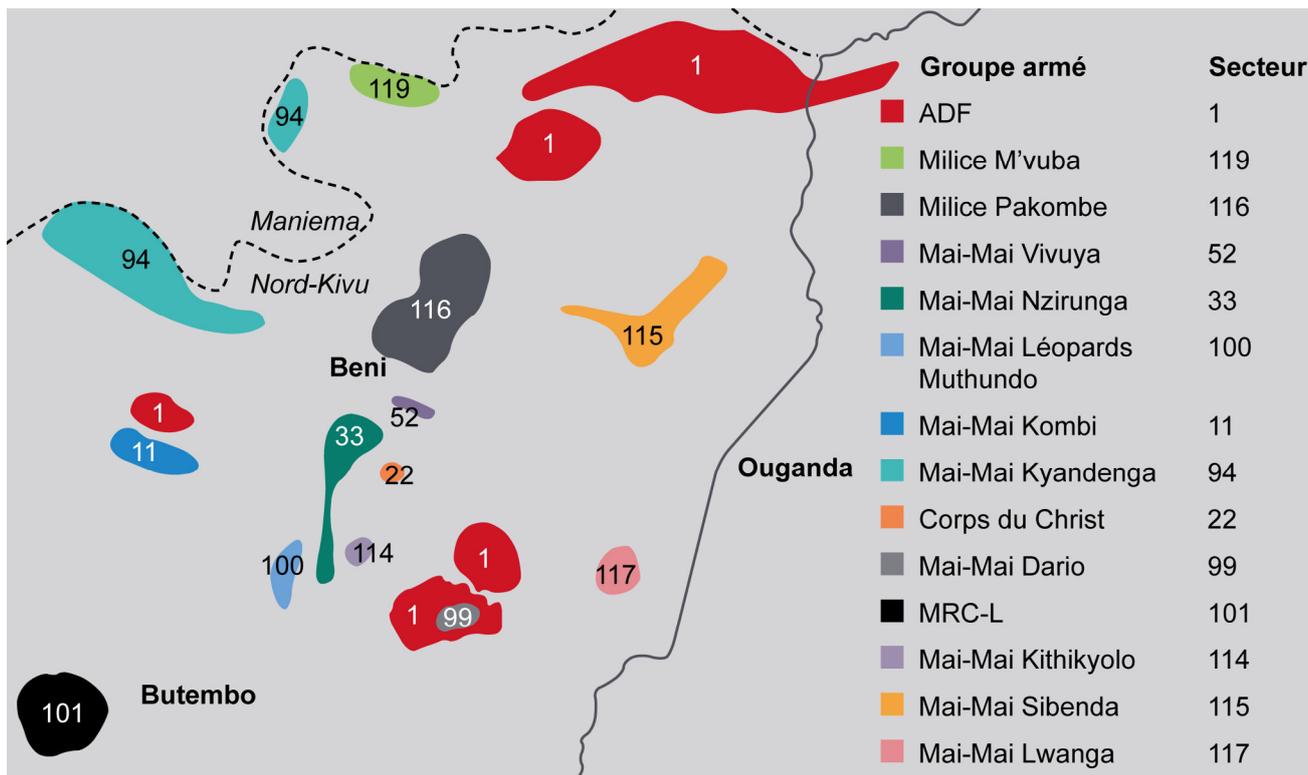
également commencé à tester trois traitements thérapeutiques de pointe dans les centres de traitement Ebola (CTE) à Beni, Katwa, Butembo et Mangina, sous l'égide générale du Plan directeur pour la recherche et le développement de l'OMS (ECDC, 2019 ; IOAC, 2019a).⁵

2.1.1 Le contexte nuit à l'efficacité de la réponse

Malgré ces étapes initiales positives, le contexte du Nord-Kivu s'est rapidement avéré beaucoup plus difficile que celui de l'Équateur relativement stable et isolé, et le modèle de réponse - non testé jusqu'à présent dans un contexte complexe, humanitaire et urbain - était très tendu. Les espoirs de contenir et de mettre fin rapidement à

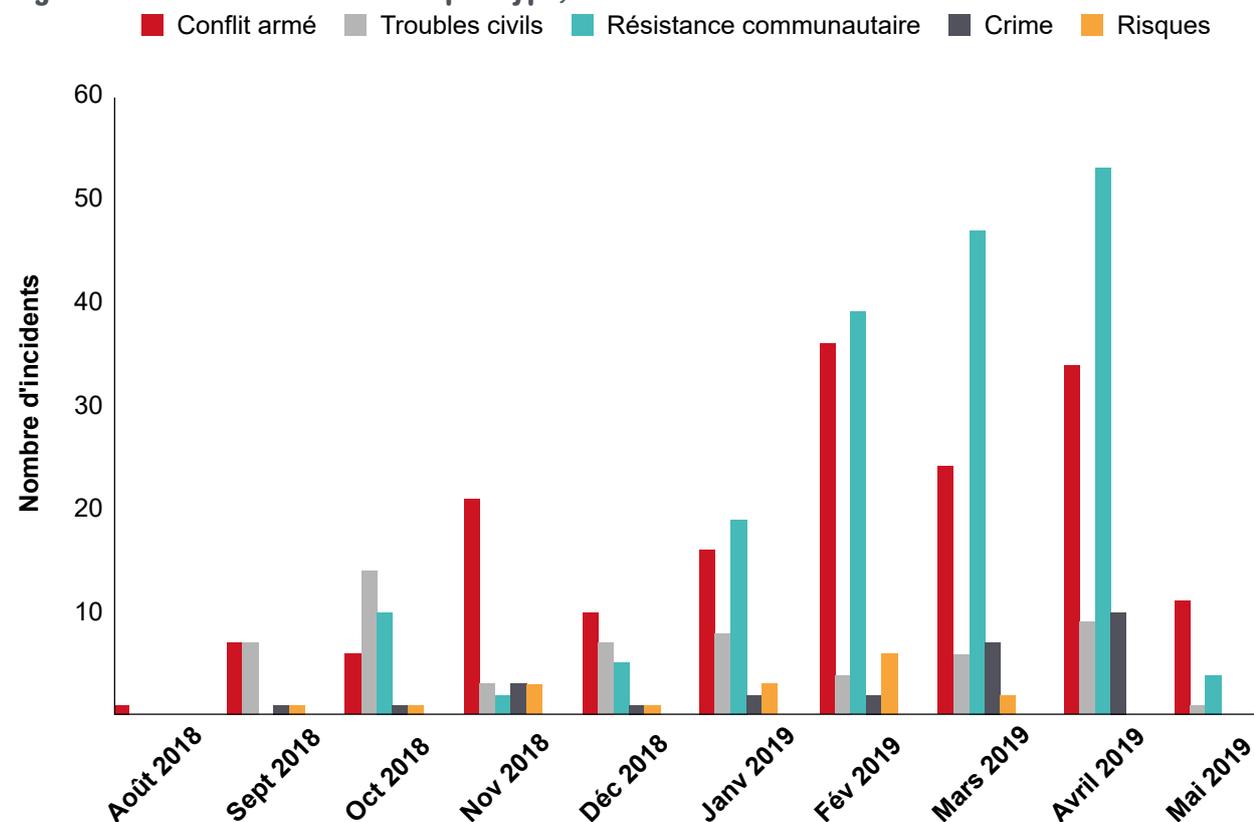
5 Le vaccin rVSV-ZEBOV a également été utilisé lors de l'EVD 9 en Équateur. Les trois agents thérapeutiques utilisés ont été extraits de cinq agents thérapeutiques initialement étudiés en fonction de leur efficacité rapportée (Mulangu et al., 2019).

Figure 2: Groupes armés autour du territoire de Beni, Nord Kivu



Source : adapté du Congo Research Group (2018)

Figure 3: Incidents de sécurité par type, août 2018 au 5 mai 2019



Remarque : bien que ce tableau s'arrête au 5 mai 2019, cela ne veut pas dire que les incidents de sécurité se sont calmés. Insecurity Insight (2020) note que, bien que le plus grand nombre d'attaques contre des travailleurs de la santé ait eu lieu entre février et mai 2019, leur nombre est resté élevé jusqu'en novembre 2019.

Source : Ilunga Kalenga et al. (2019)

l'épidémie ont été rapidement anéantis à mesure que la maladie se propageait géographiquement, la réponse du gouvernement jouant « le rattrapage, le recrutement et la formation des équipes de surveillance après la découverte de nouveaux cas d'Ebola » (Congo Research Group, 2020). Début août 2018, la réponse avait identifié 43 cas confirmés ou probables, la plupart d'entre eux étant centrés sur ou en provenance de Mangina (organisme ECHO, 2018a). À la mi-octobre, il y avait 214 cas dans 10 zones de santé différentes (organisme ECHO, 2018b). En décembre 2018, le nombre de cas avait atteint 549 dans 15 zones de santé, avec 240 décès (organisme ECHO, 2018c ; DRC MoH, 2018c).⁶ Le nombre de cas et de décès continuerait d'augmenter jusqu'à la mi-2019, date à laquelle le nombre total d'infections en juillet atteignait 2 512, avec 1 668 décès (organisme ECHO, 2019a).

Selon l'OMS, « à partir du début d'octobre 2018, il commençait à devenir évident que les défis profonds posés par le contexte opérationnel du Nord-Kivu et de l'Ituri avaient un impact sur l'efficacité de la riposte » (OMS, 2019: 12). Les principaux défis étaient l'accès aux communautés affectées en raison des « attaques contre les communautés et la réponse de groupes armés non identifiés, et deuxièmement, la résistance à la réponse des communautés elles-mêmes » (OMS, 2019: 12 ; voir encadré 1). En novembre 2018, l'OMS et le Center for Disease Control (CDC) des États-Unis ont signalé que l'épidémie était enracinée et durerait au moins six mois de plus (mouvement SUN, 2018).

2.1.2 La réponse a été lente

Malgré la reconnaissance du fait que le modèle de réponse initial était mal adapté à la sécurité, au système de santé et aux défis culturels de la région touchée, plusieurs mois s'écouleraient - les infections augmentant, les groupes armés ciblant plus directement le personnel et les structures d'intervention et les communautés de réponse - avant qu'une réévaluation fondamentale de la stratégie ne soit envisagée. SRP2 (novembre 2018 - janvier 2019) a doublé sur le même modèle

introduit dans SRP1 et a augmenté l'empreinte des équipes d'intervention pour couvrir 10 zones de santé supplémentaires. Ces équipes, à leur tour, ont rencontré ou provoqué des attaques armées et une résistance communautaire dans les zones de santé nouvellement touchées. Chaque incident de sécurité grave signifiait mettre fin à la riposte et « donner à l'épidémie l'occasion de se propager sous le radar » (OMS, 2019: 15).

Certains hauts fonctionnaires de l'OMS et d'autres agences des Nations Unies ont suggéré que l'importation du modèle de réponse et des équipes de réponse de l'Équateur au Nord-Kivu était basée sur un risque calculé, et qu'ils étaient pleinement conscients des facteurs contextuels qui s'avéreraient plus tard si importants pour la propagation et prolongation de l'épidémie. Le Ministère de la Santé et l'OMS se sont concentrés sur l'argument biomédical, selon lequel chaque jour perdu dans l'isolement des patients et la recherche des cas-contacts permettrait de propager l'épidémie et de prolonger l'intervention. Cela a pu être influencé par certaines politiques des bailleurs de fonds qui se concentraient principalement sur les résultats liés à la santé et mettaient moins l'accent sur les approches complémentaires - un phénomène également documenté dans l'épidémie en Afrique de l'Ouest (Lamouré et Juillard, 2020). Les quelques acteurs qui se sont opposés dès le début à ce modèle « go big, go fast » et ont appelé à une approche plus délibérée et consultative n'ont pas été les bienvenus dans les discussions de planification formelles (le cas de certaines OING) et/ou ont été rejetés comme naïfs ou ignorant les exigences de la maladie et de l'intervention.

Avec la préparation du SRP3 (prévu pour février - juillet 2019), les principaux partenaires internationaux et donateurs avaient perdu confiance dans la gestion de la riposte et sa capacité à surmonter les contraintes de sécurité et de résistance communautaire, malgré une plus grande insistance sur une approche multi-sectorielle dans le document pour répondre aux autres besoins communautaires au-delà d'Ebola. Dans une lettre conjointe envoyée à l'USAID (avec le CH en copie) fin mars 2019, les

6 À titre de comparaison, l'épidémie de maladie à virus Ebola 9 dans la province de l'Équateur (17 mai-24 juillet 2018) a identifié 54 cas totaux, dont 33 décès dans un total de trois zones sanitaires (OMS, 2018).

dirigeants d'OCHA, de l'UNICEF et de la FICR ont appelé à une plus grande importance et à un financement pour une « approche communautaire pour améliorer l'acceptation par la communauté... avec des rôles accrus pour société civile et pour le soutien de la coordination humanitaire multisectorielle par l'UNOCHA ». Les bailleurs de fonds interrogés pour cette étude ont également indiqué qu'ils n'étaient pas convaincus par les cadres nouvellement introduits pour la responsabilité et la transparence des ressources, et avaient clairement indiqué qu'ils n'étaient pas disposés à continuer de financer la réponse sans modifier l'approche.

2.2 Phase 2 : une « dernière impulsion », un plan de réponse stratégique multisectoriel et une « mise à l'échelle » des Nations Unies

Les préoccupations des donateurs concernant la direction et la coordination de la réponse ont abouti à une lettre conjointe, envoyée fin avril 2019, de hauts fonctionnaires de la Banque mondiale, des États-Unis, du Royaume-Uni, de la Commission européenne et de Gavi au Coordonnateur des secours d'urgence des Nations Unies (ERC) et au directeur général de l'OMS. Dans ce document, ils se sont déclarés extrêmement préoccupés « par la gravité de l'épidémie et par la détérioration des tendances sécuritaires et épidémiologiques au cours du mois dernier » et ont appelé à la nomination d'un haut fonctionnaire « qui est **pleinement et officiellement habilité à diriger à plein temps** la relation avec le gouvernement de la RDC sur Ebola et est en mesure de donner une direction à l'ensemble de la famille des Nations Unies, notamment l'OMS, OCHA, l'UNICEF, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Programme alimentaire mondial (PAM), ainsi que d'autres parties prenantes internationales, par exemple ONG impliquées dans la réponse » (souligné dans l'original).

En réponse aux inquiétudes des donateurs, une épidémie de plus en plus incontrôlable (2 512 cas

et 1 668 décès en juillet 2019 (organisme ECHO, 2019a)) et la propre évaluation de la situation par l'ONU, il y a eu un bilan formel et complet - impliquant une large coalition d'autorités nationales, d'agences des Nations Unies, d'ONG internationales et nationales et de donateurs - des lacunes de la réponse à ce jour et des défis persistants auxquels sont confrontés les intervenants (OMS, 2019). Présenté comme le dernier plan de réponse, ou « dernière poussée », et commençant la deuxième phase de la réponse, le SRP4 a appelé à un effort de pleine puissance et de capacité maximale, dans tous les secteurs et sous-coordinations (Ministère de la Santé RDC, 2019b). Pour la première fois, le PRS a mis explicitement l'accent sur les synergies entre les activités de santé publique et celles des secteurs de la sécurité, de l'humanitaire, des finances et de la préparation opérationnelle. Elle s'est accompagnée de changements majeurs dans la structure de direction de la réponse tant pour le gouvernement que pour les partenaires internationaux.

Le Secrétaire général a nommé David Gressly, qui avait été le Représentant spécial adjoint de l'ONU responsable des opérations à la MONUSCO, coordonnateur des interventions d'urgence contre Ebola (EERC). Dans ce que l'OMS a décrit comme « une nouvelle structure de direction de l'ensemble des Nations Unies » (OMS, 2019), M. Gressly coprésiderait l'équipe d'intervention d'urgence Ebola (EERT) aux côtés du Sous-Directeur général de l'OMS pour les urgences régionales, le Dr Ibrahima Socé Tombé. Leur finalité était d'accroître la coordination du soutien international et la cohérence au sein du système des Nations Unies et entre les organisations partenaires. Cette nomination a divisé le leadership de la riposte internationale entre l'OMS, qui a continué de diriger les opérations de santé et les activités de soutien technique au gouvernement, et un effort plus large à l'échelle des Nations Unies pour renforcer l'engagement politique, le suivi financier, la coordination humanitaire et la planification de la préparation pour Gola et les pays environnants (Salaam-Blyther and Arieff, 2019).

La nomination de l'EERC a été suivie peu de temps après par le lancement par l'IASC de son protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire pour la lutte contre les maladies

Encadré 2: « Protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire pour le contrôle des maladies infectieuses » de l'IASC

Le Protocole d'activation à l'échelle du système humanitaire de l'IASC pour la lutte contre les maladies infectieuses a été élaboré en 2018, en se basant sur les recommandations provenant de la réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

L'ampleur des événements de maladies infectieuses, comme l'échelle humanitaire, repose sur cinq critères : l'échelle, l'urgence, la complexité, la capacité et le risque de ne pas fournir d'aide efficacement et à l'échelle de la population touchée. L'activation de la mise à l'échelle exige :

- la mise en place immédiate d'un HCT (s'il n'est pas déjà actif), avec le CR re-chapeauté en tant que CH et un représentant de l'OMS nommé CH adjoint ;
- déploiement de fournitures et de logistique ;
- la mise en place de mécanismes de coordination infranationaux, y compris un espace pour les ONG nationales et internationales et la société civile ; et
- déploiement d'une capacité de pointe et mise en place par l'OMS d'un rapport de situation commun.

Dans un délai de cinq jours :

- un CH d'urgence senior devrait être nommé, assisté d'un gestionnaire des incidents de l'OMS ;
- un énoncé des principales priorités stratégiques devrait être élaboré ;
- des mécanismes de financement devraient être mis en place par l'intermédiaire du Fonds central d'intervention d'urgence (FCIU) et du Fonds commun national (CBPF) ; et
- un appel éclair devrait être lancé.

Les étapes ultérieures comprennent l'achèvement d'une évaluation rapide dans un délai de deux semaines, un plan d'intervention stratégique ou humanitaire complet dans un délai de trois semaines, un examen opérationnel par les pairs dans un délai de trois à six mois et une évaluation humanitaire inter-institutions dans un délai de 9 à 12 mois.

Source : IASC (2019)

infectieuses pour une période initiale de trois mois (finalement prolongée jusqu'au 27 mars 2020). La « mise à l'échelle » est conçue pour activer les capacités à l'échelle du système à l'appui d'un modèle de leadership autonome pour une crise qui accable les capacités du gouvernement et de l'ONU à diriger et à coordonner (voir encadré 2).

Bien que les protocoles de mise à l'échelle de l'IASC recommandent une coordination à travers le CH et le HCT, cela ne s'est pas produit en RDC. Au lieu de cela, l'EERT a été chargé de la stratégie de mise à l'échelle des Nations Unies.⁷ Comme discuté ci-dessous, cela a abouti à des systèmes de coordination parallèles qui allaient à l'encontre des recommandations

issues de la réponse de l'Afrique de l'Ouest (DuBois et al., 2015). L'OMS et le gouvernement ont continué de diriger la riposte axée sur la santé, et le EERC/ONU a dirigé le soutien international autour d'activités complémentaires. Parallèlement aux initiatives internationales visant à « réinitialiser » le leadership et la coordination et à faire face à la crise grâce à une approche plus multisectorielle, le gouvernement a transféré la responsabilité de sa réponse du ministère de la Santé au bureau du président et un secrétariat exécutif a été créé pour faciliter la prise de décision et l'action intergouvernementale. La réponse du gouvernement à partir de ce point a été dirigée

7 Le modèle de co-leadership a été mis en place avant la création de l'IASC. Au lieu de l'activation menant à la coordination par le CH et le HCT conformément aux protocoles, la structure de direction EERT a été établie et chargée de la stratégie de mise à l'échelle des Nations Unies. L'IASC a par la suite validé sa mise à l'échelle.

par le professeur Jean-Jacques Muyembe, un expert d'Ebola de renommée mondiale.

Rétrospectivement, il est clair qu'un passage à une approche de réponse plus délibérée, consultative et inclusive - en particulier en ce qui concerne les structures de santé et les communautés locales - a été essentiel pour surmonter l'épidémie, tout comme lors des épidémies précédentes (Campbell et Miranda Morel, 2017 ; Lamoure et Juillard, 2020). L'évolution finale vers « l'ancrage » de la réponse au sein des structures de santé locales a constitué une étape importante. Il y avait beaucoup de désaccord parmi les personnes interrogées pour cette étude sur qui était responsable de ce changement et quand il s'est produit. Le moment de la « réinitialisation » de la direction a coïncidé à peu près avec un changement marqué dans la politique d'intervention. On ne sait cependant pas si cela a été déterminant pour vaincre la flambée ou si cela a seulement renforcé et accéléré les tendances positives déjà en cours, comme la décision du gouvernement et de l'OMS en mars/avril 2019 de décentraliser entièrement la riposte au niveau communautaire. Il y avait cependant un consensus sur le fait que les communautés - facilitées par les acteurs communautaires et les ONGL - se sont finalement senties plus

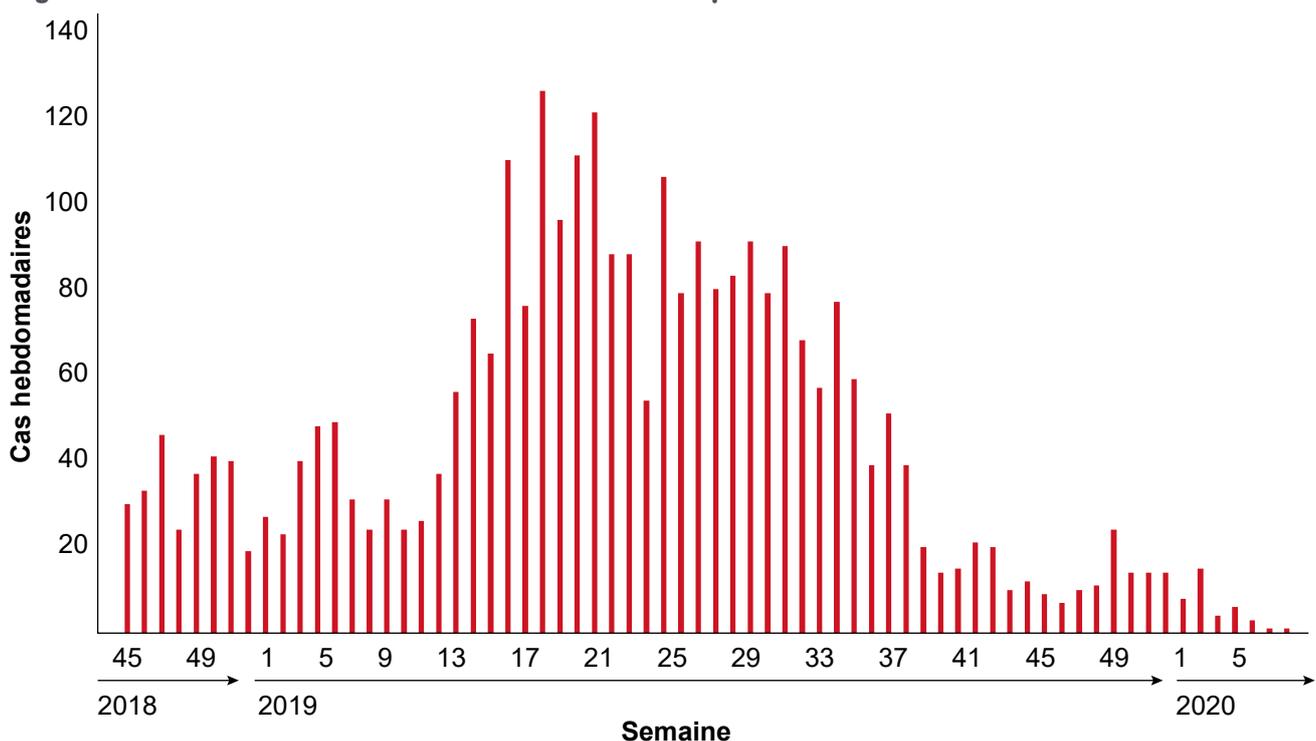
responsables de la réponse et de la responsabilité de leurs propres soins, ce qui était essentiel pour mettre fin à l'épidémie.

2.3 Phase 3 : la réponse renvoie au modèle HCT

Dans la phase finale, articulée dans le SRP4.1 (janvier - juin 2020), l'opération a commencé à consolider les progrès vers la « transmission zéro » et une stratégie de sortie visant à renforcer la résilience des systèmes de santé dans les trois provinces touchées (Ministère de la Santé RDC, 2020). Cette phase de transition était justifiée sur la base d'une tendance à la baisse confirmée et significative des nouvelles infections, qui était apparue à partir du début octobre 2019 (organisme ECHO, 2020 ; voir semaine 41 de 2019 sur la figure 4).

Le rôle de l'EERT a pris fin le 29 février 2020 et ses responsabilités ont été transférées au CR/CH (l'adjoint EERC jouant toujours un rôle actif jusqu'en juin 2020). Une présentation de l'EERT le 10 mars a noté que l'épidémie était sous contrôle. Ses quatre messages clés soulignaient la nécessité :

Figure 4: Nouveaux cas hebdomadaires d'Ebola à partir de novembre 2018



1. d'un programme multi-sectoriel de 18 à 24 mois dans les trois provinces touchées ;
2. d'un processus participatif et intégré d'identification et de coordination avec les programmes existants dans une perspective de développement durable ;
3. de se concentrer sur la satisfaction des besoins et des aspirations des communautés ; et
4. des mécanismes de gouvernance transparents et renforcés jusqu'au niveau local (EERT, 2020).

En avril 2020, alors que l'épidémie était sur le point d'être déclarée terminée, plusieurs nouveaux cas ont été confirmés ; la déclaration officielle de la fin de l'épidémie a été reportée à juin 2020.

Alors que la riposte prenait fin et que la menace immédiate de nouvelles infections disparaissait, une nouvelle flambée a été déclarée

dans la province de l'Équateur (MVE 11) et la pandémie de Covid-19 a été déclarée. Cela signifie que la situation dans l'est de la RDC n'a pas pu maintenir l'intérêt des donateurs. Les responsables locaux de la santé et les ONG internationales de la santé interrogés dans le cadre de l'étude ont fait état de préoccupations selon lesquelles les survivants de la maladie à virus Ebola et leurs familles ne recevraient pas de soins médicaux et psychosociaux adéquats avec le retrait des ressources internationales et des structures de coordination - en particulier compte tenu des risques de rechute au cours des premières années (voir également Congo Research Group, 2020). Ils ont déclaré que le Nord-Kivu sera tout aussi mal préparé et mal équipé pour gérer la prochaine épidémie d'Ebola qu'il l'était par rapport à la 10e épidémie, une inquiétude reprise par plusieurs participants.

3 Leadership international et coordination

Sur le plan international, la phase 1 de la réponse (SRP1–3) a été dirigée par l'OMS (en coordination avec le gouvernement de la RDC et le ministère de la Santé en tant que chef de file de la réponse globale). Au cours de la phase 2 (SRP4), avec la nomination par le Secrétaire général de l'ONU d'un EERC en mai 2019, le leadership international est passé à un modèle conjoint avec le EERC et l'OMS partageant les responsabilités. La phase 2 a également vu le Comité permanent inter-organisations activer la mise à l'échelle et la gestion par le gouvernement de la RDC de la réponse du ministère de la Santé au bureau du Président. Parmi les autres acteurs de l'espace de leadership et de coordination figuraient la Banque mondiale et les donateurs bilatéraux. Cette section examine l'efficacité - à la fois réelle et perçue - des efforts de leadership et de coordination de ces acteurs ainsi que les facteurs sous-jacents de succès et d'échecs tout au long de la réponse, en mettant un accent particulier sur les deux premières phases.

Dans l'ensemble, dans les deux phases, le leadership international a tardé à organiser une réponse inclusive et coordonnée parmi l'éventail d'acteurs internationaux - OMS, agences des Nations Unies, MONUSCO, ONG internationales, FICR, donateurs et Banque mondiale - qui finiraient par contribuer aux efforts collectifs pour surmonter le foyer. Peu à peu, les structures internationales de leadership et de coordination se sont adaptées aux défis émergents et se sont orientées vers une plus grande inclusion, une meilleure gestion de l'information et de la communication, et une harmonisation des objectifs parmi les intervenants. Les ajustements plus formels des structures de direction et de coordination - à

savoir la nomination de l'EERC, le renforcement du leadership de l'OMS sous la supervision du directeur général adjoint M. Socé Fall, le renforcement de l'IASC et le changement de direction gouvernementale - ont contribué à encourager ces changements positifs, mais n'ont pas été les principaux moteurs parmi eux.

3.1 L'Organisation Mondiale de la Santé

Les principaux atouts de l'OMS sont la rapidité et l'expertise technique. Lorsque la 10^e flambée a été déclarée, l'OMS est passée à l'action, au matériel de transport aérien, au personnel et à la stratégie d'intervention de base - appuyée par des ressources suffisantes des donateurs - de la réponse de l'Équateur. Leurs capacités opérationnelles et logistiques au début de l'épidémie 10 - ainsi que la rapidité et l'efficacité de l'introduction de vaccins expérimentaux et de traitements thérapeutiques - ont été largement saluées par des experts extérieurs et des partenaires sur le terrain (Salaam-Blyther et Arieff, 2019 ; IASC, 2020). Cette action précoce et globale en RDC a démontré une amélioration notable de leurs performances lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2016. L'OMS a été en mesure d'atteindre, et souvent de dépasser, ses délais cibles pour chaque norme de performance dans le cadre d'intervention d'urgence de l'agence. Les laboratoires fonctionnaient dans les 24 heures, les campagnes d'information ont été immédiates et l'IMS de l'OMS et la montée en puissance du personnel ont été rapidement activés (IOAC, 2019a).

3.1.1 Le système et la culture de l'OMS ont découragé la collaboration

Ces premiers succès, cependant, ont été à certains égards éclipsés par d'autres caractéristiques du leadership de l'OMS. Dans les premiers mois de l'intervention, de nombreuses personnes interrogées ont perçu le leadership de l'OMS comme méprisant les opinions dissidentes ou prudentes sur la stratégie de riposte et peu enclins à construire ou à coordonner une structure inclusive de partenaires internationaux. Alors que certains membres du personnel de l'OMS ont été félicités par leurs homologues pour leur dévouement et leur esprit de collaboration, l'agence dans son ensemble s'est mal comportée sur le front du leadership - laissant une trace de rancœur. Les cadres supérieurs des agences des Nations Unies, des donateurs et des ONG ont qualifié les homologues de l'OMS de sourds à la critique, « insulaires », « arrogants » et préoccupés par « être en charge de tout ». D'autres ont décrit le leadership de l'OMS comme étant « meurtri » et « assiégé » par son expérience de l'épidémie en Afrique de l'Ouest et attaché à une visibilité maximale - à prouver en « faisant cavalier seul » que ses réformes organisationnelles après 2015 ont réussi. Les responsables locaux ont souvent décrit le leadership du Ministère de la Santé et de l'OMS comme étant main dans la main, affichant à la fois un comportement condescendant et une ignorance du contexte.

Bien que ce comportement de l'OMS n'ait pas encouragé une atmosphère de collaboration, d'autres acteurs internationaux dans le pays étaient réticents à être entraînés dans une crise qu'ils espéraient rapidement gérée par le gouvernement et l'OMS (voir section 5.3). Certains de ces partenaires potentiels avaient également une expérience limitée du travail sur une réponse rapide de lutte contre la maladie. Dans la pratique, cette combinaison de la position de leadership de l'OMS et du fait qu'il y avait d'autres priorités politiques et humanitaires en RDC signifiait que les atouts importants des Nations Unies et des partenaires en RDC - en particulier le HCT, la MONUSCO

et même l'OCHA - n'étaient pas employés ou suffisamment renforcés en temps opportun pour compléter la réponse en matière de santé publique dirigée par le MS et l'OMS.⁸

Malheureusement, l'attitude d'action de l'OMS, combinée à l'expertise insuffisante des autres acteurs internationaux et à l'engagement réticent, a persisté alors même que la gravité et la durée de la flambée se manifestaient. Un an après le début de l'intervention, le Comité consultatif et de contrôle indépendant (IOAC) de l'OMS a commenté « un manque d'implication de la part des systèmes humanitaires au sens large », concluant qu'il existe « un problème fondamental avec la manière dont le système humanitaire des Nations Unies et l'OMS interagissent pendant les urgences sanitaires » (IOAC, 2019a : 5, 7). Le CIOI a en outre souligné la « nécessité de découpler les décisions au moment de passer d'une réponse axée sur la santé à une réponse humanitaire et sanitaire plus large, et au moment de nommer des dirigeants de l'ensemble des Nations Unies autonomes, des pressions politiques internes et externes » (IOAC, 2019a : 41).

Un certain nombre de donateurs et d'organismes impliqués dans la riposte avaient espéré qu'une structure de direction unique et unifiée apporterait un appui international plus cohérent à la réponse. Au lieu de cela, de l'avis de ces responsables, l'OMS, en tant qu'ONU de facto et leader international dans cette crise de santé publique, a tardé à corriger ou à ajuster son leadership au niveau national, n'a pas activement recherché un modèle de leadership plus large à l'échelle des Nations Unies pour faire face à la détérioration de la situation (par exemple en plaidant plus tôt au sein de l'IASC pour une mise à l'échelle) et affaibli la structure du Bureau d'intervention d'urgence Ebola (EERO) mandatée par l'ONU en insistant sur un modèle de leadership conjoint (voir sous-section 3.2.2).

Au niveau le plus élémentaire du leadership des agences en RDC, l'OMS était déficiente. Il n'y avait pas de représentant permanent

8 Consultez la sous-section 3.2.1 pour une description de la façon dont les structures à l'échelle de l'ONU ont travaillé ensemble dans une mesure limitée au début de la réponse.

de l'OMS en RDC en poste au moment de l'épidémie, et le poste est resté vacant tout au long des 22 mois de réponse (IOAC, 2019b ; IASC, 2020) - malgré une recommandation claire de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest selon laquelle le « plus haut niveau de capacité doit être assuré pour les pays les plus vulnérables » (OMS, 2015: 7). L'IMS de l'OMS - réformé à la suite de l'épidémie en Afrique de l'Ouest - a assumé le leadership du pays pour la riposte et, comme prévu, a fourni « une structure qui définit les lignes d'autorité ainsi que les processus opérationnels et les activités nécessaires en cas d'urgence ou d'épidémie » (Ravelo, 2017: np). L'IMS (système de gestion des incidents) était piloté par du personnel expérimenté de l'OMS provenant de la région mais aussi du siège. Il était complété par de fréquentes visites de hauts responsables de l'OMS, y compris le Directeur général de l'OMS, qui visaient à évaluer l'état de la réponse et à résoudre des problèmes grâce au dialogue de terrain avec le personnel opérationnel et de hauts fonctionnaires. En mars 2019, l'OMS a nommé un haut fonctionnaire au niveau du directeur général adjoint, le Dr Socé Fall, pour piloter la réponse en matière de santé publique. L'OMS a également nommé un haut fonctionnaire à titre temporaire à Kinshasa pour aider à assurer la liaison avec le gouvernement et les partenaires.

Il manquait cependant dans le modèle IMS, un état des lieux des partenariats et des relations avec des agences dans le pays ou de la capacité spécifique dédiée à entretenir et coordonner de nouveaux partenariats. Depuis 2018, le poste de coordonnateur du cluster santé n'était occupé par l'OMS qu'à titre intérimaire (IOAC (Comité consultatif de surveillance indépendant), 2019b). Au cours des entretiens menés pour cette étude de cas, les partenaires des agences des Nations Unies et le personnel des ONG internationales se sont plaints du manque de sensibilisation et de communication de l'OMS, tandis que le personnel d'intervention de l'OMS a souvent décrit la

frustration face à la lourdeur des mécanismes de coordination et des pratiques opérationnelles de leurs homologues humanitaires (pour plus d'informations, voir la section 3.2). À leurs yeux, les acteurs humanitaires opéraient par le biais d'un modèle d'action collective horizontal, chronophage, axé sur des activités présentant un intérêt marginal pour la maladie plutôt que sur un système mesurable, vertical, de commandement et de contrôle.

D'une manière plus générale, les hauts responsables des Nations Unies issus d'un panel d'agences au niveau des pays et du siège ont indiqué que l'OMS manquait de culture du partenariat ou de collaboration nécessaire à l'agence chef de file d'une réponse complexe et multisectorielle qui nécessitait un travail d'équipe au-delà du secteur de la santé. Selon eux, cela s'est traduit par une incapacité à interagir de manière constructive avec les partenaires humanitaires en RDC tout au long de la réponse à la dixième épidémie d'Ebola. En tant que chef de file du pilier santé de la réponse, l'OMS était généralement appréciée pour son expertise technique, mais sa réticence à écouter ou à prendre en compte d'autres points de vue techniques a également été vivement ressentie par le personnel des ONG internationales médicales ayant une expérience importante d'Ebola et d'autres urgences de santé publique. De nombreux membres du personnel des agences partenaires, du personnel des ONG internationales et des experts des organismes donateurs ont décrit la stratégie de réponse gouvernement/OMS comme doctrinaire et rigide, trop axée sur un modèle « biomédical » plutôt que de poursuivre une vision de santé publique communautaire plus holistique pour lutter contre l'épidémie (voir la section 5.1). L'OMS a été fréquemment citée par les experts interrogés comme ayant l'intention d'éradiquer la maladie ou de rechercher la « sécurité de la santé publique ». ⁹ Selon Social Science in Humanitarian Action (SSHA), les

9 L'approche de la « sécurité humaine » en RDC, selon les experts médicaux interrogés pour cette étude, était axée sur l'identification et l'isolement des cas plutôt que sur les impacts plus larges de l'épidémie sur la « santé publique » et la réponse sur la santé de la population (par exemple, le manque d'engagement et de partenariat avec la population, l'arrêt de nombreux services préventifs et curatifs non Ebola, des actions qui aliénaient la réponse de la population). Les origines de cette approche remontent à la désignation en 2014 d'Ebola comme « menace pour la sécurité mondiale » et à la préoccupation de prévenir la « propagation de la maladie dans le Nord » (Congo Research Group, 2020 : 8).

commentaires de la communauté reflétaient les « fortes inquiétudes concernant les conséquences d'Ebola sur la résurgence du nombre de cas de paludisme, de rougeole et de choléra, que les citoyens estimaient être négligés par rapport aux dépenses engagées contre Ebola » (SSHA, 2019b : 6 ; voir aussi Congo Research Group, 2020).

L'OMS et l'UNICEF ont travaillé sur des interventions spécifiques contre le paludisme et la rougeole pendant la dixième épidémie d'Ebola. Cependant, ces efforts ont été jugés insuffisants face à un besoin majeur - notamment une épidémie de rougeole à l'échelle du pays en 2019 - alors qu'Ebola a reçu une attention disproportionnée (Arie, 2019 ; Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2019). En outre, à partir du SRP1, des soins de santé gratuits ont été fournis dans les zones touchées par le biais du Projet de développement du système de santé (PDSS) financé par la Banque mondiale (Ministère de la Santé, RDC, 2018a).

Plusieurs membres du personnel et conseillers de l'OMS ont noté l'absence d'une fonction ou d'une culture de « défi » solide au sein de l'institution qui pourrait fournir un espace pour remettre en question l'orthodoxie (ou l'inertie) des opérations en cours et encourager les adaptations en temps réel. Un haut fonctionnaire a noté que l'extension rapide de l'OMS avait été obtenue grâce au déploiement de consultants et de personnel moins expérimentés qui opéraient sans « structure de supervision appropriée » qui aurait pu aider à corriger les décisions problématiques prises. Un autre conseiller principal de l'OMS a signalé une insularité au siège de l'OMS à Genève qui permettait de faire persister des divergences entre le discours (par exemple sur la théorie du modèle de réponse à la MVE) et les réalités de terrain plus longtemps qu'elles n'auraient dû.

Plus précisément, les opérationnels interrogés ont fait état d'insuffisances en termes de compétences et de capacités pour ce qui est de l'information et de la gestion financière. Le cluster santé, présidé par l'OMS, n'a pas été utilisé pour aider à coordonner les efforts de réponse au Nord-Kivu (IOAC (Comité consultatif de surveillance indépendant), 2019a). Cela a empêché les partenaires de santé potentiels dans la région d'être bien informés

et de contribuer le cas échéant à la réponse ; ou cela les a obligés à se joindre aux efforts de coordination parallèles (la structure de coordination Ministère de la santé/OMS spécifique à Ebola et plus tard la structure de coordination EERO) pour rester informés et comprendre si leur contribution pourrait combler les lacunes. De manière plus générale, de nombreuses personnes interrogées ont décrit la structure de coordination Ministère de la santé/OMS comme étant lourde et mal gérée. Beaucoup ont souligné le faible partage d'informations entre les différents piliers de la réponse ; mauvaise communication entre les structures de coordination nationales, provinciales et locales ; gestion inefficace des réunions ; cartographie insuffisante des interventions et des lacunes ; et peu de transparence sur les ressources. Plusieurs personnes interrogées ont estimé que les contraintes rencontrées par l'OMS en matière d'information et de gestion financière soulignaient la présence limitée d'OCHA (Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies) pour apporter son soutien dans ces domaines. Les hauts fonctionnaires des Nations Unies interrogés pour l'étude ont attribué cela à une réticence de la part de l'OMS à accepter ou à appeler à un plus grand soutien d'OCHA - en partie pour éviter le risque de confusion des rôles et des responsabilités et en partie motivée par le désir de démontrer que l'OMS pourrait gérer avec succès l'épidémie à elle seule. OCHA, pour sa part, était réticent dans ces circonstances à essayer d'imposer une présence plus énergique.

3.1.2 Les menaces posées par le contexte étaient sous-estimées

Selon le personnel de l'OMS et d'autres experts interrogés, il y avait une compréhension fondamentale dès le début de la différence entre le contexte de cette dixième épidémie d'Ebola et les épidémies précédentes en RDC, et comment cela pourrait avoir un impact sur la réponse. La densité de la population, sa mobilité (y compris vers d'autres provinces et à travers les frontières avec l'Ouganda et le Rwanda) et la prévalence des conflits armés et des risques d'attaque sont tous cités dans le

Encadré 3: Approche multisectorielle du SRP4 (pilier 3)

Le pilier 3 du SRP4 – « Renforcement du soutien aux communautés touchées par Ebola » – a été spécifiquement développé pour répondre à des besoins humanitaires plus larges, y compris des besoins de santé plus larges. Il a été dirigé par l'EERC avec le soutien de la Banque mondiale par l'intermédiaire du Fonds social de la RDC (FSRDC), l'appropriation communautaire et les services essentiels de l'UNICEF et une coordination renforcée au sein de la réponse humanitaire plus large de l'OCHA (ONU, 2019). Le pilier a été bien financé (environ 98 millions de dollars alloués sur les 100 millions demandés, selon des documents internes de suivi des finances de la Banque mondiale), avec 23 millions de dollars alloués à des travaux à forte intensité de main-d'œuvre et 75 millions de dollars à l'engagement communautaire et aux services de base. L'équipe d'étude, cependant, a trouvé peu de preuves concrètes et consolidées de ce qui a été accompli dans le cadre du pilier 3. Contrairement au pilier 1 du SRP4 (Santé publique), qui avait un système de surveillance relativement sophistiqué fondé sur des indicateurs de rendement clés (Bruni et al., 2020), le pilier 3 semble avoir reçu moins d'attention en ce qui concerne le suivi des résultats. Bien que l'idée derrière un pilier humanitaire plus large soit solide, les acteurs internationaux ont estimé qu'il était lent à démarrer et exécuté de manière inégale. Les acteurs locaux, en revanche, ont estimé que le pilier 3 a amélioré la coordination entre les acteurs humanitaires et a mis davantage l'accent sur l'engagement communautaire (voir section 4.1). Selon un travailleur de la LNGO, « le pilier 3 a rapproché les organisations humanitaires et la réponse à Ebola ».

SRP1. Néanmoins, le pilotage de la réponse n'a pas adopté sa propre mise en garde pour « faire preuve d'une extrême patience, car la situation dans la région est très instable » (Ministère de la santé, RDC, 2018a : 7), et prendre le temps nécessaire pour mieux comprendre l'ampleur des menaces qui pourraient être déclenchées par une réponse d'envergure et organisée depuis l'extérieur. C'est en toute bonne foi et avec des arguments épidémiologiques solides - qui

appelaient à la rapidité d'exécution et non à la patience - que le gouvernement et l'OMS pensaient (ou espéraient) pouvoir isoler et éteindre cette épidémie comme ils l'avaient fait pour les épidémies précédentes.

La réponse a été très proche de contenir le virus au cours des premières semaines de l'épidémie ; et si elle avait été contenue à ce moment-là, la performance du gouvernement et de l'OMS lors de la 10^e épidémie d'Ebola aurait été saluée. Comme le rapporte le Groupe de recherche sur le Congo, « au départ, la gestion de la dixième épidémie aurait pu sembler avoir bien démarré. De nombreux experts étaient arrivés par avion et les cas semblaient limités à Mangina... Dans la communauté, les choses se déroulaient comme lors des épidémies précédentes » (Groupe de recherche sur le Congo, 2020: 14). Rétrospectivement, cependant, il est clair qu'il y avait une sous-évaluation fondamentale du degré de risque du contexte, même avec la disponibilité de nouveaux médicaments et vaccins. Certains bailleurs de fonds et ONG ont souligné dans les entretiens qu'ils se sont efforcés dès le début de sensibiliser à la complexité du contexte et de plaider en faveur de changements dans l'approche de la réponse, mais le gouvernement et l'OMS n'ont pas réagi. Cette certitude de la part de l'OMS selon laquelle elle pourrait gérer seule les efforts internationaux pour étouffer l'épidémie, importer un plan d'intervention dans le contexte très différent du Nord-Kivu, en collaboration avec un gouvernement national contesté, a été décrite par de nombreux membres du personnel de partenaires des agences des Nations Unies, des autorités locales, des ONG locales et internationales et d'autres experts comme « arrogante » ou « synonyme d'orgueil ».

Au cœur de cette mauvaise analyse du contexte, il y avait un manque de sensibilité à la profondeur de l'hostilité dans le Grand-Nord du Nord-Kivu envers le gouvernement central et ses représentants, avec qui l'OMS travaillait en étroite collaboration. Le scepticisme de la population à l'égard de l'autorité et la méfiance à l'égard de la fonction publique se sont assez rapidement manifestés par la résistance aux messages de santé publique descendants et basés sur la peur utilisés par les équipes de réponse

à Ebola à la source de l'épidémie à Mangina (Kemp, 2020). En effet, cela a fait plus de mal que de bien : comme le note le Groupe de recherche sur le Congo (2020: 14), « Poussés par la peur et la méfiance à l'égard de la réponse, beaucoup ont quitté Mangina, faisant se propager Ebola à travers la région ». Avec la propagation de la maladie dans la région et dans les zones urbaines, l'empreinte des équipes d'intervention « étrangères » (y compris les escortes armées et le personnel du Ministère de la Santé de Kinshasa qui avait déplacé le personnel de santé local) a augmenté. Pendant ce temps, la tendance historique de la population à se méfier de l'autorité centrale, alimentée par des rumeurs, une perception que la taille de la réponse était disproportionnée par rapport à la menace et par des messages contradictoires et peu clairs sur la maladie elle-même, a contribué à cimenter, dans les premières semaines de réponse, une dynamique problématique de la réponse à l'échelle de la communauté.

Un autre facteur contextuel majeur qui semble avoir été sous-estimé dans la réponse « sans regret » déployée par l'OMS et d'autres est le risque de corruption et les effets de distorsion des dépenses importantes dans une zone de conflit fortement armée et politiquement contestée. Ces risques ne sont guère nouveaux en RDC et ont été bien documentés au cours des trois dernières décennies. Une étude récente de l'exposition opérationnelle aux pratiques de corruption en RDC mentionne « l'enracinement des systèmes de prédation qui opèrent dans tous les secteurs de la RDC, y compris l'aide humanitaire » (Henze et al., 2020: 1). L'étude met précisément en évidence les pressions de la corruption « exercées par les autorités locales, les groupes armés, les membres de la communauté hôte et/ou le personnel des organisations humanitaires » (ibid. : 2). Dans le cas de l'aide humanitaire, cette étude « constate une corrélation claire entre les risques de corruption et le temps nécessaire pour fournir l'aide humanitaire » (ibid. : 3).

L'accent mis sur la fourniture rapide de l'aide, sans surprise, a rendu difficiles l'exercice de la diligence raisonnable nécessaire et la mise en place de mécanismes antifraude efficaces (ibid.). Alors que la réponse à la maladie à

virus Ebola était principalement gérée par des acteurs de la santé publique, tels que l'OMS et le Ministère de la santé, plutôt que par des acteurs humanitaires, les conséquences des dépenses sur des « marchés captifs » dans lesquels la négociation des prix [était] pratiquement absente avec l'excuse de la nécessité d'une opérationnalité rapide aurait dû être prévisible : il y avait des « tensions importantes quant à savoir qui pouvait bénéficier des ressources... [et] le développement d'économies illicites » (ibid. : 12). La correction ou le contrôle des effets corrosifs des décisions de dépenses prises sans diligence raisonnable et sans mécanismes de contrôle efficaces est un autre thème qui a dominé la gestion de la réponse au fur et à mesure de la progression de l'épidémie (voir également les sections 4.3 et 4.4).

3.2 Le Système des Nations Unies

La principale force du système des Nations Unies lors de cette dixième épidémie a été sa capacité à rassembler de nombreux types d'acteurs - en particulier humanitaires et de consolidation de la paix - qui avaient une connaissance contextuelle du Grand-Nord et une expérience de la gestion des opérations dans des situations d'urgence complexes. Le système des Nations Unies dans son ensemble, cependant, a été lent (et réticent, comme indiqué ci-dessus) à engager ses forces collectives en faveur de la réponse dirigée par le Ministère de la Santé et l'OMS. La déférence de l'ONU envers le leadership de l'OMS dans la réponse internationale - comme le montrent les actions de l'équipe de pays des Nations Unies et de la MONUSCO au début de l'épidémie - est rapidement devenue intenable, d'autant plus que la situation sécuritaire se détériorait gravement, que les échecs concernant l'engagement communautaire étaient évidents et que les effets corrosifs de « l'économie Ebola » se sont accrus. Malgré cela, le Représentant spécial du secrétaire général de l'ONU en RDC et le Coordonnateur résident ne semblaient pas travailler activement pour introduire un modèle de réponse davantage intégré. De même, OCHA, le coordinateur pour les secours d'urgence et le Secrétaire général des Nations Unies n'ont pas contesté activement la primauté de l'OMS dans la réponse internationale à un stade suffisamment

précoce. Cette hésitation à plaider avec force plus tôt pour une approche élargie à l'échelle des Nations Unies a retardé la mise en œuvre d'une réponse intégrée.

Selon les personnes interrogées, le personnel des agences des Nations Unies et des ONG internationales a exhorté l'OMS à adopter - et à encourager le gouvernement à adopter - une approche plus holistique et sensible aux conflits, plutôt qu'une approche spécifique à Ebola. Ils ont pu progressivement y contribuer avec la mise en place de l'EERT et l'activation de la mise à l'échelle de l'IASC (Comité permanent inter-organisations), ce qui a marqué un effort concerté pour aller dans cette direction. Pour le personnel de réponse international, en particulier le personnel des ONG internationales, la nomination de Gressly a inauguré une période de plus grande inclusion dans laquelle ils ont été accueillis lors des réunions de coordination et leurs points de vue ainsi que leur expertise ont été appréciés. L'élaboration du SRP4 et son accent accru sur une approche multisectorielle ont ouvert un espace pour un plus large éventail d'acteurs (voir encadré 3) et débloquent des canaux de financement qui étaient auparavant plus concentrés sur les principaux acteurs de la réponse de santé publique. Des experts d'ONG à vocation médicale ont signalé un passage à une approche plus collaborative, créative et flexible pour lutter contre l'épidémie. Les ONG autochtones, les organisations communautaires ainsi que les dirigeants locaux et les responsables de la santé ont noté que le SRP4 leur avait permis de participer à la réponse de manière plus significative, alors qu'ils avaient été largement exclus avant la mi-2019. Une grande partie de ce changement a également été attribuée par les personnes interrogées, et en particulier par les autochtones, au style de leadership et à l'expertise du professeur Muyembe et de son nouveau gestionnaire des incidents du côté gouvernemental, ainsi qu'à un engagement renouvelé avec OCHA et l'UNICEF. D'autres changements survenus avec la mise en place de l'EERT - comme une plus grande concentration sur la communauté, un passage partiel à une approche de « sécurité par acceptation » plutôt qu'une approche de « sécurité par protection » et les tentatives de réduire les paiements gonflés

et d'introduire plus de transparence financière - ont pris du temps à être mis en œuvre. On aborde en détail ces changements au chapitre 4.

3.2.1 Le leadership et les agences de l'ONU dans les pays sont à la traîne dans la crise

La participation précoce des dirigeants des Nations Unies dans le pays a été influencée, comme mentionné précédemment, par des capacités limitées et les besoins exigeants d'autres crises dans le pays. Dans la pratique, cela signifiait que l'équipe de pays humanitaire était soulagée de laisser l'OMS prendre les devants pour soutenir le gouvernement dans les premiers mois de la crise de la maladie à virus Ebola, dans l'espoir qu'elle se terminerait rapidement. Cela dit, au cours des premières semaines de la réponse, les services de santé ont collaboré et fourni un soutien efficace au binôme gouvernement/OMS. Le Coordonnateur adjoint a été désigné pour piloter l'appui conjoint des Nations Unies et des services de santé à la réponse à Beni, où les premières structures de coordination nationales ont été établies. Selon les premiers intervenants, une coordination étroite et collégiale dirigée par le Coordonnateur adjoint, en collaboration avec l'OMS et les gestionnaires des incidents du gouvernement, a été en mesure de gérer la hiérarchisation des interventions quotidiennes, de faciliter la communication entre le gouvernement et les acteurs internationaux et d'élaborer une stratégie sur la gestion de la sécurité.

Ce soutien de l'ONU n'a cependant pas été systématiquement renforcé car l'épidémie s'est étendue à de nombreuses zones de santé. Les bureaux d'OCHA dans la région touchée, par exemple, n'ont pas été renforcés pour fournir une assistance à la coordination de la réponse à Ebola, alors même que les structures de coordination Ebola gouvernement/OMS se sont multipliées dans différentes zones de santé. L'appui de l'ONU à la sécurité est resté irrégulier, réparti entre les agents de sécurité déployés par diverses agences et le Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies (UNDSS). Selon l'OMS et d'autres membres du personnel interrogés, le système des Nations Unies n'a absolument pas réussi à établir une stratégie de sécurité globale pour la réponse. L'UNICEF, qui pilotait le volet RCCE (Communication des risques et engagement communautaire), essentiel pour impliquer les

personnes touchées, n'a pas été en mesure de recruter suffisamment de personnel avant la mi-2019, soit près d'un an après le début de l'intervention. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), qui pilotait le mécanisme PEAS (protection contre les actes d'exploitation et d'abus sexuels) à l'échelle du pays, n'a pas été en mesure de reproduire ce travail de manière convaincante dans le cadre de la réponse. Des rapports récents ont mis en évidence l'ampleur des abus dans la réponse à la 10e épidémie de MVE et l'inefficacité de tous les efforts en matière de PEAS (Flummerfelt et Peyton, 2020 ; voir section 4.4).

Un coup dur pour une coordination précoce efficace, selon l'OMS et d'autres membres du personnel des agences des Nations Unies impliqués, a été la décision du gouvernement en février 2019 de déplacer la structure de coordination nationale à Goma. Selon ces personnes interrogées, ce déménagement a défilé une structure de coordination fonctionnelle, bien que de plus en plus surchargée, qui était proche des zones touchées, et l'a transportée dans un cadre éloigné (un trajet supplémentaire en avion serait nécessaire pour atteindre toutes les zones touchées), peu fonctionnel (Goma a servi pendant des décennies de point de départ pour des dizaines d'agences internationales travaillant dans l'est de la RDC sur des programmes non Ebola) et politiquement tendu (ajoutant ainsi une couche supplémentaire de bureaucrates gouvernementaux entre les zones de santé touchées et les décideurs à Kinshasa). L'une des motivations de cette décision était la pression des bailleurs de fond dont les politiques de sécurité ne permettaient pas à leur personnel d'accéder régulièrement ou facilement à Beni, Butembo et aux autres régions du Grand-Nord les plus touchées par l'épidémie (les États-Unis en particulier, bien que le personnel britannique ait également des restrictions de déplacements). D'autres membres du personnel d'intervention ont toutefois fait valoir que le déménagement à Goma était également motivé par d'autres considérations : il permettait aux équipes sur le terrain d'opérer plus librement de toute ingérence politique ; il a permis de faire intervenir un univers plus large d'acteurs humanitaires dans la réponse ; et il a attiré l'attention nécessaire sur la préparation à Ebola au sein même de la ville de Goma.

3.2.2 Le double leadership EERT a créé de la confusion et diffusé la responsabilité

Selon les personnes interrogées par le personnel des agences, des ONG et des bailleurs de fond, le modèle de leadership conjoint de l'EERT a apporté une extension bienvenue à la réponse à Ebola (sous la forme d'acteurs et d'interventions complémentaires additionnels) mais il a renforcé les structures de coordination cloisonnées et parallèles. Pour la plupart du personnel sur le terrain, le rôle et les responsabilités de l'EERC n'étaient pas clairs, et les retards dans la dotation en personnel du bureau ont contribué à ce manque de clarté. Plutôt qu'une seule structure cohésive de direction et de coordination, le Secrétaire général des Nations Unies, sur les conseils de l'ERC (Coordinateur pour les secours d'urgence) et du Directeur général de l'OMS, a opté pour une structure (l'EERT) qui a généré deux organes de décision et de coordination distincts. À Goma, selon les personnes interrogées, cela s'est traduit par une situation comique où la coordination dirigée par le gouvernement et l'OMS s'est réunie dans un seul lieu (réunion pilotée par le gouvernement, avec des réunions en français) tandis qu'une structure de coordination parallèle à laquelle ont participé des acteurs internationaux avec des réunions en anglais s'est tenue dans un deuxième lieu. Cette scission a également eu des implications pour l'efficacité opérationnelle, par exemple en retardant le déploiement d'équipes de réponse rapide plus intégrées, ce qui obligeait le gouvernement à rechercher le soutien de deux entités distinctes des Nations Unies : l'OMS (avec laquelle il avait des procédures en cours sur les interventions axées sur la santé) et l'EERO (sur qui il fallait s'appuyer pour certaines des interventions complémentaires de la réponse).

Les leçons tirées de l'Afrique de l'Ouest ont appelé à la création d'une structure de gouvernance « unique et unifiée » dirigée par « un leader fort... [avec] un sens finement affûté de la manière de se coordonner avec de nombreux autres partenaires et acteurs » (OMS, 2015: 16). Au lieu de cela, le processus de recherche d'un accord entre l'équipe de l'OMS et l'EERT (les deux entités des Nations

Unies) sur la manière dont le pilotage et la coordination internationaux fonctionneraient à l'appui du SRP4 était, comme l'a décrit un haut fonctionnaire des Nations Unies, déployé pour aider au lancement de l'EERT, un peu comme « négocier un traité de paix... nous avons 17 versions (du projet) et chaque mot était pesé et débattu ».

La nomination de doubles coordonnateurs pour la réponse a peut-être reflété un compromis nécessaire au sein de l'ONU - où le Secrétaire général a une autorité limitée sur les fonds et programmes des Nations Unies et en particulier sur les institutions spécialisées, telles que l'OMS. Cependant, ce modèle de pilotage tel qu'il a été vécu en RDC a été largement critiqué par le personnel d'intervention des agences, les bailleurs de fonds et les responsables gouvernementaux qui recherchaient un leader unique et faisant autorité capable d'agir unilatéralement et de manière décisive sur tout le spectre de la réponse. Un haut responsable de l'intervention du gouvernement a déploré cette expérience, notant que « l'ONU se déchirait devant nous ».

L'ONU, avec ses composantes semi-autonomes, rencontre souvent de réels défis dans des contextes complexes pour mettre en place une structure hiérarchique de type gestionnaire d'incidents, avec une seule personne responsable de la réponse globale de l'ONU. Au lieu de cela, elle doit s'appuyer sur le consensus et la collaboration. Cela rend difficile de comprendre où repose la responsabilité globale dans le système des Nations Unies. Dans cette épidémie, l'OMS avait la responsabilité de ramener les infections à Ebola à zéro, mais il y avait une responsabilité collective et diffuse au sein du système des Nations Unies pour presque tous les autres aspects de l'opération, des retards dans l'intensification des interventions d'engagement communautaire significatives, en passant par la garantie « ne pas nuire » et les principes humanitaires, la mise en œuvre de bonnes pratiques de sécurité et de mesures financières, ou encore les impacts éventuels de ces lacunes sur les communautés affectées (voir chapitre 4).¹⁰

3.2.3 La mise à l'échelle du Comité permanent inter-organisations a été déclenchée tardivement avec des protocoles modifiés

Bien que conçue pour apporter de la prévisibilité et de l'ordre à la mobilisation au niveau du système, la mise à l'échelle, dans son premier test, a montré les limites de l'application de procédures opérationnelles standard dans une crise politiquement complexe et en évolution rapide. L'ERC a activé la mise à l'échelle plusieurs mois après qu'il est devenu évident qu'une réponse plus intégrée pour contenir le virus était nécessaire et seulement après la nomination d'un coordonnateur dédié. Les cadres de l'agence locale du Comité permanent inter-organisations interrogés, ainsi que les audits de la réponse, ont souligné que l'absence de déclencheurs contextuels dans le protocole - formels ou informels - pour envisager son activation a contribué à un retard collectif dans la réévaluation des structures de pilotage et de coordination (IOAC, 2019a ; IASC, 2020). Celles-ci peuvent être basées sur le contexte (urbain versus rural ou densité de population), les besoins humanitaires permanents et les priorités des personnes à risque ou sur le nombre réel d'infections ou de décès. Mais un protocole de mise à l'échelle efficace et adaptable doit s'appuyer non seulement sur des déclencheurs ou des algorithmes, mais aussi sur des cultures organisationnelles qui valorisent les partenariats, et sur des individus dotés de compétences en leadership qui construisent un consensus. Cela n'était pas toujours évident dans cette réponse. En effet, l'intervention des bailleurs de fonds, plutôt qu'une réflexion structurée de la part de l'ONU ou du Comité permanent inter-organisations, semble avoir motivé la décision de mise à l'échelle.

La mise à l'échelle n'a pas non plus été mise en œuvre d'une autre manière conformément à ses dispositions (voir Encadré ; Comité permanent inter-organisations, 2019). Les clusters humanitaires à l'appui de la réponse, coordonnés par OCHA, n'ont jamais été activés. La disposition du protocole selon laquelle l'OMS joue un rôle de soutien - par l'intermédiaire du Coordonnateur adjoint et du rôle de gestionnaire d'incident

10 Cette responsabilisation diffuse est illustrée par le contraste entre les indicateurs de performance et de résultats des principales interventions de santé publique visant à ramener les infections à Ebola à zéro (développées et surveillées par l'OMS) et l'absence de rapports sur les indicateurs de performance des piliers 2 et 3 de l'EERT (IASC, 2020).

intervenant en appui - a également été modifiée. Au lieu de cela, une structure de coordination distincte a été bâtie autour de l'EERO, avec M. Gressly en tant qu'EERC nommé pour co-piloter avec Socé Fall de l'OMS. En effet, malgré ce que le protocole d'activation implique, la haute direction de l'ONU (le Coordonnateur des secours d'urgence ou même le Secrétaire général) a une autorité limitée pour imposer une structure de pilotage/ responsabilité renforcée sur une réponse (en particulier lorsqu'une agence spécialisée des Nations Unies hésite à céder le contrôle ou l'autorité) et doit donc rechercher un modèle consensuel (même si l'OMS avait précédemment approuvé le protocole sur le papier). En outre, la mise à l'échelle par le Comité permanent inter-organisations lui-même ne s'applique pas à d'autres acteurs importants dans la réponse à une crise, notamment, dans le cas de la dixième épidémie d'Ebola en RDC, le gouvernement, la MONUSCO et la Banque mondiale. La mise à l'échelle qui en a résulté, avec son double pilotage (et ses négociations torturées sur le terrain à propos des rôles et responsabilités respectifs), reflétait ces réalités en RDC.

Enfin, le protocole prescrit également un audit opérationnel par les pairs à entreprendre dans les trois à six mois suivant la mise à l'échelle et une évaluation humanitaire inter-institution dans les neuf à 12 mois (Comité permanent inter-organisations, 2019). Aucune de ces actions n'a été réalisée comme préconisé, et deux occasions structurées de réflexion et de rectification du tir pendant que la réponse était encore en cours ont été manquées. Un audit opérationnel par les pairs a finalement été entrepris huit mois après la mise à l'échelle, en janvier 2020, trop tard pour que les ajustements aient un impact, car l'épidémie était déjà sous contrôle. En outre, une proposition de l'EERO pour une évaluation en temps réel à la mi-2019 - avec un financement obtenu de la Banque mondiale - n'a jamais été approuvée par les responsables de la réponse.

3.3 La Banque mondiale et les bailleurs de fonds bilatéraux

3.3.1 Le financement « sans regret » de la Banque mondiale présente des avantages et des inconvénients

Le rôle de la Banque mondiale était à la fois démesuré et déroutant aux yeux des agences en charge de la mise en œuvre et des bailleurs de fonds bilatéraux. Étant donné que la Banque n'a pas toujours été un acteur majeur dans de nombreux contextes humanitaires, cela a encore compliqué leurs méthodes de travail. Pour certains humanitaires interrogés, il était difficile de savoir si la Banque essayait d'apprendre et de s'adapter au fonctionnement en situation de crise ou si elle continuait simplement ses opérations et modes opératoires traditionnels dans les pays.

En tant que bailleur de fonds principal de la réponse (voir section 4.3), la Banque a travaillé en étroite collaboration avec d'autres bailleurs de fonds pour diffuser des messages communs, partager des informations et veiller à ce que les lacunes en matière de ressources soient identifiées et comblées. Dans le même temps, l'argent de la Banque mondiale finançait - par le biais de ses opérations de prêt et de don avec le ministère de la Santé (et via le ministère de la Santé à l'OMS, à l'UNICEF et à d'autres agences) - des pratiques et des politiques dans la réponse, telles que les échelles salariales du gouvernement pour les prestataires de services que les partenaires bailleurs de fonds de la Banque (et certains membres du personnel de la Banque) jugeaient inutiles, corrompus et contribuant à la détérioration de la situation sécuritaire et à la prolongation de l'épidémie (voir sections 4.3 et 4.4). Il convient toutefois de noter que les barèmes de rémunération du personnel de santé étaient fixés par le gouvernement et utilisés par l'ensemble des partenaires, et pas seulement par la Banque mondiale. Les dépenses globales des bailleurs de fonds et autres organisations impliquées dans la riposte - et par là, pas seulement celles (dépenses) financées par la Banque mondiale ou celles spécifiquement allouées aux salaires locaux - ont contribué à une perception répandue de gaspillage et de corruption. Selon la Banque mondiale, 60 % du

budget de la riposte à Ebola a été consacré au paiement des salaires internationaux.

Malgré les inquiétudes de certains bailleurs de fonds bilatéraux concernant la corruption et les capacités du gouvernement, ainsi que leur propre réticence à faire transiter les ressources par le gouvernement, ces mêmes bailleurs étaient également favorables à ce que la Banque Mondiale utilise ses fonds multilatéraux - qui par définition transitent donc par le gouvernement - pour la réponse globale.¹¹

Selon des responsables de la Banque, des bailleurs de fonds et d'autres agences d'intervention, la Banque a eu des contacts directs et fréquents avec le Ministre de la Santé et d'autres responsables du Ministère de la Santé pilotant la réponse du gouvernement et a joué un rôle informel dans le transfert d'informations et de préoccupations entre les partenaires internationaux et le gouvernement. Selon les responsables de la Banque, l'un de ces rôles consistait à aider le Ministère de la Santé à identifier et à corriger la mauvaise gestion administrative et financière des agences des Nations Unies bénéficiaires des ressources de la Banque. Au printemps 2019, la Banque s'est jointe à d'autres bailleurs de fonds pour appeler à une refonte/réinitialisation majeure du pilotage de la réponse, ce qui a conduit à la nomination de l'EERC ; une refonte à laquelle ont résisté à la fois son principal homologue gouvernemental (Ministère de la Santé) et certains collaborateurs de la Banque impliqués dans l'opération qui l'ont considérée comme contre-productive à la *raison d'être* de l'institution qui était de soutenir et de renforcer les réponses menées par le gouvernement. Dans le cadre du SRP4, le financement de la Banque s'est étendu à d'autres partenaires de mise en œuvre, tels que le personnel de l' EERO - alors même qu'elle était également chargée au titre du SRP4 de fournir une gestion financière impartiale et transparente

de la réponse globale. Enfin, la Banque finançait également des activités de mise en œuvre complémentaires, telles que des travaux de réhabilitation prioritaires dans les communautés touchées par Ebola, à travers son projet d'appui au FSRDC (Fonds Social de la République Démocratique du Congo).

Ces différents rôles de la Banque mondiale n'étaient pas bien compris par les agences internationales partenaires et les autres bailleurs de fonds. Les acteurs humanitaires, en particulier, ont été troublés par l'absence de neutralité de la Banque acheminant les ressources par le biais du gouvernement dans un contexte de conflit (une modalité néanmoins pleinement conforme à son mandat et à ses réglementations). La Banque mondiale fournissant la quasi-totalité des ressources du Ministère de la Santé pour l'opération, certains bailleurs de fonds humanitaires ont estimé qu'ils n'avaient guère d'influence pour coordonner les messages et faire pression pour des approches cohérentes avec les valeurs humanitaires, car le gouvernement ne dépendait pas d'eux pour un soutien financier. Les hauts fonctionnaires internationaux interrogés dans le cadre de cette étude ont exprimé des inquiétudes quant à ce qu'ils percevaient comme de la complaisance ou de la naïveté de la Banque à opérer dans un cadre bien connu pour la corruption. Un haut fonctionnaire, reconnaissant la pression exercée par la Banque pour qu'il mette ses liquidités à disposition pour la réponse internationale « sans regret », a également fait remarquer que la Banque accordait trop de confiance au Ministère de la Santé et a suggéré qu'un projet typique de la Banque avec des soupçons similaires concernant les dépenses et la transparence aurait été immédiatement suspendu. Plusieurs autres collaborateurs ont indiqué qu'au moins certaines responsabilités de pilotage et de coordination - ainsi que de responsabilisation - dans une

11 Il y a une certaine dissonance à décrire la Banque mondiale comme un donateur indépendant qui est distinct des principaux donateurs bilatéraux qui jouent un rôle important dans le financement et l'élaboration des politiques et des actions de la Banque. Dans la pratique, cependant, comme dans la réponse MVE 10, la Banque peut à la fois être capitalisée à l'échelle mondiale par les donateurs qui, au niveau national et opérationnel en RDC – en particulier parmi leur personnel humanitaire – se demandent si le mandat de la Banque de travailler par l'intermédiaire du gouvernement était approprié dans un contexte d'urgence complexe. Les donateurs qui ont refusé de canaliser leurs ressources bilatérales vers la réponse par l'intermédiaire du gouvernement, en raison de problèmes de corruption et de capacités ou en raison de risques pour les principes humanitaires, semblaient en grande partie fermer les yeux sur le fait que leurs contributions multilatérales à la Banque étaient utilisées exactement de cette manière.

intervention d'urgence (ou une intervention de santé publique dans un contexte de conflit) incombent naturellement à ceux qui détiennent les cordons de la bourse, en particulier si une institution multilatérale occupe ce poste. Pour ces fonctionnaires, la Banque mondiale aurait pu jouer un rôle de pilotage plus important avec davantage de transparence, par opposition à son rôle de facilitateur en coulisses. Le personnel de la Banque, pour sa part, fait valoir qu'une position de pilotage, de coordination ou de rassemblement est intrinsèquement un rôle politique et serait incompatible avec l'interdiction de l'ingérence politique établie dans les statuts de la Banque.

3.3.2 Les bailleurs de fonds bilatéraux ont travaillé efficacement pour remodeler la réponse

Dès le début de l'opération, les principaux bailleurs de fonds ont joué un rôle coordonné en remettant en question l'efficacité des structures de direction de la réponse et en émettant à rythme constant un flot de remarques empreintes de scepticisme quant à la stratégie de réponse mise en œuvre. Cela a été facilité par le déploiement de représentants des bailleurs de fonds sur le terrain (généralement une bonne pratique citée par un certain nombre de personnes interrogées) et, au final, une coordination ainsi qu'un partage d'informations

solides entre les principaux bailleurs de fonds (notamment les États-Unis, le Royaume-Uni, la Commission européenne et la Banque mondiale). Dès le début de la réponse, les bailleurs de fonds ont été représentés dans les structures de coordination, d'abord à Beni puis à Goma.

Du point de vue des opérationnels sur le terrain, cependant, le rôle des bailleurs de fonds et leur compréhension des nuances de l'opération étaient mitigés. Les bailleurs de fonds dont les collaborateurs ont été déployés à proximité des opérations sur le terrain ou détachés au sein de la réponse portée par le gouvernement (par exemple, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM)) ou pendant de plus longues périodes (par exemple la Commission européenne) ont été davantage appréciés, car ils étaient considérés comme favorisant un dialogue constructif au sein des structures de coordination. Le turnover rapide du personnel de certains bailleurs de fonds (par exemple les États-Unis), parfois basé sur des déploiements de six semaines, et leur affectation à Goma loin des zones opérationnelles (par exemple le Royaume-Uni) ont été considérés comme moins propices à l'établissement de relations utiles avec le pilotage du gouvernement et les mécanismes de coordination, en particulier lorsque les personnes déployées ne parlaient pas français.

4 Principaux défis d'une réponse à Ebola dans un contexte de conflit complexe

Les mécanismes de pilotage et de coordination ont eu un impact profondément négatif sur les résultats liés à l'engagement et à l'acceptation de la communauté, aux approches de sécurité et à une saine gestion financière. Bien que certaines leçons aient été tirées des épidémies précédentes, le défi présenté par le contexte de la dixième épidémie de MVE a exacerbé de nombreux problèmes qui étaient présents dans les réponses précédentes. Il n'est pas facile non plus de démêler les impacts des stratégies poursuivies autour de l'engagement communautaire, de la sécurité et des ressources financières. La situation en matière de sécurité nécessitait le recours à des forces de protection dans certains cas, mais celles-ci étaient employées de manière excessive, aux yeux des communautés, y compris dans les zones à faible risque. Cela était en contradiction avec les préférences des communautés, ce qui a provoqué peur et appréhension et contribué à la résistance de la communauté à la réponse. Les paiements élevés aux forces de protection et aux prestataires de services (y compris des membres de la communauté) ont façonné une économie d'Ebola qui a créé des incitations perverses pour maintenir l'insécurité de la région et prolonger l'épidémie par d'autres moyens. Alors que bon nombre des décisions concernant l'engagement communautaire, la sécurité et la gestion financière ont été prises en pensant que l'épidémie pourrait être vaincue rapidement, les premières décisions ont donné le ton tout au long de la réponse. De nombreuses corrections entreprises de novembre 2018 à la fin de la réponse visaient à réparer les dommages de ces trois premiers mois.

4.1 Résistance de la communauté, engagement et acceptation

La résistance de la communauté - souvent exprimée soit par un refus délibéré de suivre les consignes médicales, soit par un rejet actif et des actes de violence envers la réponse - avait plusieurs causes profondes. De nombreuses personnes interrogées - y compris certains membres du personnel de l'OMS et du gouvernement - attribuent les échecs d'acceptation par la communauté aux décisions prises dès le début par les structures de pilotage et de coordination de la réponse, telles que le manque de ressources suffisantes pour le volet communication des risques et engagement communautaire de la réponse, tout en sous-estimant l'économie politique des zones touchées. Bien que ces conclusions aient une certaine validité, les causes de la résistance persistante à la réponse étaient compliquées. Même un effort idéal pour promouvoir l'acceptation par la communauté aurait probablement rencontré une opposition importante dans le contexte du Grand-Nord. La région n'avait jamais expérimenté Ebola auparavant, et beaucoup soupçonnaient que l'épidémie était propagée à dessein en tant qu'attaque génocidaire contre les Nande. D'autres pensaient que l'épidémie avait été fabriquée dans le but de priver des millions de personnes de leurs droits aux élections nationales, prévues en décembre 2018. Ces rumeurs ont été alimentées par des hommes politiques et d'autres qui ont exploité l'épidémie à des fins

politiques ou financières (SSHA, 2019b). La prévalence d'acteurs armés et les antécédents de violence signifiaient que la désinformation et la manipulation pouvaient rapidement devenir des menaces et une véritable violence dirigée contre les équipes en charge de la réponse.

La gestion de la réponse a également provoqué une résistance de la communauté. La pression de la vitesse signifiait que prendre le temps d'engager les communautés et de garantir leur participation à la conception et à la mise en œuvre des activités de réponse était considéré comme un luxe qui ne pouvait être accordé. Les communautés ont résisté aux traitements médicaux et aux mesures préventives parce qu'elles ne comprenaient pas pourquoi elles-mêmes et leurs familles étaient emmenées dans des centres de traitement Ebola. Certains éléments de la réponse ont également été perçus comme irrespectueux. Par exemple, les centres de traitement Ebola fabriqués à partir de bâches en plastique donnaient aux gens le sentiment d'être des réfugiés plutôt que de faire partie d'une population permanente sédentarisée, et lorsque les équipes d'Ebola sont venues sans explication pour brûler les matelas de ceux qui avaient été infectés, la population s'est souvenue des attaques armées (voir aussi Oxfam, 2018a ; Comité consultatif de surveillance indépendant, 2019b).

Les communautés ont déploré la présence d'équipes d'intervention composées en grande partie de personnel de sécurité et d'étrangers (en provenance d'autres pays ou d'autres régions en RDC). Beaucoup ne comprenaient pas ou n'acceptaient pas leur mise à l'écart du système de santé local, y compris des personnes en qui ils avaient confiance pour leurs besoins médicaux (Groupe de recherche sur le Congo, 2020). Ils jalouaient également les salaires surdimensionnés que les travailleurs « étrangers » recevaient par rapport aux salaires habituels de la région (voir également la section 4.4). Cette monétisation manifeste de la réponse a donné lieu à une perception largement répandue selon laquelle le personnel du

Ministère de la Santé et les Congolais originaires d'autres régions que le Kivu en bénéficiaient grandement, contrairement à peu de locaux.

La résistance de la communauté découlait également de la perception des habitants de la menace relative constituée par Ebola. Du point de vue des communautés autochtones, Ebola constituait davantage une priorité pour les internationaux et le personnel d'intervention du Ministère de la Santé que pour eux. Un agent du Ministère de la Santé a noté que la réponse n'avait pas compris, et encore moins affronté, les problèmes prioritaires auxquels les communautés faisaient face - à savoir, arrêter la violence des acteurs armés et améliorer les services de base, tels que les routes, l'eau et les vaccinations de routine.

Dans ce contexte difficile, le pilotage international et les efforts de coordination autour de l'engagement communautaire étaient parfois bien intentionnés mais ont souvent échoué. L'importance de l'engagement communautaire a été l'un des principaux enseignements tirés de la réponse en Afrique de l'Ouest (DuBois et al., 2015) ; les dirigeants et les principales parties prenantes de la réponse à la dixième épidémie d'Ebola en étaient pleinement conscients (c'était l'un des neuf objectifs clés dans le SRP 1 (Ministère de la Santé, RDC, 2018a)). Bien que des anthropologues aient été employés pour atténuer les problèmes liés aux malentendus et à la réticence de la communauté (Comité consultatif de surveillance indépendant, 2019a), de nombreuses personnes interrogées ont noté que leurs conseils n'avaient pas été suivis et ont déclaré sans équivoque que l'engagement de la communauté n'avait pas été pris au sérieux pendant plusieurs mois. Le manque initial d'implication des agences humanitaires dans la réponse - y compris les ONG locales expérimentées¹² - a entraîné une compréhension moindre parmi les responsables de la réponse de la dynamique communautaire et moins de dialogue avec les voix qui auraient pu proposer des stratégies pour renforcer l'acceptation ou corriger les faux pas d'engagement communautaire. De nombreux acteurs autochtones ont décrit avoir

12 Certains membres du personnel international interrogés dans le cadre de l'étude ont insisté sur le fait qu'aucun acteur humanitaire actif dans les zones touchées aurait pu contribuer à l'acceptation communautaire de la réponse. Toutefois, nos entretiens avec les ONG Locales et le personnel local des ONG internationales ont révélé un réseau assez large d'acteurs humanitaires – dont beaucoup étaient au courant des caractéristiques internationales de coordination humanitaire, telles que le système de groupes et le BCAH.

Tableau 2: Estimation des engagements et décaissements des donateurs

Période d'engagement	Engagements	Décaissements
SRP1	43,8 millions de dollars	44,9 millions de dollars
SRP2	61,3 millions de dollars	61,4 millions de dollars
SRP3	147 millions de dollars	115 millions de dollars
SRP4	540 millions de dollars	506 millions de dollars
Total	792,1 millions de dollars	727,3 millions de dollars
Fonds hors SRP		Décaissements
Décaissements supplémentaires du gouvernement américain, non enregistrés dans les feuilles de suivi de la Banque		345,1 millions de dollars*
Total connu global		1 072,4 millions de dollars

* Cela comprend environ 87 millions de dollars au cours de la période du SRP1 et du SRP2, non déclarés par le gouvernement ; 192,4 millions de dollars pour la recherche et le développement de médicaments et de vaccins ; la réglementation des médicaments de 8 millions de dollars ; 21 millions de dollars d'essais randomisés sur les médicaments ; et 36,7 millions de dollars d'expertise technique. Remarque : données de financement des SRP issues des systèmes de suivi de la Banque mondiale mis en place dans le cadre du SRP4 ; informations complémentaires fournies par les donateurs. Ce tableau n'inclut pas les ressources/dépenses du mouvement de la Croix-Rouge, qui n'ont pas été enregistrées par les SRP ou par la Banque mondiale.

vu leurs actions gelées au cours des premiers mois et ont souligné qu'il s'agissait d'une occasion manquée qui a eu des répercussions pour l'année et demie qui a suivi. Cela a été réitéré dans un certain nombre d'exercices sur les enseignements tirés, y compris ceux qui visent à éviter les mêmes erreurs dans les réponses à la Covid-19. Une étude a relevé que « les structures communautaires locales existantes n'étaient pas incluses au début de la réponse à la MVE » et que « l'inclusion des chefs traditionnels, religieux et politiques a été retardée » - soulignant que les structures et les dirigeants autochtones représentaient la « pierre angulaire de toutes les activités d'engagement communautaire » (Mobula et al., 2020: 15).

Trois autres problèmes cruciaux ont été identifiés avec les premières stratégies d'engagement communautaire, selon les personnes interrogées et l'analyse publiée :

- Les documents de communication étaient linguistiquement et culturellement inappropriés pour la région, souvent rédigés en français ou en swahili standard au lieu du swahili congolais et d'autres langues locales et illustrés par des images de vêtements et de pratiques funéraires occidentaux (Hasan, 2019 ; Kemp, 2020).
- Les prestataires de santé et les dirigeants communautaires locaux ont été mis à l'écart au profit du personnel international et des médecins nationaux de Kinshasa qui n'avaient

jamais travaillé dans un contexte de conflit et ne parlaient pas les langues locales (Congo Research Group, 2020), aliénant ainsi la population autochtone. Cette structure parallèle et « étrangère » a également créé de la confusion selon les travailleurs des ONG locales qui ont déclaré que les communautés avaient du mal à s'adapter à un nouveau système médical avec du nouveau personnel.

- L'engagement communautaire était subordonné à une approche médicalisée descendante axée sur la communication des risques, à savoir, diriger les membres de la communauté de manière paternaliste afin de changer leur comportement et mettre l'accent sur les risques d'Ebola, plutôt que de se concentrer sur un dialogue bidirectionnel et une appropriation partagée du problème (Groupe de recherche sur le Congo, 2020 ; Dewulf et al., 2020).

Ce n'est qu'à la mi-2019 que les approches d'engagement communautaire ont changé de manière significative. En conséquence, les communautés ont commencé à accepter les risques d'Ebola, à assumer leur rôle dans la prévention et à mieux comprendre et accepter les structures de réponse externe. Plusieurs membres du personnel des Nations Unies et des ONG locales ont noté qu'une plus grande importance accordée à l'appropriation par la

communauté « n'a véritablement commencé qu'en juin 2019 » - en partie parce que l'UNICEF (qui pilotait le volet communication des risques et engagement communautaire) n'avait pas été en mesure de recruter et d'engager rapidement des travailleurs dotés des bonnes compétences. À cette époque, l'EERO a également mis en place un groupe de travail sur l'accès et l'acceptabilité pour auditer de façon régulière l'interaction entre l'engagement communautaire, la sécurité et les infections. Cela s'est reflété dans le SRP4, qui a poussé à impliquer et à renforcer les structures de santé locales et à s'engager davantage auprès des organisations autochtones, des chefs religieux et des ONG humanitaires dans le but d'introduire une approche plus holistique mettant l'accent sur la santé publique et le travail humanitaire ainsi qu'Ebola (Ministère de la santé, RDC, 2019b).

Il est probable que ce changement positif a commencé plus tôt avec le SRP3, qui a pris un tournant significatif vers une gestion et une communication décentralisées. Par exemple, 22 sites de sous-coordination sont devenus actifs dans les zones touchées, rapprochant la réponse des communautés et engageant de plus en plus les prestataires de santé et les dirigeants locaux. Plusieurs acteurs autochtones ont souligné des améliorations à partir du SRP3, suggérant qu'ils ont été plus rapides que les acteurs internationaux dans la mise en œuvre de stratégies d'engagement communautaire réussies.

Les stratégies d'engagement communautaire utilisées pendant le SRP3 comprenaient :

- *des cellules d'animations communautaires* (CAC) ;
- *des relais communautaires* (RECO) ;
- un mécanisme efficace de retour d'expérience communautaire de la FICR en temps réel soutenu par les CDC afin de suivre les perceptions, les priorités et les besoins ;
- les travaux de la Plateforme des sciences sociales pour l'action humanitaire sur les tendances, la désinformation et les éléments politiques ; et
- la mise en place de la *Cellule d'Analyse en Sciences Sociales* spécifique à la RDC sur les comportements, les perceptions et les tendances épidémiologiques (pour en savoir plus, voir Dewulf et al., 2020).

Il est important de noter que les informations et les priorités communautaires qui avaient été recueillies dès le début de la réponse ont commencé à être mises en œuvre dans le cadre du modèle de réponse décentralisée adopté en mars/avril 2019. Bien que la CASS ait été financée et soutenue à l'origine par l'UNICEF, de nombreuses personnes interrogées ont estimé que c'était l'une des meilleures choses à tirer de la réponse et un exemple de bonne pratique qui devrait être reproduit dans les réponses futures. Tous ces mécanismes ont continué à être utilisés dans la pandémie de Covid-19.

4.2 Approches de sécurité pour une réponse à Ebola dans un contexte de conflit

La 10^e épidémie d'Ebola en RDC était la première épidémie d'Ebola dans un contexte de conflit et, bien que des mesures de sécurité protectrices aient été nécessaires, il y avait une dépendance disproportionnée sur un grand nombre d'escortes armées rémunérées. Cette dépendance elle-même est devenue un moteur d'insécurité et a renforcé un cycle de conflit et de résistance, car chaque attaque qui a résisté aux équipes d'intervention ou menacé des escortes armées a validé davantage le besoin d'escortes armées (Fairbanks, 2020). Selon les travailleurs d'ONG locales, la présence de l'armée a amené les groupes armés à penser qu'ils étaient menacés et a laissé aux communautés l'impression que des objectifs militaires ou financiers suspects étaient poursuivis sous couvert de lutte contre la maladie. Il est clair, cependant, que les attaques et les incidents de sécurité ont leur origine non seulement dans la réponse à Ebola, mais aussi dans des problèmes sous-jacents endémiques à la région. En effet, Insecurity Insight (2020) a attribué les attaques contre les prestataires de soins de santé au manque de confiance de la communauté, à la corruption et au conflit prolongé, éléments tous antérieurs à l'épidémie d'Ebola. Cela dit, les stratégies de sécurité poursuivies par la réponse ont probablement enflammé et exacerbé des tensions existantes.

La stratégie de sécurité de la réponse - définie par le gouvernement et suivie par l'OMS et d'autres partenaires de la réponse - s'est fortement

appuyée sur des escortes armées fournies par les Forces armées de la RDC (FARDC) et la police nationale congolaise (PNC) - toutes bénéficiant de généreuses majorations de salaire payées par le budget de la réponse internationale.¹³ Les agences des Nations Unies ayant une longue expérience opérationnelle en RDC ont décrit l'utilisation de la PNC comme un « dernier recours »¹⁴ et ont noté que « l'ONU ne s'associe avec les FARDC pour aucune action ».

Dans la plupart des cas, la situation sécuritaire dans certaines régions du Grand-Nord touchées par l'épidémie correspondait au critère de « dernier recours » utilisé par les agences opérationnelles des Nations Unies en RDC. D'autres régions étaient moins risquées.¹⁵ Pourtant, dans l'ensemble, les dirigeants au début de la réponse (suivant la politique définie par le gouvernement) ont envoyé des forces de sécurité quelle que soit la situation - « presque une réponse unique en termes de sécurité ». Les forces de sécurité ont été utilisées comme mesure de protection générale, indépendamment du fait que la résistance se manifestait par les communautés ou directement par des groupes armés. Peu d'efforts ont été faits pour partager des informations sur la sécurité entre les agences ou pour établir et suivre des protocoles communs. Bien que cela ait pu être viable dans une réponse qui aurait duré un mois ou deux, il est rapidement devenu clair pour de nombreux répondants à quel point le modèle militarisé unique serait dommageable (voir aussi Lamoure et Juillard, 2020). Dès le début, un certain nombre d'acteurs de l'ONU, d'ONG internationales et d'autochtones qui avaient travaillé dans les régions touchées par Ebola ainsi que lors d'autres urgences sanitaires dans des contextes violents de la RDC ont exhorté les dirigeants à adopter une approche de sécurité

plus nuancée qui favoriserait l'engagement communautaire et « l'accès par acceptation » lorsque cela était possible. Mais ils n'ont guère gagné en popularité au cours de la première année de la réponse et les interventions ont été fortement militarisées.

Le manque de connaissances ou d'analyse contextuelle de la région au début de l'épidémie a considérablement nui à l'efficacité de la réponse, et de nombreux collaborateurs d'ONG locales interrogés ont affirmé que l'épidémie avait duré plus longtemps que prévu en raison de la situation sécuritaire. Les acteurs autochtones ont également désapprouvé l'approche du gouvernement parce qu'elle contredisait les principes humanitaires d'indépendance et de neutralité. Ces groupes armés n'étaient pas considérés comme neutres par les communautés, dans la mesure où ils avaient été associés à des infractions violentes dans le passé ; leur utilisation par les responsables de la réponse pour la sécurité a été considérée comme une acceptation implicite de leurs dérives antérieures (IOAC, 2019a ; Groupe de recherche sur le Congo, 2020). En revanche, d'autres acteurs locaux interrogés ont estimé que la présence de l'armée et de la police était nécessaire, mais pas idéale, pour empêcher que davantage d'équipes médicales ne soient enlevées ou tuées.

La MONUSCO, l'analyste de sécurité et prestataire le plus crédible de l'ONU en RDC, n'a pas été pleinement engagée sur les questions de sécurité jusqu'à la seconde moitié de la réponse, bien qu'elle ait tenté de partager des informations du Centre d'Analyse Conjointe de la Mission (JMAC) sur les groupes armés avec les intervenants sur le terrain par des canaux officiels et non officiels. Alors que la MONUSCO était considérée comme ayant participé activement au conflit et donc peu susceptible d'être la mieux

13 Les principaux donateurs à l'opération, y compris les États-Unis, le Royaume-Uni et la Banque mondiale, n'ont pas permis à leurs contributions de réponse de financer directement les acteurs de la sécurité nationale. L'OMS a couvert ces coûts – du moins à partir du SRP1-SRP3 – grâce à son financement de base (qui provient également en grande partie des contributions des États membres).

14 Le « dernier recours » fait référence au principe largement partagé entre les acteurs humanitaires d'éviter les escortes armées, sauf lorsque cela est absolument nécessaire ; au lieu de cela, les approches humanitaires appellent des stratégies de sécurité qui favorisent l'acceptation communautaire et évitent les perceptions de manque de neutralité ou d'impartialité, en particulier dans un contexte de conflit.

15 Pour un aperçu de la dynamique de l'insécurité dans la région au début de la riposte à Ebola, voir SSHA (2018).

placée pour fournir un soutien direct et une logistique dans la région (Oxfam, 2018b ; SSHA, 2019b), plusieurs personnes interrogées ont vu une opportunité manquée. Selon eux, les capacités de renseignement et d'analyse de la MONUSCO auraient pu être utilisées à leur avantage. L'UNDSS avait une présence inégale dans la région et n'a pas mis en place une structure ou une stratégie crédible de gestion de la sécurité, ce qui, selon plusieurs personnes interrogées, était en partie dû à l'incompatibilité des approches de l'ONU en matière de sécurité avec les politiques et les pratiques adoptées par le gouvernement et l'OMS.

La nomination de M. Gressly au poste de Coordonnateur pour la réponse d'urgence à l'épidémie d'Ebola à la mi-2019 a permis de mettre l'accent sur les styles de sécurité humanitaire dans certaines réponses. Fairbanks (2020 : 45) décrit la gestion des risques pour la sécurité humanitaire comme comprenant « une analyse stratégique des mesures visant à prévenir les incidents de sécurité en premier lieu... une approche d'acceptation de la sécurité est essentielle ». Bien que le JMAC reste une ressource sous-utilisée, l'EERO a travaillé avec la MONUSCO pour créer des cartes thermiques qui ont montré les différents risques de sécurité et les niveaux d'acceptation dans chaque zone sanitaire. Selon le personnel de l'EERO interrogé, les mesures de sécurité introduites sous M. Gressly ont contribué à réduire l'empreinte sécuritaire de la réponse en s'appuyant sur le pré-positionnement des forces et le déploiement ciblé et à court terme de forces rapides en cas de besoin. Pourtant, comme l'a constaté un donateur, « tant de dégâts ont été faits qu'ils ont toujours travaillé contre l'héritage laissé par les décisions initiales ».

L'impression que la nomination du EERC - dont le mandat comprenait l'introduction d'une stratégie de sécurité intégrée - n'a entraîné aucune amélioration pratique vers un environnement plus propice et plus sûr pour les activités d'intervention et a été une grande frustration pour les responsables de

l'intervention de l'OMS. Selon eux, aucun progrès n'a été réalisé par l'EERC sur cette question avant février 2020, soit neuf mois après la nomination de M. Gressly.

En pratique, indépendamment des mesures prises par l'EERO, le ministère de la santé et l'OMS ont largement maintenu la même approche de sécurité militarisée qu'ils avaient initiée au début de la réponse, qui se concentrait sur la gestion des risques quotidiens sans stratégie globale cohérente ni accent sur l'acceptation. Selon le personnel de l'OMS, la rapidité et la virulence de la maladie ne leur ont pas permis de se payer le luxe de mettre en pause les interventions (ou d'évacuer le personnel comme l'ont fait certaines ONG) lorsque des incidents de sécurité se sont produits. Ils ont également souligné que les attaques continues après la création de l'EERO étaient emblématiques de la raison pour laquelle leurs dispositifs de sécurité devaient être maintenus.¹⁶ Selon un document interne de l'OMS, plus de 600 000 dollars allaient chaque mois aux services de sécurité nationale jusqu'au début de 2019, versés par le biais de son budget de base.

4.3 Gestion financière de la réponse

Dans l'ensemble, on estime qu'entre 800 millions de dollars et 1,2 milliard de dollars ont été dépensés au cours des 22 mois de la 10^e épidémie d'Ebola (voir tableau 2). « Le fait que nous ne disposions pas d'un chiffre global sur le financement est révélateur de l'état de la gestion du financement », a déclaré un donateur. Un autre a confirmé : « personne ne sait vraiment ce qui a été dépensé [pour la réponse] avant le SRP4 ». Outre les États-Unis, qui estiment avoir dépensé près de 600 millions de dollars pour la réponse (y compris pour la recherche sur le virus Ebola et les vaccins directement liés à cette épidémie),¹⁷ d'autres donateurs importants,

16 Insecurity Insight (2020) note que, bien que le plus grand nombre d'attaques contre des travailleurs de la santé ait eu lieu entre février et mai 2019, le nombre est resté élevé jusqu'en novembre 2019.

17 Voir www.hhs.gov/about/news/2020/06/25/hhs-secretary-azar-statement-end-eastern-drc-ebola-outbreak.html.

dont la Banque mondiale (jusqu'à 300 millions de dollars),¹⁸ le ministère britannique du développement international (DFID) (estimé à 81,5 millions de dollars),¹⁹ l'Union européenne (UE) (estimé à 120 millions de dollars)²⁰ et l'Allemagne (estimé à 20,5 millions de dollars).²¹

Selon les normes des interventions d'aide humanitaire les plus urgentes, la réponse de la MVE 10 a été extrêmement bien financée - et pour la plupart en temps voulu. Les SRP1 et le SRP2 ont été entièrement financés. Le budget du SRP3 a subi une certaine pression car les donateurs ont conservé des ressources pour pousser à des changements dans la direction et la coordination, mais il a quand même été financé à près de 80 % des besoins. De même, le SRP4 a été presque entièrement financé (94 % des besoins satisfaits), le manque de ressources affectant principalement la phase d'abandon/transition. Ce bilan positif en matière de financement s'appuie sur une politique « sans regret » des donateurs, instaurée en partie à la suite de l'épidémie de virus Ebola en Afrique de l'Ouest (IOAC, 2019a). Elle a permis au gouvernement et à l'OMS d'agir rapidement avec une augmentation importante de personnel et d'équipement, en lançant une réponse substantielle dans les jours suivant les premiers cas confirmés.

Pour de nombreuses personnes interrogées, cependant, il y avait « trop d'argent » dans la réponse. L'approche « sans regret » était peut-être appropriée au cours des premières semaines, mais elle aurait dû être rapidement réexaminée lorsqu'il est apparu clairement que l'épidémie prenait de l'ampleur et persisterait au-delà de trois mois. La direction de la réponse au début (c'est-à-dire l'OMS en soutien au gouvernement) n'avait pas établi un système clair et transparent de gestion des fonds et de responsabilité pour

la réponse, ce qui a contribué à une perception de gaspillage et de manque de responsabilité. Plusieurs répondants ont décrit le financement de la réponse comme une « catastrophe » - un système lent et lourd avec trop d'argent, aucune responsabilité et aucune image complète ou transparente de l'argent dépensé, des personnes à qui il a été donné ou de la manière dont il a été utilisé. Bien que la Banque mondiale n'ait pas été en soi le bailleur de fonds le plus important de la réponse globale, son financement a été le plus élevé pour le ministère de la Santé ; un financement qui a été décrit par des acteurs expérimentés de l'aide sur le terrain comme exagérément élevé. Et ce, malgré les efforts réels de la Banque mondiale pour mettre en place des contrôles fiduciaires importants.

À titre d'exemple, la Banque mondiale a mis en place des mesures spécifiques au cours de la réponse pour essayer de s'adapter au contexte d'urgence et de remédier aux faiblesses dès qu'elles sont apparues. Elle a renforcé la capacité de son système de gestion des dépenses publiques à passer des contrats avec les agences des Nations Unies, à superviser la mise en œuvre et à faire respecter les procédures convenues concernant les dépenses éligibles spécifiques. Elle a développé des outils et des modèles pour collecter, examiner et agir sur les données clés des agences de mise en œuvre et des partenaires afin de corriger les problèmes de la réponse. La Banque a également travaillé avec le gouvernement et ses partenaires au fur et à mesure de l'avancement de la réponse pour tenter d'assurer une plus grande harmonisation des barèmes de rémunération au risque (y compris des efforts pour réduire ces primes pendant le SRP4 et des suspensions temporaires de paiements à certains partenaires), de rationaliser le nombre de personnel déployé et de veiller à ce qu'il y ait

18 Voir www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/fact-sheet-world-bank-support-to-10th-ebola-outbreak-in-democratic-republic-of-congo.

19 Voir <https://devtracker.fcdo.gov.uk/projects/GB-GOV-1-300832>.

20 L'estimation de l'UE n'inclut pas l'expertise technique en nature (par exemple, le personnel de l'ECDC et d'ECHO), le soutien logistique en nature par l'intermédiaire du Service de vol humanitaire de l'UE ou 275 millions de dollars de dépenses pour la recherche et les vaccins contre Ebola depuis 2014. Voir : https://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/thematic/wa_ebola_en.pdf.

21 Pour l'Allemagne, l'estimation n'inclut pas les contributions au cours de la période au Fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence, au Fonds central d'urgence des Nations Unies ou au CICR. La proportion de ces contributions qui ont été dirigées vers la réponse à la maladie à virus Ebola 10 est inconnue.

une base de données intégrée pour partager les informations et les données.

Bien qu'elle ait pris des mesures correctives concrètes, la Banque a exercé une surveillance ou un contrôle moins qu'idéal sur les pratiques de dépenses importantes (c'est-à-dire les niveaux de personnel, les salaires et les indemnités journalières, la passation des marchés) de ses institutions partenaires, notamment l'OMS et le ministère de la santé. Cela a été confirmé par les entretiens avec plusieurs informateurs clés qui ont indiqué que les salaires et les indemnités de risque pour le personnel d'intervention (y compris le paiement des agents de santé locaux et des fonctionnaires du Ministère de la Santé) ainsi que les paiements aux chefs de communauté étaient particulièrement problématiques, avec « aucune responsabilité réelle sur ces paiements ». Les paiements aux prestataires de services avec les ressources de la Banque étaient effectués directement par le Ministère de la Santé et par l'OMS, l'UNICEF, le PAM et l'OIM (par des accords de prêt et de subvention avec le Ministère de la Santé). Un informateur a fait part de ses inquiétudes quant au risque de réputation des cadres supérieurs de la Banque, car il est apparu clairement qu'il y avait « des milliers de personnes ; vous ne saviez pas où elles travaillaient, comment elles étaient sélectionnées, si elles étaient capables » - beaucoup d'entre elles gagnaient des salaires ou des primes d'encouragement à des taux multiples supérieurs aux taux réguliers. Selon des informateurs clés, il y a également eu des rapports de fonctionnaires d'agences et du gouvernement exigeant des commissions équivalant à 30 % des futurs paiements de salaire en échange du recrutement - une pratique conforme aux expériences d'aide dans d'autres opérations en RDC (Henze et al., 2020).

Du point de vue de certaines personnes interrogées, ce manque de responsabilité résulte en partie des accords de partenariat entre la Banque mondiale et les Nations Unies qui interdisent à la Banque d'exercer une surveillance plus intrusive - comme des audits - sur les agences des Nations Unies qui reçoivent des fonds. « Nous n'avons jamais pu obtenir les listes de ceux payés par l'OMS [et dans une moindre mesure par d'autres agences des Nations Unies] parce qu'ils savaient qu'il y avait toutes sortes de doubles paiements », a déclaré un informateur clé. Les demandes

d'information étaient « toujours rejetées par l'OMS sur la base de l'accord type avec les agences des Nations Unies ». Selon des informateurs clés, le Ministère de la Santé était également réticent à la transparence en ce qui concerne son utilisation des fonds de la Banque pour la réponse au virus Ebola, et la Banque était réticente à exercer son influence sur le gouvernement au milieu de l'épidémie. Enfin, d'autres donateurs, des agences et le gouvernement ont fait pression sur la Banque pour qu'elle continue à verser des fonds pour des activités de réponse rapide - malgré les doutes sur les systèmes de contrôle. En examinant l'expérience de la Banque, un informateur clé a conclu qu'il avait fallu « un certain temps pour comprendre que puisque nous fournissions de l'argent aux agences des Nations Unies, nous étions également responsables de ce qu'elles faisaient sur le terrain ».

Selon la Banque, leurs arrangements fiduciaires initiaux autour de la réponse ont été conçus avec l'hypothèse que l'épidémie serait terminée dans une courte période. Avec les discussions autour de la formulation du SRP4, qui ont débuté vers février 2019, la Banque a travaillé avec les agences des Nations Unies et d'autres donateurs pour parvenir à une meilleure gestion financière et à une meilleure responsabilité. Cela s'est traduit par la création d'un pilier spécifique axé sur la gestion financière au sein du SRP4 (dirigé par la Banque).

Les fonctionnaires du ministère de la santé étaient également conscients qu'ils n'avaient pas une bonne vue d'ensemble de la destination des ressources (un de ces fonctionnaires a reconnu qu'il n'avait jamais eu la capacité de la gérer). Plusieurs personnes interrogées ont suggéré que l'approche « sans regrets » consistait à « jeter de l'argent » à chaque nouveau problème rencontré (créant ainsi davantage de problèmes) sans réfléchir à la manière dont une mauvaise gestion des ressources (ou même la perception d'une mauvaise gestion des ressources) sape les principes « ne pas nuire ». En effet, l'afflux d'argent liquide dans la réponse a été un facteur clé de l'insécurité et a prolongé l'épidémie d'Ebola par la création d'une économie Ebola (voir section 4.4). Ses effets sur l'engagement communautaire et la sécurité sont examinés ci-dessus (voir les sections 4.1 et 4.2).

L'un des principaux problèmes liés au financement de la réponse était l'absence de suivi et de gestion financière dédiée, bien que

cela ait été une leçon « tirée » de la réponse de l'Afrique de l'Ouest (Bali et al., 2019). Il en est résulté (1) une image fragmentée du soutien global des donateurs et de sa cohérence avec la réponse menée par le gouvernement ; et (2) des systèmes de gestion des ressources médiocres et non responsables à l'appui des opérations sur le terrain. Du côté des bailleurs de fonds, par exemple, une analyse du financement d'Ebola entreprise en décembre 2019 a conclu que « en ce qui concerne les États-Unis en particulier, il existe peu d'informations sur la manière dont le financement et les efforts des États-Unis sont coordonnés avec les efforts des Nations Unies et de la RDC » (Moss et al., 2019 : n.p.). De nombreuses personnes interrogées ont souligné le fait que le BCAH ne joue pas son rôle traditionnel de suivi des fonds par le biais de son service de suivi financier (SSF), ce qui constitue une occasion manquée d'intégrer un atout existant en matière de coordination internationale dans la réponse. Les tentatives ultérieures pour corriger ces lacunes, telles que le leadership de la Banque mondiale sur le pilier 4 de la SRP4 (visant à renforcer la planification financière, le suivi et les rapports), n'ont été que partiellement couronnées de succès, et la Banque n'a jamais été en mesure d'établir une synthèse globale des sommes dépensées par les donateurs pour la réponse en raison d'informations limitées ou manquantes des donateurs, du gouvernement et des partenaires de mise en œuvre.

Un autre problème - également identifié dans la réponse de l'Afrique de l'Ouest - était la lenteur des systèmes de gestion des finances et du personnel. Dans la réponse de l'Afrique de l'Ouest, Bali et al. (2019 : 15) ont noté que « les mécanismes de financement de la Banque mondiale étaient inadéquats et trop complexes pour être utilisés en cas d'urgence de santé publique ». Bien que des mesures aient été prises entre 2014 et 2018 pour corriger ces contraintes, certaines personnes interrogées se sont demandées pourquoi la Banque n'avait pas mis en place un système plus transparent et spécialisé pour le versement des salaires. L'une des principales contraintes opérationnelles soulignées dans les entretiens de l'étude était le paiement irrégulier et tardif des salaires des prestataires de services d'intervention - ce qui a parfois entraîné des grèves qui ont gelé

des activités essentielles. De nombreux employés locaux interrogés ont déclaré qu'ils attendent toujours d'être payés, des mois après la fin de l'épidémie. En outre, la dotation globale en personnel de l'opération a été fréquemment citée comme étant gonflée et truffée de doublons (c'est-à-dire que le personnel est engagé et payé par plusieurs organisations et/ou le gouvernement).

Deux leçons positives sur la gestion des ressources tirées de la réponse de l'Afrique de l'Ouest, qui n'ont pas été adoptées dans la réponse de la MVE 10, auraient pu aider à combler ces lacunes. Premièrement, un fonds d'affectation spéciale multi-donateurs pour la réponse en Afrique de l'Ouest a permis de mettre en place un mécanisme de financement transparent et inclusif pour la Mission des Nations Unies pour l'intervention d'urgence contre le virus Ebola (MINUAUCE). Deuxièmement, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) a assumé la responsabilité de la gestion des salaires pendant toute la durée de l'intervention - en veillant à ce qu'une contribution essentielle au fonctionnement des équipes d'intervention contre Ebola se déroule sans heurts. D'autres personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont suggéré qu'un mécanisme mondial de financement des épidémies qui soit rapide, flexible, agile *et* incluant les ONGI aurait également pu améliorer la réponse globale et surmonter certaines lacunes dans la gestion des ressources.

La perception d'une gestion financière globale opaque et médiocre de la réponse a également été largement partagée par le personnel des ONGI et les dirigeants locaux interrogés. Plusieurs acteurs locaux et employés du gouvernement provincial étaient réticents à discuter du mode de financement de la réponse, tandis que presque tous les acteurs locaux interrogés avaient le sentiment de ne pas savoir comment les fonds étaient gérés, car leurs organisations partenaires n'en discutaient pas avec eux. Les ONGI n'ont pas été financées directement, mais plutôt en tant que sous-traitants des agences des Nations Unies, des ONGI et du Ministère de la Santé. De nombreux acteurs locaux ont considéré ces accords contractuels comme un niveau supplémentaire de bureaucratie et un autre moyen pour les internationaux et le personnel du ministère de la santé de soutirer de l'argent à la réponse. Ces organisations partenaires ont souvent

travaillé sur un système de remboursement, dans lequel elles réalisaient d'abord les activités puis soumettaient des factures, laissant de nombreuses petites organisations sans ressources pendant six mois en attendant d'être payées.

Malgré l'énorme budget de réponse, peu d'avantages à long terme pour le système de santé ou les communautés touchées semblent avoir été laissés de côté. Les CTE temporaires ont été construits avec du bois et des bâches, plutôt qu'avec des structures permanentes en béton. Les véhicules ont été loués à un coût énorme, plutôt qu'achetés et laissés aux structures sanitaires locales. L'argent a été dépensé dans des réservoirs de lavage des mains, qui n'avaient plus d'eau, plutôt que pour installer des robinets qui auraient pu être utilisés après la fin de l'intervention. D'autres objectifs sanitaires, tels que les vaccinations des enfants, ont souffert de la suspension temporaire des activités. Lors de la lutte contre le virus Ebola, une épidémie de rougeole dans la région a tué plus d'enfants qu'il n'y a eu de décès dus au virus Ebola (Kapur, 2020). La formation et la sensibilisation à Ebola ont augmenté, mais peu d'infrastructures durables ont été créées. Selon de nombreuses personnes interrogées au niveau national et international, la capacité du système de santé à répondre à une future épidémie est largement inchangée. Le Congo Research Group (2020) souligne la probabilité que les futures épidémies d'Ebola conduisent à nouveau à des structures de réponse parallèles si un système de santé congolais résilient n'est pas mis en place.

4.4 Le « commerce Ebola » et l'exploitation et les abus sexuels

L'introduction d'une réponse d'un milliard de dollars dans une région caractérisée par une crise humanitaire complexe où les besoins fondamentaux sont constamment sous-financés a contribué à alimenter des cas réels et perçus de gaspillage, de corruption et de fraude, communément appelés « commerce Ebola ». Cela a également contribué à l'exploitation et aux abus sexuels (EAS) (SSHA, 2019b ; Freudenthal, 2020 ; Henze et al., 2020 ; IASC,

2020). Le « commerce Ebola » était perçu par les communautés touchées comme un moyen de mobiliser des ressources pour la réponse, ce qui profitait excessivement aux autorités et aux intervenants plutôt qu'aux victimes, aux survivants et à leurs communautés. Les grandes sommes d'argent étaient, comme l'a décrit un travailleur de l'ONU, « pour les hommes d'affaires de la région comme si Noël était venu en ville, mais il n'y avait rien pour les communautés. Et ils utiliseraient des menaces ou une réelle violence contre les travailleurs humanitaires pour s'assurer que l'argent continue de circuler ». Les tentatives ultérieures de prendre des mesures correctives pour réduire les déchets, la corruption et l'EAS n'ont été que partiellement couronnées de succès.

Les paiements excessifs pour les escortes armées, les intervenants médicaux et les volontaires communautaires ont été cités par beaucoup comme des éléments clés de l'économie du virus Ebola et ont servi d'incitation perverse à maintenir l'épidémie plutôt qu'à y mettre fin. Le fait que l'épidémie a été délibérément alimentée et/ou la réponse affaiblie afin de prolonger le « commerce Ebola » a été affirmé avec insistance lors d'entretiens, y compris avec de hauts responsables politiques et de sécurité des Nations Unies. Les niveaux de paiement à la PNC, aux FARDC et à l'Agence nationale de renseignement (ANR) de la RDC ont été fixés par le gouvernement et acceptés par l'OMS, mais ils ont choqué les dirigeants des Nations Unies dans le pays. De nombreux répondants de l'ONU ont fait remarquer que l'OMS aurait dû être transparente dès le début en ce qui concerne les dispositions financières prises pour la sécurité. Alors que les paiements pour la sécurité étaient nécessaires dans le Grand-Nord, selon les personnes interrogées, les montants définis par le gouvernement et financés par la réponse internationale étaient exagérés, et toute tentative de réduire ces montants pourrait (et a effectivement) conduire à la violence. Le meurtre en avril 2019 du Dr Richard Valery Mouzoko Kiboung, un épidémiologiste camerounais travaillant avec l'OMS, a été lié par certaines personnes interrogées à des retards de paiement à des groupes armés pendant une période de la réponse (vers la fin du SRP3) où l'argent était rare. Une récente étude indépendante

sur la corruption en RDC a également rapporté que, selon leurs sources, « cet assassinat visait la réponse Ebola et celles qui représentaient une possibilité de réduction des ressources en circulation » (Henze et al., 2020 : 12).

Plutôt que d'utiliser les médecins et les systèmes de santé locaux, on a fait appel à des médecins de Kinshasa et d'autres régions de la RDC, qui ont été payés à des taux nettement plus élevés que le personnel local. Comme l'explique un employé d'une ONGI : « J'ai vu un médecin de Kinshasa qui touchait 7 000 dollars par mois : 150 dollars par jour et ce qu'ils appellent l'allocation Ebola de 2 500 dollars. Dans le contexte du pays, un employé régulier du Ministère de la Santé ne reçoit pas d'allocation de risque. Les médecins gagnent normalement entre 600 et 800 dollars par mois, mais certains ne gagnent que 300 dollars ». L'écart entre les paiements pour les personnes fournissant des soins médicaux réguliers et celles travaillant dans le cadre de la réponse au virus Ebola a également poussé les travailleurs de la santé à quitter leur poste et à rejoindre la réponse, laissant des lacunes dans la couverture sanitaire normale et déstabilisant les communautés tant à Kinshasa que dans toute la région touchée. Lorsque les systèmes de santé locaux ont été utilisés, cela s'est souvent fait de manière préjudiciable au système de la région. Un travailleur d'une ONGI a décrit comment la fourniture de médicaments gratuits aux centres de soins primaires a contrarié le personnel parce qu'il ne pouvait plus faire payer les patients pour les médicaments et, selon ce travailleur, cela a intensifié l'épidémie car les gens s'entassaient dans les centres pour obtenir les médicaments. Bien que certains membres du personnel de l'OMS se soient moqués de l'idée de travailler par l'intermédiaire des systèmes de santé locaux, surtout au début de la réponse, la plupart des membres du personnel médical expérimenté des ONG interrogés pour cette étude ont estimé que c'était une erreur de mettre de côté les capacités sanitaires indigènes dès le départ. D'autres analystes ont également conclu que les systèmes de santé locaux auraient pu être mieux utilisés lors de la 10^e épidémie (Congo Research Group, 2020).

Certaines personnes interrogées ont affirmé que l'absence de contrôle financier permettait au personnel de percevoir les salaires de plusieurs organisations et que de nombreuses personnes figurant sur les listes de paiement n'existaient pas réellement, alors que celles qui auraient dû être payées ont dû attendre des mois pour recevoir leur salaire, si tant est qu'elles l'aient reçu. D'autres allégations de corruption portaient sur les tarifs payés pour la location de logements pour les intervenants amenés d'autres pays et d'ailleurs en RDC ainsi que pour l'acquisition de flottes de véhicules à des tarifs exorbitants au profit des élites (Henze et al., 2020), bien que plusieurs informateurs aient ajouté la mise en garde suivante : si vous voulez agir rapidement, vous n'avez pas un grand choix pour louer des dizaines de véhicules.

Les paiements étaient également versés aux RECO - souvent choisis parce qu'ils étaient des amis proches ou des parents, plutôt que des experts en engagement communautaire - alors qu'auparavant, les volontaires employés par la communauté humanitaire n'étaient pas rémunérés (Dewulf et al., 2020). D'autres travailleurs de l'ONU ont affirmé que certaines agences engageaient des défenseurs de la communauté issus de groupes armés, parce qu'ils ne connaissaient pas la région ou sa dynamique. Les paiements aux RECO, ainsi qu'aux intervenants médicaux et aux escortes armées, ont créé un précédent problématique pour les futures interventions dans le pays. Cela s'est ensuite fait sentir dans les réponses à la 11^e épidémie et au Covid-19.

L'injection de grosses sommes d'argent dans l'économie a également entraîné une prolifération de bars et de boîtes de nuit pour répondre aux besoins des intervenants et une augmentation du sexe transactionnel et de l'EAS (Kapur, 2020). Plusieurs personnes interrogées ont commenté le fait que les hôtels qui hébergeaient les personnes travaillant dans la réponse avaient également des chambres occupées par des travailleurs du sexe - suggérant que ce n'était pas une coïncidence. D'autres répondants - tant internationaux que locaux - ont affirmé que « le personnel ayant accès à la nourriture et aux vaccins leur demandait des faveurs sexuelles » et que l'emploi des femmes

dans la réponse « reposait en grande partie sur des faveurs sexuelles, constituait à peu près la procédure standard pour l'embauche d'une femme et déterminait son échelle de salaires ». Des déclarations similaires ont été faites dans la presse, des femmes décrivant avoir été proposées par des hommes, forcées à avoir des relations sexuelles en échange de travail ou renvoyées lorsqu'elles ont refusé (Flummerfelt et Peyton, 2020). Selon les acteurs locaux, un nombre important d'enfants, nés de pères ayant travaillé dans le cadre de la réponse au virus Ebola, sont désormais pris en charge par des mères célibataires. Ils sont appelés « embola », ou enfant « d'Ebola ». Bien que certains mécanismes de signalement des cas d'EAS existent, selon un membre du personnel des Nations Unies versé dans les questions de PEAS, les victimes auraient eu besoin d'électricité, d'un accès à Internet et de compétences littéraires pour les utiliser - le signalement des abus comportait également des risques sécuritaires et financiers. Dans les rares cas où une allégation est faite et où une enquête est ouverte, elle conclut généralement que les « rumeurs » ne sont pas fondées ou prouvées, et aucune mesure n'est prise.

Malgré les risques connus pour l'EAS et les signaux forts des principales parties prenantes quant à sa prévalence, la question n'a pas reçu une attention soutenue de la part des dirigeants avant les derniers mois de l'épidémie. Fin 2018, le CH adjoint a tenu des réunions sur la PEAS mais, selon les personnes interrogées, les choses ont peu changé, en partie parce que le système qui aurait permis de faire des allégations et d'y donner suite n'était pas fonctionnel. La PEAS a donc été laissée à chaque organisation individuelle, et presque tous les acteurs humanitaires internationaux et locaux interrogés dans le cadre de cette étude ont déclaré que leurs organisations avaient mis en place des politiques et des codes de conduite en matière de PEAS. Cependant, selon des rapports

récents, ces politiques et pratiques n'étaient pas efficaces (Flummerfelt et Peyton, 2020). D'autres tentatives pour prendre des mesures correctives par la mise en place d'un réseau PEAS fonctionnel ont débuté fin octobre 2019 (Dewulf et al., 2020).

Ce manque d'attention initiale était, selon plusieurs personnes interrogées, dû au fait que la réponse était considérée comme une réponse de santé publique plutôt que comme une réponse humanitaire. L'OMS et le Ministère de la Santé n'ont pas accordé une priorité suffisante à la PEAS, en particulier au niveau communautaire. L'ONU, pour sa part, n'a pas suffisamment doté en personnel, financé et utilisé le réseau PEAS existant dans les pays²² pour la réponse à Ebola. Même avec l'élargissement du IASC et le virage vers une approche plus humanitaire, la PEAS a continué à souffrir d'un manque de priorité et de financement. Bien que M. Gressly et l'EERO aient plaidé en faveur du financement et de la dotation en personnel pour la PEAS, le réseau qui a finalement été créé à la suite de l'élargissement avait « si peu de capacités générales qu'il n'était pas surprenant qu'il ne soit pas très efficace », selon un donateur - un sentiment partagé par d'autres membres du personnel chargés des mesures liées à la PEAS. Un code de conduite commun pour la PEAS n'a été adopté qu'au début de 2020 - près d'un an et demi après la réponse - et n'a pas été largement partagé, ni signé, même à cette époque.

Plusieurs personnes interrogées ont souligné le nombre écrasant d'hommes impliqués dans la réponse - dans des rôles de direction et opérationnels - comme un facteur clé du manque d'attention accordée à la PEAS. Selon eux, il s'agissait d'une « intervention à prédominance masculine », sans équilibre entre les sexes, et les postes de direction étaient exclusivement occupés par des hommes. Un travailleur des Nations Unies a fait remarquer : « Si c'est une réponse masculine et que les femmes essaient de dire quelque chose, vous n'allez pas très loin ».

22 Depuis 2014, la RDC est un site pilote d'un mécanisme communautaire de plainte PEAS de l'IASC. Pour en savoir plus, voir IASC (2016).

5 Responsabilité peu claire : une urgence de santé publique dans un contexte de conflit

La décision rapide des responsables de l'intervention de traiter l'épidémie de diarrhée aiguë 10 comme une crise de santé publique distincte (ou de sécurité sanitaire) plutôt que comme une crise dans la crise, c'est-à-dire comme une priorité sanitaire ou une menace pour la communauté parmi d'autres, a donné le ton à une faible synergie entre les acteurs sanitaires et humanitaires qui a mis à mal l'ensemble de l'intervention.

Cette séparation est une erreur qui s'est répétée dans la réponse de l'Afrique de l'Ouest en 2014-2016. Bien que l'épidémie en Afrique de l'Ouest ne se soit pas produite dans un contexte de crise humanitaire préexistante, son ampleur a déclenché une crise humanitaire ultérieure. Cependant, la réponse est restée cloisonnée comme une réponse sanitaire plutôt qu'humanitaire (DuBois et al., 2015). Le groupe d'évaluation intérimaire de l'OMS sur la réponse ouest-africaine a noté avec surprise que les donateurs, le gouvernement, l'ONU et les ONGI comprenaient soit le système humanitaire, soit le système d'urgence sanitaire, mais pas les deux. Le groupe a recommandé que l'OMS veille à ce que son personnel et ses partenaires aient une meilleure compréhension du système humanitaire et que le BCAH veille à ce que la communauté humanitaire au sens large ait une meilleure compréhension de la nature particulière des risques sanitaires (OMS, 2015). Ces leçons semblent n'avoir été que partiellement apprises lors de la préparation de la 10e intervention en RDC. Selon un donateur en RDC, le fait de ne pas avoir insisté sur une approche sanitaire et humanitaire plus équilibrée a été « l'essentiel, l'essence de l'erreur que nous avons commise ».

L'adoption d'une approche myope et spécifique à la maladie semble également avoir permis aux responsables de la santé de contourner d'importantes questions de responsabilité qu'une conception plus large de la santé publique ou de l'action humanitaire aurait placées au centre. En particulier, le fait de ne pas mettre davantage l'accent sur le respect des principes humanitaires aura probablement de graves répercussions sur le futur travail humanitaire dans la région, y compris les futures réponses à Ebola si la maladie y réapparaît. Le fait de ne pas adopter une approche plus large de « ne pas nuire » ou de RPA a également donné lieu à des cas potentiellement évitables d'EAS et à d'autres effets corrosifs de ressources mal gérées (voir chapitre 4). En outre, les structures de santé parallèles mises en place ont eu un impact négatif sur les services de santé existants offerts à la population. Selon un exercice multi-ONG sur les leçons apprises en RDC à la suite de la MVE 10, « la focalisation unique sur une maladie et la surveillance purement axée sur le virus Ebola ont conduit à un affaiblissement du système de santé et du système de surveillance épidémiologique pour les autres maladies à déclaration obligatoire » (*Leçons apprises par les ONG...*, 2020 : 3).

Si l'on ne peut attendre d'un responsable technique de la santé publique qu'il assume également l'entière responsabilité des risques opérationnels, sécuritaires, politiques et d'engagement communautaire dans un environnement complexe, il est inacceptable que la responsabilité de ces risques soit si diffuse qu'en fin de compte, aucun responsable d'intervention, aucune agence ou structure de

Tableau 3: Leçons appliquées de l'épidémie en Afrique de l'Ouest à la réponse à la MVE 10

Leçon d'Afrique de l'Ouest	Application dans la réponse MVE 10
Leadership/coordination	
Mettre en place un mécanisme inter-institutions pour répondre aux crises sanitaires aux impacts multidimensionnels.	Leçon partiellement appliquée. Mécanisme établi pour la correction de cap mais utilisé tardivement. Déclencheurs d'activation basés sur le contexte non inclus dans le protocole d'intensification.
Adopter une structure de gouvernance unique et unifiée, dirigée par un leader fort.	Leçon non appliquée. La mise en place d'un leadership habilité a été retardée ; deux dirigeants nommés, ce qui crée de la confusion.
Utiliser les mécanismes de réponse existants ; éviter de créer de nouvelles structures.	Leçon non appliquée. OCHA supprimé ; système de groupes non activé. L'EERO est née en plein épidémie.
Assurer la diversité à la table de décision.	Leçon partiellement appliquée. Les ONG et autres acteurs humanitaires, y compris les acteurs locaux, ne sont pleinement impliqués que tardivement.
Déclarer une urgence de niveau L3 en temps opportun.	Leçon non appliquée. Intensification activée tardivement.
Engagement communautaire	
Mettre davantage l'accent sur un engagement communautaire fort et efficace.	Leçon partiellement appliquée. L'engagement communautaire a reçu une attention et des ressources inadéquates pendant plusieurs mois ; les résultats de la recherche en sciences sociales et des enquêtes de perception ont finalement été utilisés pour adapter la réponse.
Construire la confiance entre les intervenants et les communautés.	Leçon non appliquée. Réponse principalement descendante, médicalisée, spécifique à Ebola ; les efforts se sont concentrés sur le changement de comportement plutôt que sur le dialogue bilatéral, la confiance et l'appropriation partagée.
Assurer une approche de réponse délibérée, consultative et inclusive - en particulier en ce qui concerne les structures de santé et les communautés locales.	Leçon partiellement appliquée tardivement.
Sécurité	
Accorder une attention suffisante au rôle du secteur de la sécurité dans les situations d'urgence sanitaire.	Leçon non appliquée. Une attention insuffisante accordée aux risques/conséquences des acteurs armés sur la résistance communautaire et d'autres dynamiques de réponse.
Gestion financière	
Mettre en place un fonds renouvelable pour financer les étapes initiales d'une intervention d'urgence.	Leçon appliquée. Les fonds de réserve de l'OMS ont été débloqués rapidement, couvrant les déficits critiques.
Fournir un financement adéquat sur une base « sans regret » pour permettre une réponse rapide.	Leçon appliquée, mais sans examen/ajustement en temps opportun des premières décisions de dépenses.
Développer des partenariats avec la Banque mondiale et d'autres pour mobiliser un soutien financier pour les réglementations sanitaires internationales et la préparation et le soutien aux situations d'urgence - y compris par la mise en place du mécanisme de financement des urgences pandémiques (PEF).	Leçon appliquée. Les mécanismes de financement de la Banque mondiale, dont le PEF, ont fourni un financement substantiel.
Assurer un suivi financier et une capacité de gestion dédiés.	Leçon non appliquée. Pas de suivi financier ou de capacité de gestion dédié et transparent jusqu'à la fin de la réponse.
Envisager des fonds fiduciaires multi-donateurs pour promouvoir un financement transparent et inclusif.	Leçon non appliquée. Les décisions en matière de ressources et de financement ne sont pas centralisées dans un mécanisme transparent.
Assurer une capacité dédiée, comme celle du PNUD, pour gérer les états de paie et les décaissements aux intervenants.	Leçon non appliquée. Salaires payés en retard, voire pas du tout, et non rationalisés par une seule agence responsable.

Tableau 3: Leçons appliquées de l'épidémie en Afrique de l'Ouest à la réponse à la MVE 10

Synergie santé publique-humanitaire	
Éviter une approche médicalisée dominant la réponse de santé publique ; prioriser le traitement parallèlement à la sensibilisation de la communauté et à la recherche des contrats.	Leçon partiellement appliquée. La réponse était trop médicalisée et spécifique à Ebola, avec un rééquilibrage intervenant après un laps de temps significatif.
Assurer la clarté des rôles et des responsabilités, y compris des mesures solides de responsabilisation.	Leçon partiellement appliquée. La responsabilité de la lutte contre la maladie est en place, mais il existe des lacunes majeures sur d'autres effets néfastes de l'épidémie et de la réponse.
Utiliser une approche multi-sectorielle pour répondre à d'autres besoins prioritaires.	Leçon partiellement appliquée. La seconde moitié de la réponse, à commencer par SRP4, a apporté une approche plus holistique.

Sources : ce format de tableau est emprunté en partie à un tableau qui examine spécifiquement les leçons de l'OMS, à partir de la mi-2019, à l'OACI, 2019a. Les leçons sommaires ici sont compilées à partir de DuBois et coll., 2015 ; Moon, 2015 ; OMS, 2015 ; ONU, 2016 ; Bali et al., 2019 ; IOAC, 2019a ; Lamoure et Juillard, 2020. Le résumé sur les applications des leçons est tiré de l'étude de cas.

coordination n'en assume la responsabilité. Dans ce cas, l'OMS était déterminée à ne pas céder son leadership et son territoire, réels ou perçus, à une approche collective « une seule ONU », même si ses capacités opérationnelles étaient clairement remises en question. Dans le même temps, l'activité et les capacités humanitaires dans les zones touchées ont été limitées et ont mis du temps à se mettre en place. Les agences humanitaires telles que le BCAH, l'UNICEF ou le FNUAP auraient également pu agir de manière plus proactive dès le départ pour déployer des capacités. En conséquence, une stratification délibérée de la réponse au virus Ebola au sein d'une réponse sanitaire et humanitaire plus large n'a jamais été réalisée, et la responsabilité des impacts importants de la réponse - au-delà de l'éradication de la maladie elle-même - est restée indéfinie.

Au cours de la réponse, les responsables de la santé publique sont progressivement passés d'une attitude dogmatique d'éradication de la maladie à une approche plus holistique qui a fait appel aux capacités d'importants acteurs humanitaires et de développement locaux et internationaux qui ont apporté des contributions complémentaires. Du point de vue du leadership et de la coordination, les nominations conjointes de M. Gressly au poste de EERC et du Dr Socé Fall du côté de l'OMS, ainsi que l'élaboration du SRP4, ont contribué à accélérer cette tendance - de même que la nomination du Dr Muyembe du côté du gouvernement - mais la synergie n'a jamais été que partiellement réalisée.

5.1 Une approche de santé publique spécifique à la maladie

Selon de nombreux experts interrogés, la 10e réponse Ebola n'offre pas de leçons sur la manière d'équilibrer la santé publique et les interventions humanitaires, car elle a fonctionné comme une « sécurité sanitaire » plutôt que comme une intervention de santé publique. Ce point de vue était partagé par le Comité consultatif indépendant de surveillance (IAOC) de l'OMS, qui, à mi-parcours de la crise, a décrit une « réponse sanitaire discrète » qui n'avait pas réussi à se transformer en une « réponse sanitaire et humanitaire intégrée » (CCOI, 2019). Une autre analyse a qualifié la réponse de « création d'un système de soins de santé massif, parallèle et spécifique à la maladie » (Congo Research Group, 2020). Pour ces analystes et les personnes interrogées dans le cadre de cette étude, la réponse à l'épidémie 10 de la MVE a plutôt soulevé des questions sur la pertinence d'un modèle centré sur la maladie dans le contexte d'un cadre humanitaire complexe.

Les entretiens ont mis en évidence une forte impression parmi le personnel de diverses agences selon laquelle l'élaboration de la réponse de l'OMS dès le départ (et, aux yeux de certains, tout au long de la réponse) a contribué à une fausse dichotomie : les efforts et les structures conçus pour enrayer et éliminer la maladie étaient essentiellement incompatibles avec des partenariats et des structures plus larges (dans ce cas avec les acteurs humanitaires) qui pourraient offrir des

apports complémentaires utiles ou nécessaires. Cette impression d'être présenté avec une fausse dichotomie a été reprise par les intervenants médicaux des OING. Un responsable d'une ONG internationale a décrit l'approche du ministère de la santé et de l'OMS comme « le traitement du virus, et non de la population touchée par celui-ci ». Une véritable réponse de « santé publique », a fait remarquer un employé d'une ONGI, n'a commencé qu'avec le renforcement de l'IASC, mais il était alors trop tard pour dérouler ou adapter la machinerie construite pour attaquer le virus. Un autre expert d'une ONG médicale a résumé comme suit le manque de synergie dans la réponse : « Le défi de la prise en charge par l'OMS est qu'elle devient une réponse médicale verticale, donc qu'elle ne tire pas profit des gains d'efficacité de ce qui se passe autour d'elle », comme la façon dont les partenaires de la santé ou d'autres groupes pourraient intensifier ou adapter leur travail pour aider à stopper l'épidémie.

Un employé d'une ONGI de santé a expliqué comment son agence a finalement réussi à adopter une approche de santé publique plus complète plus tard dans la réponse : « Vous ne pouvez pas vous contenter de soigner les patients atteints d'Ebola, mais vous devez veiller à ce que toute la population ait accès aux soins de santé primaires et secondaires. ... Lorsque nous travaillions dans un centre de soins complets, nous pouvions y intégrer un patient suspecté d'Ebola plus tranquillement, et si ce n'était pas Ebola, ils recevaient des soins quel que soit le problème ». Ce type d'approche aurait également contribué à l'apparition continue et simultanée de la rougeole dans la région (Kapur, 2020).

Le personnel de l'OMS interrogé a également reconnu qu'il aurait été préférable que la réponse au virus Ebola soit composée d'activités complémentaires répondant aux besoins prioritaires des communautés. Comme l'a déclaré un répondant de l'OMS, « dans le cadre d'une approche de santé publique, nous avons identifié les besoins de la communauté, mais ce n'est pas le rôle de l'OMS de construire des ponts. Pourtant, si nous ne répondons pas aux besoins de la communauté de manière plus générale, nous ne pouvons pas faire fonctionner la réponse Ebola ». Dans la pratique, cependant, les dirigeants - en particulier du côté du

gouvernement - ont fait preuve de peu de patience pour cultiver une plus grande synergie avec les acteurs humanitaires. Comme décrit ci-dessus, cette situation était motivée par la nécessité d'agir rapidement pour traiter la maladie, et elle était renforcée par le manque de familiarité - et l'impatience - de l'organisation avec les structures de coordination humanitaire. Pour la plupart, les membres du personnel de l'OMS qui ont été interrogés ont déploré ce qu'ils considéraient comme les lacunes des structures humanitaires et la réticence des agences humanitaires à passer à l'échelle de manière proactive dès le départ, plutôt que d'assumer une quelconque responsabilité pour ne pas s'être engagés dans le lourd travail de coordination qui aurait pu apporter une meilleure synergie.

5.2 Subordonner les principes humanitaires dans un contexte d'urgence complexe

Dans le but de contrôler rapidement le virus, les responsables de l'intervention ont ignoré les principes humanitaires. Selon un donateur, une réponse à la maladie d'Ebola comme celle-ci consiste à atteindre des objectifs, « et vous excuserez beaucoup de choses sans regrets si cela permet de faire le travail ». En examinant l'évolution de la réponse, un certain nombre d'acteurs expérimentés dans la lutte contre le virus Ebola ont suggéré qu'un ralentissement pour mieux prendre en compte le contexte et l'impact de la réponse elle-même - même si le risque d'infection augmente à court terme - aurait donné de meilleurs résultats globaux (moins de décès et d'infections) à long terme. D'autres ont affirmé que le temps nécessaire pour envisager et mettre en œuvre des approches conformes aux principes humanitaires est incongru avec une réponse qui vise exclusivement à contrôler la maladie. De ce point de vue, le ralentissement de la réaction pourrait bien avoir entraîné la propagation de la maladie aux pays environnants et conduit à une série de défis totalement nouveaux. En fait, selon le personnel de l'OMS, l'organisation a été guidée dans sa démarche - à la fois par le Comité

d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) et le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (SAGE) - pour maintenir une approche ciblée de la sécurité sanitaire fondée sur cette préoccupation.²³

En pratique, il n'y a rien d'incompatible avec la recherche d'un équilibre entre rapidité/efficacité et respect des principes humanitaires - c'est un dilemme dans toutes les crises humanitaires urgentes qui entraîne inévitablement des compromis. Un certain nombre de personnes interrogées ont cependant souligné une ignorance générale parmi le personnel de l'OMS et du Ministère de la Santé lorsqu'il s'agit de comprendre ou d'appliquer les principes humanitaires. Même l'exhortation humanitaire largement adoptée de « ne pas nuire » a été mentionnée par plusieurs personnes interrogées comme étant bien mieux comprise par les acteurs humanitaires que par les acteurs de la santé (bien qu'elle découle du serment d'Hippocrate). De nombreux répondants ont fait remarquer que le fait de confier une si grande partie de la réponse à des médecins ne se prêtait pas à un mélange constructif de capacités et de compétences. D'autres principes humanitaires, tels que la neutralité et l'impartialité, ont été affaiblis lorsque l'OMS et le Ministère de la Santé se sont associés avec les FARDC (un combattant reconnu engagé dans un conflit armé non international²⁴ - voir section 4.2) et, comme l'a affirmé le personnel médical des ONG interrogées, les listes de vaccination préparées par la réponse comprenaient les élites politiques et leurs enfants. Des soupçons similaires concernant l'utilisation abusive des vaccins, étant « biaisés en faveur des personnes impliquées dans la réponse et des élites politiques et économiques locales... au détriment de l'ensemble de la population » ont été signalés par les dirigeants communautaires au début de 2019 (SSHA, 2019a).

5.3 Des opportunités manquées pour une plus grande coopération et responsabilité ?

Le modèle de direction et de coordination adopté par les Nations Unies pour la réponse au virus Ebola a conduit à une responsabilité diffuse qui, en termes pratiques, a vu la direction des Nations Unies « transférer » la responsabilité à l'OMS dans un environnement complexe et conflictuel, se débarrassant effectivement de la responsabilité et de l'obligation de rendre compte. La réponse sanitaire, cependant, s'est avérée inséparable des défis plus larges de développement, d'aide humanitaire et de consolidation de la paix auxquels sont confrontés les Nations Unies et les autres acteurs internationaux travaillant dans l'est de la RDC. Si l'OMS a résisté à une approche plus délibérée et plus sensible aux conflits, la direction de l'ONU est restée trop longtemps sur la touche alors que la situation se détériorait clairement. Comme nous l'avons vu précédemment, les avantages comparatifs au sein de la famille des Nations Unies - des éléments qui pourraient associer la santé publique à une expérience complexe des situations d'urgence - n'ont pas été réalisés avant l'élaboration du SRP4 et la nomination du EERC.

La Croix-Rouge congolaise, les ONGL et d'autres ONG médicales de la région (par exemple Alima, Medair, Médecins sans frontières (MSF)) ont représenté un autre domaine potentiel de synergie qui n'a pas été pleinement exploité. Les travailleurs des ONG ont affirmé qu'ils avaient été initialement exclus des réunions, et l'un d'entre eux a mentionné qu'ils n'étaient pas autorisés à s'impliquer jusqu'à ce qu'« un membre de l'équipe se présente à une réunion à laquelle ils n'avaient pas été invités et reste sur place ». D'autres encore ont estimé que les ONG préféreraient également une structure parallèle, dirigée par le CH, et ne voulaient pas travailler avec l'OMS et le ministère de la santé. Comme l'a noté un donateur,

23 Le Comité d'urgence du RSI et SAGE ont tenu des réunions sur Ebola en octobre 2018. Vous pouvez trouver des documents de lecture à propos de ces réunions sur www.who.int/news/item/17-10-2018-statement-on-the-meeting-of-the-ihc-emergency-committee-on-the-ebola-outbreak-in-drc and www.who.int/immunization/sage/meetings/2018/october/en/.

24 Voir RULAC (2019). Oxfam (2018b) note que les forces de sécurité de l'État ont été responsables de plus d'exécutions extrajudiciaires et d'exécutions sommaires entre janvier et juin 2018 en RDC que les groupes armés non étatiques.

« certaines ONG pensent que le gouvernement fait partie du problème, mais elles ne doivent pas le confondre avec le Ministère de la Santé qui essaie de mettre en œuvre la réponse sur le terrain ».

La majorité des informateurs de cette étude a souligné la nécessité pour toute intervention sanitaire dans un contexte de conflit de (1) garder à l'esprit l'ensemble de l'écosystème des besoins, plutôt que de se concentrer strictement sur le virus Ebola ; (2) s'efforcer de faire respecter les principes humanitaires, plutôt que de les piétiner pour tenter d'agir rapidement ; et (3) compléter le travail en cours, plutôt que de le mettre de côté. Si ces objectifs sont valables dans toutes les situations d'urgence en matière de santé publique, ils sont particulièrement importants dans les situations d'urgence complexes.

5.4 Des opportunités manquées pour des impacts durables ?

Les personnes interrogées de tous les côtés de l'équation de la réponse - gouvernement, agences internationales, ONG, santé publique, développement et humanitaire - ont toutes commenté le budget extraordinaire mobilisé pour une réponse de sécurité sanitaire²⁵ et déploré le manque d'infrastructures et les capacités permanentes laissées pour compte, que ce soit pour améliorer les soins de santé en général ou pour répondre aux futures épidémies d'Ebola. Outre le fait qu'il s'agissait d'une question de rentabilité (voir chapitre 4), cela reflétait également la rigidité du financement des donateurs ainsi qu'un manque de planification et d'imagination pour intégrer un « lien » ou un état d'esprit de développement dans l'opération. Pour les ONG internationales et nationales, ni les résultats en matière de sécurité sanitaire ni les actions humanitaires complémentaires ultérieures n'ont permis de rendre compte de manière adéquate de la quantité d'argent dépensé avec si peu d'impact positif à long terme sur les soins de santé dans la région.

Un membre du personnel d'une ONG internationale médicale de premier plan a commenté son retour en Équateur pour la réponse à l'épidémie 11 :

Il n'y a rien sur le terrain qui puisse être utilisé. Il ne reste rien [de l'épidémie 9]. Nous continuons d'avancer dans le même cercle au lieu de réfléchir à la manière de relier la réponse actuelle pour préparer l'avenir. Construirions-nous des CTE pour chaque épidémie ? En général, elles se produisent aux mêmes endroits. Faut-il à chaque fois repartir de zéro ?

Les acteurs du développement ont également souligné le manque de « lien ». Un membre du personnel de la Banque mondiale a déclaré que, rétrospectivement, depuis le début de l'épidémie 10 :

Nous aurions dû insister pour travailler avec le personnel de santé local... nous devrions travailler avec les systèmes locaux, en créant une durabilité et en renforçant les capacités. J'ai visité certains centres et ce fut un cauchemar. D'un côté, vous avez des millions de dollars provenant d'Ebola et de l'autre, vous n'avez rien. Vous n'avez pas de formation, pas de personnel, pas d'infirmières, pas d'installations.

Le personnel du gouvernement et les travailleurs des ONGL interrogés ont été particulièrement cinglants dans les entretiens sur le manque d'investissement durable laissé par une intervention d'une telle ampleur. D'autres membres de la communauté internationale ont rétorqué que l'absence de systèmes de gouvernance stables et responsables signifiait qu'il y avait en fait très peu de possibilités d'apporter des améliorations durables aux systèmes de santé locaux.

25 Le gouvernement américain, par exemple, en tant que principal donateur de la réponse, a fourni 600 millions de dollars au cours des 22 derniers mois de l'épidémie, ce qui représentait 37,5 % de son aide globale à l'aide sanitaire en RDC (1,6 milliard de dollars) au cours des 20 dernières années : <https://cd.usembassy.gov/together-we-stopped-ebola-in-the-east-together-we-can-advance-a-better-future-for-the-drc/>.

6 Aller de l'avant : contexte, responsabilité et action fondée sur des principes dans les futures réponses au virus Ebola dans des contextes complexes

6.1 Résumé des enseignements tirés des précédentes épidémies

Cette étude a mis en évidence de nombreux enseignements tirés des précédentes épidémies d'Ebola qui ont influencé positivement la 10e réponse de la RDC, notamment la capacité de réaction rapide et efficace déployée par l'OMS. Les leçons appliquées avec succès du côté de l'intervention médicale ont été essentielles pour surmonter l'épidémie et démontrer le schéma directeur des réponses futures, telles que les tests, vaccins et traitements accélérés, la rapidité d'exécution des tests et la conception des CTE. D'autres leçons ont été appliquées de manière inégale, le leadership et la coordination faisant preuve d'inflexibilité lorsqu'il s'agissait d'adapter les stratégies de réponse au contexte spécifique du Grand-Nord. Le tableau 3 résume les enseignements tirés de l'Afrique de l'Ouest en ce qui concerne les domaines d'intervention de cette étude et la mesure dans laquelle ils ont été appliqués dans la réponse de la MVE 10.

6.2 Recommandations

Les recommandations présentées ici recourent divers éléments de la 10e réponse, mais elles tournent autour d'un thème commun d'adaptation au contexte - plus précisément, la nécessité d'intégrer une planification et des déclencheurs conscients de mesures correctives dans les modèles de réponse à la MVE. Pour contenir une épidémie dans une région au milieu d'une crise humanitaire complexe, il est nécessaire d'établir dès le départ un plan d'urgence pour les mesures correctives qui s'appuie sur toute la gamme des ressources internationales disponibles - ONU, Banque mondiale, donateurs, ONGI - afin d'aider à soutenir et à façonner une réponse dirigée par le gouvernement. Les recommandations sont également influencées par les leçons tirées d'autres réponses au virus Ebola en RDC et en Afrique de l'Ouest, qui n'ont pas encore été pleinement appliquées par les acteurs de la réponse.

6.2.1 Recommandations pour la direction et la coordination internationales

1. Les structures de leadership et de coordination doivent utiliser dès le départ les atouts, les ressources et les connaissances en place dans le pays. Il n'y a pas de place

pour une approche « unilatérale » dans un contexte complexe. Le CR/CH des Nations Unies, avec le soutien du BCAH et de l'OMS, devrait diriger et assumer sans équivoque la responsabilité et l'obligation de rendre compte des futures réponses aux épidémies dans des situations d'urgence complexes. Le CR/CH est particulièrement bien placé pour tirer parti de toute la gamme des capacités et de l'expertise du pays et de la communauté internationale. Comme pour les réponses humanitaires, le CR/CH s'appuie sur la collaboration entre les agences de l'ONU, s'en remettant pour les questions techniques à l'agence compétente - dans le cas d'une urgence de santé publique, à l'OMS. Mais les orientations générales sur la posture de l'intervention - y compris sur la gestion financière et la sécurité - doivent venir du CR/CH. Le CR/CH devrait être représenté de manière appropriée dans la coordination technique dirigée par l'OMS. Le personnel technique principal de l'OMS devrait être représenté de manière appropriée dans les structures de coordination générale dirigées par le CR/CH.

2. L'OMS a besoin d'un modèle de réponse amélioré pour agir efficacement dans les **contextes fragiles** où les gouvernements manquent de capacités et/ou sont parties au conflit. Cela devrait être conçu en liaison avec la révision du système IMS de l'OMS et l'utilisation optimale des structures des groupes de santé, en vue de garantir la flexibilité et la collaboration avec les partenaires dans des contextes imprévisibles ainsi que la bonne combinaison de capacités et d'aptitudes dans les déploiements.
3. Le renforcement des capacités de leadership et de coordination doit se faire sur la base des structures existantes - en particulier le bureau CR/CH (éventuellement par le biais d'un CH adjoint) et OCHA, y compris le système de cluster. Les structures parallèles doivent être évitées. Dans des circonstances exceptionnelles ou lorsque l'équipe de pays des Nations Unies et le HCT sont submergés par d'autres crises dans un pays, le protocole d'activation du IASC pour le contrôle des maladies infectieuses à l'échelle

du système humanitaire fournit une base solide pour envisager des ajustements au niveau de la direction. Le protocole doit être considéré comme une feuille de route pour l'analyse collective et les processus décisionnels, mais il ne sera pas toujours strictement respecté - en particulier sur les questions de leadership global.

- a. Dans le cas de la nomination ad hoc d'un coordinateur de l'épidémie, un effort particulier doit être fait pour nommer un responsable qui possède une expérience pertinente en matière de santé publique en plus de son expérience dans le domaine humanitaire et de la coordination par pays. L'OMS devrait élargir sa réserve de hauts fonctionnaires ou de gestionnaires d'incidents potentiels de haut niveau pour inclure ce profil.
 - b. L'OMS devrait également veiller à ce que ses postes de représentants dans les pays difficiles et à haut risque soient pourvus, une condition préalable à l'établissement de partenariats efficaces avec d'autres organismes et le gouvernement. L'OMS devrait avoir un cadre dans sa liste d'urgence de personnes qui pourraient temporairement assumer un rôle de représentant de pays s'il n'y a pas de représentant accrédité en place. Ce représentant jouerait un rôle de liaison de haut niveau avec le gouvernement sur la réponse d'urgence ainsi que pour assurer la continuité des programmes sanitaires non urgents, y compris dans la zone de réponse.
 - c. Un modèle de double direction pour une réponse ad hoc, tel que celui utilisé lors de la création de l'EERT, ne devrait pas être envisagé.
 - d. Un examen opérationnel par les pairs et une évaluation humanitaire inter-agences, tels que prévus dans le protocole de mise à l'échelle, devraient être la pratique courante.
4. Le protocole d'activation à l'échelle du système humanitaire de l'IASC pour le contrôle des maladies infectieuses doit être révisé pour s'assurer qu'il est pleinement pris en compte à un stade précoce et que

son réexamen est déclenché chaque fois que des seuils convenus d'un commun accord sont atteints :

- a. En cas d'épidémie survenant dans le contexte d'une crise humanitaire complexe ou dans une zone où la souveraineté de l'État est activement contestée, l'« intensification » devrait être l'option par défaut.
- b. Les seuils qui déclencheraient plus tard automatiquement l'examen de la mise à l'échelle pourraient inclure :
 - la détérioration de la situation humanitaire dans la zone d'épidémie (par exemple, la déclaration dans la zone d'une urgence de L3 par une seule agence des Nations Unies ; ou le déplacement de 100 000 personnes ou plus à destination ou en provenance de la région) ;
 - une grave détérioration de la sécurité dans les zones touchées, comme des attaques armées directes contre les équipes d'intervention ;
 - des indicateurs suggérant une croissance continue et incontrôlée de l'épidémie ou une efficacité de réponse insuffisante, tels que :
 - les tendances de l'incidence ou de l'expansion géographique ;
 - la propagation au sein des populations urbaines ou mobiles et la propagation transfrontalière ;
 - la capacité à mettre en place des activités de riposte dans de nouvelles zones, durée moyenne entre l'apparition des symptômes et l'isolement, proportion de nouveaux cas précédemment répertoriés comme contacts et/ou couverture d'inhumations sûres et dignes (le Comité consultatif et de supervision indépendant pour le programme de l'OMS pour les urgences sanitaires (IOAC) ou le Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie (GOARN) pourrait faire des recommandations sur ces seuils) ;

– une épidémie simultanée ailleurs dans le pays.

5. L'opérationnalisation du protocole d'activation de la mise à l'échelle du système humanitaire pour la lutte contre les maladies infectieuses devrait être améliorée grâce à des accords d'attente bien définis - et éventuellement des formations conjointes - entre l'OMS et des organismes clés dotés de capacités complémentaires (par exemple le PAM pour la logistique ; l'UNICEF et IFRC pour l'engagement communautaire ; OCHA pour la coordination et la gestion de l'information / des ressources ; plates-formes OING pour la capacité opérationnelle de pointe ; l'OIM pour les mouvements de population ; et le PNUD ou la Banque mondiale pour les fonds communs et la gestion de la paie). D'autres actions de préparation spécifiques de la part des partenaires pourraient inclure le soutien/ la responsabilité de la logistique de la chaîne du froid, le soutien aux camps de base, les centres de traitement et l'IPC. Les ONG partenaires clés doivent avoir accès à un pool de fonds de réserve (éventuellement aussi pour les investissements de préparation) - comme ceux dont disposent les principales agences opérationnelles des Nations Unies - afin de se déployer avec taille et rapidité. L'OMS devrait envisager de créer un petit bureau inter-institutions pour poursuivre et mettre à jour ces accords de réserve et servir de groupe inter-institutions de surveillance des menaces de maladies infectieuses. Certains d'entre eux pourraient être poursuivis par l'OMS dans le cadre du groupe mondial de la santé.
6. La Banque mondiale devrait envisager de nommer un « Coordonnateur principal d'urgence » de la Banque dans les futures interventions lorsque les ressources de la Banque - qu'elles soient acheminées par l'intermédiaire des gouvernements ou directement aux agences d'exécution - représentent une part importante du financement des interventions. Ce Coordonnateur, indépendant du domaine sectoriel à partir duquel les prêts ou dons sont accordés, doit s'assurer que toutes les ressources de la Banque acheminées vers la réponse sont autant que possible alignées sur

les principes humanitaires et qu'une capacité exceptionnelle de diligence raisonnable est en place. Le coordonnateur pourrait également jouer un rôle de rassemblement explicite en rassemblant les donateurs, les gouvernements et les principales agences opérationnelles - à la demande ou de concert avec le coordonnateur des Nations Unies.

7. Conformément aux directives de l'IASC, un mécanisme de PEAS devrait être mis en place au début d'une intervention d'urgence, respecter les normes opérationnelles minimales et établir un lien avec les mécanismes préexistants dans le pays pour éviter les doubles emplois et répondre aux besoins de la communauté (IASC, 2016). En outre, une plus grande tentative de parité entre les sexes dans la direction de la réponse et les rôles opérationnels est nécessaire pour s'assurer qu'une plus grande attention est accordée aux questions de genre, y compris l'EAS.

6.2.2 Recommandations pour l'engagement communautaire

1. Un engagement communautaire réussi doit être adapté au contexte spécifique de l'épidémie et ancré dans les communautés locales et les organisations communautaires, y compris les structures de santé existantes. L'OMS et ses partenaires doivent s'impliquer de nouveau dans un engagement communautaire qui repose sur une communication bidirectionnelle entre la communauté et l'équipe d'intervention. La participation sur le terrain d'anthropologues et d'experts en économie politique peut aider à identifier les contraintes potentielles et désigner des partenaires potentiels dans la communauté, mais le leadership de la réponse doit s'adapter en fonction des besoins et des préoccupations exprimés par les communautés. C'est une leçon claire tirée de l'Afrique de l'Ouest et d'autres flambées précédentes, y compris à l'OMS, mais elle n'a pas encore été suffisamment appliquée, ce qui suggère qu'il faut un effort concerté au sein de l'OMS pour rééquilibrer ses priorités d'intervention et garantir des incitations adéquates (avec le personnel ou par des

allocations budgétaires) pour garantir que cela se produira lors des pandémie futures.

2. Les stratégies d'engagement communautaire doivent englober un cadre de RPA plus large - c'est-à-dire qu'elles doivent aller au-delà de la prise en compte du risque de contracter ou de propager Ebola pour les personnes et prendre en compte leur protection globale et leur bien-être, y compris leurs autres besoins de santé. Une approche RPA complète la communication bidirectionnelle mentionnée ci-dessus. Les menaces de protection de la réponse elle-même - en particulier, mais sans s'y limiter, l'EAS - doivent faire partie intégrante des stratégies d'engagement communautaire et recevoir une attention prioritaire de la part des responsables de la riposte et des bailleurs de fonds (par exemple en assurant une approche RPA et la mise en place de mécanismes de PEAS fonctionnels). Les exigences d'une réponse urgente de santé publique ne justifient pas de sous-estimer les dommages collatéraux provoqués par la réponse elle-même. Plus généralement, une analyse « ne pas nuire » qui va au-delà des implications médicales possibles doit faire partie d'une stratégie de réponse aux maladies infectieuses - en particulier dans un contexte humanitaire complexe.

6.2.3 Recommandations pour la sécurité

1. Une approche de sécurité plus nuancée, visant la « sécurité par l'acceptation » et optant uniquement lorsque cela est nécessaire pour la « sécurité par la protection », devrait être utilisée pour les réponses futures dans des contextes complexes. Parfois, ces approches devront être poursuivies simultanément. Les stratégies de sécurité doivent être construites autour de l'analyse des conflits, de la cartographie des parties prenantes, du réseautage et de la négociation humanitaire et transactionnelle afin d'atténuer les risques lorsque des escortes armées sont nécessaires.
2. Le leadership et la coordination des efforts de sécurité pour l'ONU devraient être dirigés par l'expertise disponible dans le pays (par exemple la MONUSCO et l'UNDSS en RDC). L'UNDSS doit être pleinement responsable des dispositions générales de sécurité dans la

plupart des cas (par exemple lorsqu'une force de maintien de la paix des Nations Unies n'est pas présente). Si nécessaire, cette expertise doit être rapidement étendue. Le recours à des escortes armées et leurs barèmes de paiement doivent être strictement basés sur les politiques convenues au sein de l'équipe de pays des Nations Unies - L'OMS ne doit pas gérer la sécurité ou adhérer à des dispositions de sécurité inappropriées fixées par le pays hôte.

6.2.4 Recommandations pour la gestion des ressources

1. Les réponses futures devraient mettre en place dès le départ des systèmes garantissant une utilisation transparente, responsable et efficace des ressources. En plus de garantir la responsabilité des ressources publiques, ces systèmes sont une condition préalable pour gagner la confiance des populations et des communautés affectées. La réponse future devrait envisager d'utiliser un cadre de responsabilité mutuelle. Des mécanismes de fonds communs et une capacité de suivi et de gestion financière dédiée (par exemple pour l'emploi du personnel et le paiement des salaires) - une leçon tirée de la réponse à Ebola en Afrique de l'Ouest - devraient être mis en œuvre.
2. Une attention particulière doit être accordée à l'échelle des paiements versés aux communautés pour encourager leur participation à une réponse, qui en théorie devrait être basée sur le volontariat ou tout au plus sur des indemnités journalières de base (comme c'est le cas pour les volontaires de la Croix-Rouge congolaise). Les paiements généralisés et gonflés dans cette réponse sont susceptibles de compliquer l'action humanitaire future dans la région - avec des répercussions déjà observées dans les activités de Covid-19 et dans la réponse à l'épidémie 11.

6.2.5 Recommandations pour équilibrer une réponse de santé publique et humanitaire

1. On ne peut pas s'attendre à ce que l'OMS, en tant que chef de file technique de la santé publique, assume également la pleine responsabilité des Nations Unies dans un contexte fragile et touché par un conflit sur un éventail de questions complexes liées à la mobilisation opérationnelle, sécuritaire, politique et communautaire. Ces lignes de responsabilité - par exemple sur la sécurité, les mécanismes appropriés de PEAS - doivent être convenues dans la mesure du possible au début d'une réponse sous l'autorité du CR/CH, de préférence dans le cadre d'arrangements convenus lors de l'examen précoce du système humanitaire - protocole d'activation à grande échelle pour le contrôle des événements de maladies infectieuses.
2. Une véritable réponse de santé publique s'aligne sur les principes humanitaires d'humanité, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance, ainsi que de « ne pas nuire ». Une réponse de santé publique et une réponse humanitaire devraient se concentrer sur le bien-être général de l'individu, de la famille et de la communauté et aller au-delà de la concentration exclusive sur une maladie spécifique et son éradication. Les dirigeants de l'OMS et son personnel chargé de la gestion des incidents devraient être versés dans l'application des principes de santé publique et humanitaires, par opposition à ceux de la sécurité sanitaire mondiale, en gardant à l'esprit qu'il y aura toujours une tension entre les aspirations à la santé publique et aux principes humanitaires et les tâches pratiques pour parvenir à un résultat concret dans une urgence sanitaire.
3. Avec l'efficacité démontrée des traitements et des vaccins contre Ebola, les futures épidémies d'Ebola devraient être traitées dans le cadre des besoins de santé généraux d'une communauté. Les craintes de « sécurité sanitaire » mondiale à court terme - dont les résultats sont conçus autour de l'arrêt de la propagation de la maladie dans le Nord - devraient être complétées par un accent sur une santé publique meilleure et durable en RDC.

6.2.6 Recommandations adressées aux donateurs

1. Les financements affectés à court terme des donateurs ont contribué à une situation où les investissements ont largement échoué à mettre en place des avantages durables pour les systèmes de santé au Nord-Kivu (par exemple, des structures durables ou plus de résilience). Les donateurs doivent redoubler d'efforts pour assouplir les contributions humanitaires et rendre le financement du développement accessible, dans le contexte des efforts de financement en cours autour du « lien » et de la localisation.
2. Les donateurs doivent reconsidérer l'opportunité d'acheminer des ressources via la Banque mondiale pour des réponses dans des contextes humanitaires complexes, en particulier lorsque ces mêmes donateurs s'opposent au financement du gouvernement directement en raison de la corruption ou des problèmes de capacité.
3. Les donateurs doivent continuer à déployer du personnel pour les interventions d'urgence afin de favoriser une meilleure compréhension et une meilleure communication entre la communauté des donateurs, le gouvernement et les agences d'intervention. Mais les donateurs doivent revoir leurs protocoles de sécurité pour s'assurer que leur personnel est déployé aux mêmes endroits que le personnel de la santé publique ou des agences humanitaires. Une alternative serait de faire appel à des tiers de confiance qui ne sont pas soumis aux mêmes contraintes de sécurité.

Références

- ACAPS (2018) *Maladie à virus Ebola en RDC (Nord Kivu). Note d'information - 3 août 2018*. Genève : ACAPS (<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/acaps-briefing-note-drc-ebola-virusdisease-3-august-2018>).
- Arie, S. (2019) 'Congo sees rise in deaths from malaria, measles, and cholera as Ebola outbreak swallows up resources' *British Medical Journal* 366: l4522 (www.bmj.com/content/366/bmj.l4522).
- Bali, S., Carletto, J., Clark, J.P., et al. (2019) Enseignements tirés du financement d'une réponse rapide aux récentes épidémies en Afrique de l'ouest et centrale. Washington DC : Banque mondiale (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31838><https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31838>).
- Beaumont, P. et Okiror, S. (2019) « Ebola tue une fille de 9 ans en Ouganda alors que l'épidémie approche les 3 000 cas ». *The Guardian*, 30 août (www.theguardian.com/global-development/2019/aug/30/ebola-kills-girl-9-in-uganda-as-outbreak-approaches-3000-cases-drc).
- Bruni, E., Altare, C., Tabbal, N., et al. (2020) « L'évolution d'un cadre de suivi de la riposte aux flambées d'Ebola dans les provinces du Kivu et de l'Ituri, 2018–2019 » *Humanitarian Exchange* 77: 40–43 (<https://odihpn.org/magazine/the-evolution-of-a-monitoring-framework-for-the-ebola-outbreak-response-in-kivu-and-ituri-provinces-2018-2019/>).
- Bureau régional de l'OMS en Afrique (2020) *Maladie à virus Ebola - République démocratique du Congo - rapport de situation externe* 98. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (www.who.int/publications/i/item/10665-332654).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2019) *Ebola, choléra et rougeole : trois menaces pour les communautés les plus pauvres en République démocratique du Congo*. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS en Afrique (www.afro.who.int/news/ebola-cholera-and-measles-triple-threats-poorest-communities-democratic-republic-congo).
- Campbell, L. and Miranda Morel, L. (2017) *Learning from the Ebola response in cities: communication and engagement*. Londres : ALNAP (www.alnap.org/help-library/learning-from-the-ebola-response-in-cities-communication-and-engagement).
- Congo Research Group (2018) *À l'intérieur de la rébellion des ADF : un aperçu de la vie et des opérations d'un groupe armé djihadiste secret*. New York : Centre de coopération internationale (<https://insidetheadf.org/full-report-inside-the-adf-report/>).
- Congo Research Group (2020) *Ebola en RDC : les effets pervers d'un système de santé parallèle..* New York : Centre de coopération internationale (<http://congoresearchgroup.org/wp-content/uploads/2020/09/report-ebola-drc-the-perverse-effects-of-a-parallel-health-system.pdf>).
- Dewulf, A., Ciza, A.M., Irengé, L., et al. (2020) *Approches collectives de la communication des risques et engagement communautaire dans la réponse à Ebola au Nord-Kivu, République démocratique du Congo*. Londres : ODI (www.odi.org/publications/17421-collective-approaches-risk-communication-and-community-engagement-ebola-response-north-kivu).
- DuBois, M., Wake, C., Sturridge, S., et al. (2015) *La réponse à Ebola en Afrique de l'Ouest : exposer la politique et la culture de l'aide internationale*. Londres : ODI (www.odi.org/publications/9956-ebola-response-west-africa-exposing-politics-culture-international-aid).
- ECDC – Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (2019) « Essais cliniques contre le virus Ebola : deux médicaments identifiés comme plus efficaces ». ECDC, 14 août (www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ebola-treatment-trial-two-drugs-identified-more-effective).

- ECHO - Protection civile européenne et opérations d'aide humanitaire (2018a) « La République Démocratique du Congo : épidémie de maladie à virus Ebola - situation épidémiologique DG ECHO carte quotidienne : 07/08/2018 ». Bruxelles : ECHO (https://ercportal.jrc.ec.europa.eu/ercmaps/20180807_DailyMap_DRC_NordKivu_Ebola.pdf).
- ECHO (2018b) « La République démocratique du Congo : épidémie de maladie à virus Ebola - Situation épidémiologique carte quotidienne de la DG ECHO : 16/10/2018 ». Bruxelles : ECHO (https://ercportal.jrc.ec.europa.eu/ercmaps/20181016_Map_DRC_NordKivu_Ebola_DailyMap.pdf).
- ECHO (2018c) « Épidémie de maladie à virus Ebola - aperçu de la situation carte quotidienne de la DG ECHO : 12/12/2018 ». Bruxelles : ECHO (https://ercportal.jrc.ec.europa.eu/ercmaps/20181212_DailyMap_DRC_NordKivu_Ebola.pdf).
- ECHO (2019a) « Aperçu de la situation d'Ebola en RDC/Ouganda - Carte quotidienne de la DG ECHO : 16/07/2019 ». Bruxelles : ECHO (https://ercportal.jrc.ec.europa.eu/ercmaps/20181212_DailyMap_DRC_NordKivu_Ebola.pdf).
- ECHO (2020) « République Démocratique du Congo : épidémie d'Ebola - Carte quotidienne de la DG ECHO : 20/02/2020 ». Bruxelles : ECHO (https://ercportal.jrc.ec.europa.eu/ercmaps/20181212_DailyMap_DRC_NordKivu_Ebola.pdf).
- EERT - Équipe d'intervention d'urgence contre Ebola (2020) « Programme de transition post-Ebola ». Présentation Powerpoint, 10 mars.
- Enseignements tirés des ONG sur l'épidémie d'Ebola dans l'est de la République démocratique du Congo* (2020) Inédit.
- Fairbanks, A. (2020) « Sécurité et accès en RDC : mise en œuvre d'une stratégie d'acceptation dans la Réponse à Ebola » *Humanitarian Exchange* 77: 43–46 (<https://odihpn.org/magazine/security-and-access-in-the-drc-implementing-an-acceptance-strategy-in-the-ebola-response/>).
- Flummerfelt, R. et Peyton, N. (2020) « Plus de 50 femmes accusent les travailleurs humanitaires d'abus sexuels dans la crise Ebola du Congo. » *The New Humanitarian*, 29 Septembre (www.thenewhumanitarian.org/2020/09/29/exclusive-more-50-women-accuse-aid-workers-sex-abuse-congo-ebola-crisis).
- Freudenthal, E. (2020) « How 'Ebola business' threatens aid operations in Congo ». *The New Humanitarian*, 18 juin (www.thenewhumanitarian.org/investigation/2020/06/18/Ebola-corruption-aid-sector).
- Hasan, M.M. (2019) *Missing the mark? Les habitants de l'est de la RDC ont besoin d'informations sur Ebola dans une langue qu'ils comprennent : une évaluation rapide des besoins linguistiques à Goma, en RDC.* Danbury, CT: Translators Without Borders (<https://translatorswithoutborders.org/missing-the-mark-people-in-eastern-drc-need-information-on-ebola-in-a-language-they-understand/>).
- Henze, N., Grünwald, F. et Parmar, S. (2020) *Examen opérationnel de l'exposition aux pratiques de corruption dans les mécanismes de mise en œuvre de l'aide humanitaire en RDC.* Londres : Adam Smith International (<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/operational-review-exposure-corrupt-practices-humanitarian-aid>).
- IASC (2016) *Guide des meilleures pratiques sur les mécanismes de plainte communautaires inter-institutions Protection contre l'Exploitation et les Abus Sexuels.* Genève : IASC (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-team-accountability-affected-populations-and-protection-sexual-exploitation-and-abuse-10>).
- IASC (2019) *Procédure opérationnelle standard. Protocole d'activation à l'échelle du système humanitaire pour le contrôle des événements de maladies infectieuses.* Genève : IASC (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.* Genève : IASC.

- Ilunga Kalenga, O., Moeti, M., Sparrow, A., et al. (2019) « L'épidémie d'Ebola en cours dans la République démocratique du Congo, 2018-2019 » *The New England Journal of Medicine* 381: 373–383 (www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr1904253).
- Insecurity Insight (2020) « Attaques contre les soins de santé lors de la 10e riposte à Ebola dans la République démocratique du Congo » (<http://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2020/11/Attacks-on-Health-Care-During-the-10th-Ebola-response-in-the-DRC-November-2020-FINAL.pdf>).
- IOAC – Comité consultatif et de supervision indépendant pour le programme de l'OMS pour les urgences sanitaires (2019a) *Du « plus jamais » à « nouvelle normalité » : que nous apprend l'épidémie d'Ebola 2018-2019 en République démocratique du Congo sur l'état de la préparation et de la riposte aux épidémies et pandémies dans le monde ?* Genève : OMS (https://apps.who.int/gpmb/assets/thematic_papers/tr-7.pdf).
- IOAC (2019b) *Rapport de mission IOAC République démocratique du Congo 24 avril-2 mai 2019*. Genève : OMS ([www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/Mission-Report\(English\).pdf?ua=1](http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/Mission-Report(English).pdf?ua=1)).
- Kapur, N. (2020) *Analyse de genre : prévention et réponse à la maladie à virus Ebola dans la République démocratique du Congo*. Genève : Care International (www.care-international.org/files/files/Ebola_Gender_Analysis_English_v2.pdf).
- Kemp, E. (2020) « Remplacer le langage de la peur : langage et communication dans la dernière réponse d'Ebola en RDC » *Humanitarian Exchange* 77: 21–24 (<https://odihpn.org/magazine/replacing-the-language-of-fear-language-and-communication-in-drcs-latest-ebola-response/>).
- Lamoure, G. and Juillard, H. (2020) *Répondre aux épidémies d'Ebola : un document de leçons ALNAP*. Londres : ALNAP (www.alnap.org/help-library/alnap-lessons-paper-responding-to-ebola-epidemics).
- Ministère de la Santé de la RDC (2018a) *Plan national réponse à l'épidémie de maladie à virus Ebola dans la province du Nord-Kivu* (www.who.int/emergencies/crises/cod/DRC-ebola-disease-outbreak-response-plan-10august2018-1612-EN.pdf?ua=1).
- Mobula, L.M., Samaha, H., Yao, M., et al. (2020) « Recommandations pour la réponse Covid-19 au niveau national sur la base des leçons tirées de l'épidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo » *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 103(1): 12–17 (www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.20-0256;jsessionid=ZrNONBebD37wGPL8AyroJh4d.ip-10-241-1-122).
- Moon, S., Sridhar, D., Pate, M.A., et al. (2015) « Ebola changera-t-il la donne ? » Dix réformes essentielles avant la prochaine pandémie. Le rapport du panel indépendant Harvard – LSHTM sur la réponse mondiale à Ebola *The Lancet* 386(10009): 2204–2221 ([www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00946-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00946-0/fulltext)).
- Moss, K., Michaud, J. and Kates, J. (2019) *Note de données : financement des donateurs pour la riposte actuelle à Ebola en RDC*. San Francisco: KFF (www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/data-note-donor-funding-for-the-current-ebola-response-in-the-drc/#).
- Mulangu, S., Dodd, L.E., Davey, R.T., et al. (2019) 'A randomized, controlled trial of Ebola Virus Disease therapeutics' *New England Journal of Medicine* 381: 2293–2303 (www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1910993).
- Nature* (2019) « Construire la confiance pour lutter contre Ebola ». Editorial *Nature* 567: 433 (www.nature.com/articles/d41586-019-00892-6).
- OMS (2015) *Rapport du groupe d'évaluation provisoire d'Ebola*. Genève : OMS (www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/en/).
- OMS (2018) *Maladie à virus Ebola, République démocratique du Congo, rapport sur la situation extérieure rapport 17. Déclaration de la fin de l'épidémie*. Genève : OMS (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273348/SITREP_EVD_DRC_20180725-eng.pdf?ua=1).

- OMS (2019) *Réponse de l'OMS à l'épidémie d'Ebola 2018-2019 au Nord-Kivu et en Ituri, République démocratique du Congo. Rapport aux donateurs pour la période d'août 2018 à juin 2019*. Genève : WHO (www.who.int/docs/default-source/documents/emergencies/drc-ebola-response-srp-1-3-october2019.pdf?sfvrsn=41319fa1_2)
- OMS (2020) *Ebola en République démocratique du Congo. Nord-Kivu, Ituri 2018–2020*. Genève : OMS (www.who.int/emergencies/diseases/ebola/drc-2019).
- ONU (2016) *Protéger l'humanité des futures crises sanitaires : rapport au Groupe de haut niveau sur la réponse mondiale à la crises sanitaires..* New York: ONU (www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723).
- ONU (2019) *Concept d'opérations : stratégie d'intensification des Nations Unies pour mettre fin à la montée du 10e virus Ebola en RDC*. Genève : ONU (www.un.org/ebolaresponse/drc/content/concept-operations---un-scale-strategy).
- Oxfam (2018a) *Corrections de cap cruciales pour la riposte à Ebola à Beni, en RDC*. Oxford: Oxfam (<https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/the-ebola-outbreak-in-drc-strengthening-the-response-620555>).
- Oxfam (2018b) *RDC : la première épidémie d'Ebola au monde dans un conflit..* Oxford: Oxfam (<https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/the-ebola-outbreak-in-drc-strengthening-the-response-620555>).
- Ravelo, J.L. (2017) « DevExplains : comment fonctionne le système de gestion des incidents de l'OMS ». Devex, 14 June (www.devex.com/news/devexplains-how-who-s-incident-management-system-works-90473).
- RDC Ministère de la Santé (2018b) *Plan national révisé de réponse à l'épidémie de maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, République démocratique du Congo* (www.who.int/docs/default-source/documents/spr-ebola-2019/srp2-drc-revised-plan.pdf?sfvrsn=99d6c11f_4).
- RDC Ministère de la Santé (2018c) *Plan de réponse stratégique pour l'épidémie de maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, République démocratique du Congo : mise à jour (pour la période de novembre 2018 à janvier 2019)* (<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/update-period-november-2018-january-2019-strategic-response-plan>).
- RDC Ministère de la Santé (2019a) *Plan de réponse stratégique pour l'épidémie de maladie à virus Ebola dans les provinces de Nord Kivu et Ituri : février-juillet 2019* (<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/strategic-response-plan-ebola-virus-disease-outbreak-provinces>).
- RDC Ministère de la Santé (2019b) *Plan de réponse stratégique pour l'épidémie de maladie à virus Ebola dans les provinces de Nord Kivu et Ituri, République démocratique du Congo : Juillet-décembre 2019* (<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/strategic-response-plan-ebola-virus-disease-outbreak-provinces-0>).
- RDC Ministère de la Santé (2020) *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. 4e édition (PSR-4.1). Janvier 2020–Juin 2020* (www.who.int/docs/default-source/documents/srp4-1-et-annexes20200208c.pdf?sfvrsn=403a362a_2).
- RULAC – État de droit dans les conflits armés (2019) *RDC : une cartographie des conflits armés non internationaux au Kivu, au Kasai et en Ituri*. Genève : Académie de droit international humanitaire de Genève et les droits de l'homme (www.rulac.org/news/democratic-republic-of-the-congo-a-mapping-of-non-international-armed-confl).
- Salaam-Blyther, T. and Arieff, A. (2019) *Épidémie de maladie à virus Ebola : République démocratique du Congo..* Washington DC: Congressional Research Service (www.justice.gov/eoir/page/file/1205996/download).
- SSHA – Social Science in Humanitarian Action (2018) *Principales considérations : le contexte du Nord-Kivu Province, RDC*. Brighton, Royaume-Uni : IDS (www.ids.ac.uk/publications/key-considerations-the-context-of-north-kivu-province-drc/).

- SSHA (2019a) « Politique, factions et violence : écouter les voix locales sur Ebola ». Médias locaux Mise à jour 3 (Février – Avril - 2019). Brighton: IDS (www.ids.ac.uk/publications/politics-factions-and-violence-listening-to-local-voices-on-ebola-local-media-update-3-february-april-2019/).
- SSHA (2019b) *Compilation de données en sciences sociales et comportementales (# 5), épidémie d'Ebola dans l'est de la RDC, Septembre-novembre 2019..* Brighton: IDS (www.ids.ac.uk/publications/social-science-and-behavioural-data-compilation-5-ebola-outbreak-eastern-drc-september-november-2019-sshap/).
- Sun, L.H. (2018) « lors que l'épidémie d'Ebola s'aggrave au Congo, les États-Unis restent hors de la zone de guerre ». The Washington Post, novembre 14 (www.washingtonpost.com/national/health-science/as-ebola-outbreak-worsens-in-congo-us-stays-out-of-war-zone/2018/11/14/e682f448-e845-11e8-b8dc-66cca409c180_story.html).

Annexe 1 Questions de recherche clés

Question clé (KQ) 1. Dans quelle mesure les différents mécanismes de leadership et de coordination de la réponse à la MVE sont-ils efficaces, en mettant l'accent sur l'EERO, l'EERC, l'EERT, le gestionnaire des incidents de l'OMS et la Banque mondiale, et dans quelle mesure ont-ils été interfacés avec l'architecture de coordination humanitaire existante et avec d'autres structures de coordination nationales ?

Critères de jugement (JC) 1.1. Clarté des rôles, responsabilités et processus des différentes directions et mécanismes de coordination et leur alignement sur un objectif commun lors de la réponse à l'épidémie de maladie à virus Ebola 10.

Sous-questions

- Quels ont été les principaux mécanismes de leadership et de coordination de la réponse à la MVE ? Comment ceux-ci ont évolué au fil du temps pour s'adapter à l'évolution des besoins ?
- Comment le leadership et les mécanismes de coordination de la réponse à la MVE (y compris au niveau national) ont-ils travaillé ensemble, à la fois entre eux et avec l'architecture de coordination humanitaire ?

JC 1.2. L'efficacité des mécanismes de leadership et de coordination lors de la réponse à l'épidémie de maladie à virus Ebola 10, en tenant compte des limites et contraintes opérationnelles pertinentes.

Sous-questions

- Quelles ont été les principales forces des mécanismes de leadership et de coordination de la réponse à la MVE, compte tenu de leur évolution dans le temps ? Quelles ont été les lacunes et/ou les doubles emplois importants ?
- Quelles ont été les principales forces et faiblesses de la relation / interaction entre les mécanismes de la réponse internationale et les structures nationales de coordination ?
- Quels ont été les facteurs sous-jacents des principaux succès et lacunes ? Quels ont été les obstacles majeurs et comment ont-ils été gérés ?

KQ 2. Comment les mécanismes de leadership et de coordination de la MVE ont-ils influé sur les résultats (a) de l'engagement et de l'acceptation de la collectivité ; (b) des approches de sécurité ; et (c) du financement, de la surveillance et des rapports sur l'utilisation des fonds des donateurs ?

JC 2.1. Les mécanismes de leadership et de coordination de la réponse à la MVE ont aidé à identifier, analyser et gérer les risques liés à (a) l'engagement et l'acceptation de la communauté ; (b) les approches de sécurité ; et (c) le financement, le suivi et l'établissement de rapports sur l'utilisation des fonds des donateurs pendant la conception et la mise en œuvre de la réponse.

Sous-questions

- Comment les mécanismes de leadership et de coordination de la réponse à la MVE dans leurs différentes itérations au cours de la réponse ont-ils aidé à identifier, analyser et gérer les risques

liés à (a) l'engagement et l'acceptation de la communauté ; (b) les approches de sécurité ; et (c) le financement, le suivi, et les rapports sur l'utilisation des fonds des donateurs ?

- Dans quelle mesure ces mécanismes se sont-ils améliorés ou ont-ils contribué au renforcement de la résilience des systèmes de santé publique communautaires ?

JC 2.2. Contribution du leadership et des mécanismes de coordination de la réponse à la MVE dans l'obtention de résultats (résultats prévus et imprévus) pour (a) l'engagement et l'acceptation de la communauté ; (b) les approches de sécurité ; et (c) le financement, le suivi et l'établissement de rapports sur l'utilisation des fonds des donateurs.

Sous-questions

- Quels ont été les objectifs de résultat pour (a) l'engagement et l'acceptation de la communauté ; (b) les approches de sécurité ; et (c) le financement, le suivi et l'établissement de rapports sur l'utilisation des fonds des donateurs pendant la conception et comment ceux-ci ont-ils été mesurés ?
- Quels ont été les résultats prévus et inattendus concernant (a) l'engagement communautaire et l'acceptation ; (b) les approches de sécurité ; et (c) le financement, le suivi et l'établissement de rapports sur l'utilisation des fonds de donateurs ?

KQ 3. Dans le contexte d'une flambée de maladie à virus Ebola se déroulant dans un contexte humanitaire et affectant des communautés en conflit, quels sont les points de décision pour savoir si, quand et comment naviguer depuis une réponse d'urgence de santé publique vers une réponse humanitaire ou pour harmoniser les deux approches ? Quels sont les éléments critiques de chaque approche qui ont contribué à une réponse efficace ?

JC 3.1. Le leadership et les mécanismes de coordination de la réponse à la MVE ont pris des décisions opportunes et fondées sur des preuves en consultation avec le système de coordination humanitaire en utilisant une planification harmonisée et les systèmes et approches de surveillance.

Sous-questions

- Comment le leadership et la coordination de la réponse à la MVE et les systèmes de coordination humanitaire ont-ils permis de prendre des décisions communes ? Dans quelle mesure les décisions ont-elles été prises en temps opportun (c'est-à-dire au bon moment) en fonction des priorités ?
- Quels sont quelques exemples de bonnes pratiques ? Y a-t-il eu des lacunes importantes ? Quelles sont les principales clés de ces succès et défis ?

JC 3.2. Les agences de santé publique et humanitaires ont collaboré ensemble en utilisant leur avantage comparatif.

Sous-question

- Dans quelle mesure les avantages comparatifs de la santé publique et des acteurs humanitaires ont-ils été optimisés ? Quels sont quelques exemples clés et quels ont été les facteurs sous-jacents des succès et/ou des manques ?

KQ 4. L'IASC devrait-il envisager de réviser les sections relatives aux mécanismes de leadership et de coordination dans le « Protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire pour le contrôle des maladies infectieuses » et, si oui, comment ?

JC 4.1. Les protocoles relatifs au leadership et aux mécanismes de coordination dans le « Protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire pour le contrôle des maladies infectieuses » de l'IASC ont été appliqués et ont considérablement influencé la réponse.

Sous-questions

- Comment les protocoles relatifs aux mécanismes de leadership et de coordination au sein du « Protocole d'activation à grande échelle du système humanitaire pour le contrôle des maladies infectieuses » de l'IASC ont-ils été utilisés au cours des différentes phases de l'intervention ?
- Comment l'utilisation de ces protocoles a-t-elle influencé la réponse ?

JC 4.2. Exemples de bonnes pratiques reproductibles et de domaines à améliorer/lacunes dans les protocoles existants.

Sous-questions

- Comment l'utilisation des protocoles a-t-elle contribué positivement à la réponse ? Les agences ont-elles fait face à des défis dus à l'utilisation des protocoles ? Pourquoi ?
- Sur la base des expériences pendant la réponse à l'épidémie de MVE, y a-t-il des améliorations spécifiques nécessaires dans les protocoles ?

KQ 5. Comment les leçons pertinentes tirées de l'épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest (2014-2016) et des épidémies antérieures de MVE en RDC éclairent la réponse à l'épidémie 10 de MVE en RDC ? Avons-nous manqué des occasions d'appliquer les leçons apprises ? Quelles améliorations sont recommandées pour pouvoir réagir plus efficacement la prochaine fois qu'il y aura une crise comparable ?

JC 5.1. Des enseignements pertinents de l'épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest (2014-2016) et de la MVE antérieure en RDC ont été utilisées lors de la réponse à l'épidémie 10 de MVE en RDC.

Sous-questions

- Quelles leçons des précédentes flambées de MVE ont été appliquées à l'épidémie 10 de MVE en RDC ?
- Comment ces leçons ont-elles été appliquées et quel en a été le résultat ? Y avait-il des leçons qui ont été tirées et qui n'ont pas été appliquées ? Si oui, pourquoi ?

JC 5.2. Exemples de leçons tirées des précédentes flambées de MVE et/ou de la pandémie actuelle de MVE qui pourraient aider à améliorer la réponse à des crises comparables à l'avenir.

Sous-questions

- Quels ont été les principaux obstacles et lacunes de cette réponse qui devraient être pris en compte afin d'améliorer les réponses futures ?
- Qu'est-ce qui devrait être fait différemment la prochaine fois qu'il y aura une épidémie comparable dans les domaines suivants : mécanismes de leadership/coordination ; gestion des risques ; engagement des communautés ; équilibre/harmonisation de la réponse d'urgence de santé publique avec une réponse humanitaire ; intégration des leçons tirées des réponses précédentes ? Quelles recommandations spécifiques pourraient améliorer ces domaines dans les réponses futures, y compris l'interdépendance entre la coordination, l'engagement communautaire et l'acceptation ?

HPG

Humanitarian Policy Group

Le groupe de politique humanitaire (GPH), Humanitarian Policy Group en anglais, 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 de la politique 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 à reproduire les éléments de cette publication mais, en tant que détenteurs de droits d'auteur, l'ODI demande un accusé de réception et une copie de la publication. Ce rapport et d'autres rapports GPH sont disponibles sur www.odi.org/hpg.

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

Groupe chargé des politiques
humanitaires
ODI
203 Blackfriars Road
London SE1 8NJ
Royaume-Uni

Tél. : + 44 (0) 20 7922 0300
Fax : +44 (0) 20 7922 0399
Email : hpgadmin@odi.org
Site web : odi.org/hpg

Un médecin met un équipement
de protection individuelle en
janvier 2019 à Beni, dans la
région du Nord-Kivu en RDC.
Crédit : Banque mondiale /
Vincent Tremeau

