

ÉVALUATION DES

INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE EBOLA DE MSF-OCB EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (2018-2020)

DECEMBRE 2021

Le présent document a été rédigé à la demande de Médecins Sans Frontières - Centre Opérationnel de Bruxelles, sous la direction de Stockholm Evaluation Unit.

Les évaluateurs externes Marc DuBois et Edward Rackley, de Shearwater Research LLC, ont préparé ce document en toute indépendance.

AVERTISSEMENT

Les opinions des auteurs exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de MSF et de la SEU.

REMERCIEMENTS

Les événements couverts par cette évaluation ont affecté les personnes qui y ont contribué, souvent profondément. Au cours des trois interventions et du soutien afférent, leur travail a donné lieu à des entretiens qui ont révélé des sentiments de regret, de confusion et de frustration, mais également de fierté et d'accomplissement. Nous sommes extrêmement reconnaissants aux dizaines de personnes qui ont accepté de relater leur expérience et de nous offrir leurs éclairages.

Nous remercions tout particulièrement les membres du Groupe consultatif (GC), pour leur patience et leur supervision ; le personnel de mission à Kinshasa et Goma (notamment Jimmy, Jean-Michel et Élise), qui nous a ménagé une place dans un emploi du temps pourtant chargé ; et Antoine Mushagalusa Ciza et Emmanuel Kandate (RISD), pour leur contribution à cette évaluation.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	2
RÉSUMÉ.....	4
INTRODUCTION.....	8
Toile de Fond de l'évaluation.....	8
Objet de l'évaluation	9
Méthodologie	9
OBSERVATIONS.....	15
Thèmes Principaux.....	15
Aperçu des Trois Épidémies	16
Observations Selon la Matrice d'Évaluation	18
ANALYSE	44
CONTEXTE : TRANSFORMATION DU PAYSAGE DE RÉPONSE	45
Le Nouveau Paysage Opérationnel D'ebola.....	45
« Business Ebola » + Exceptionnalisme D'ebola	46
PARTENARIAT, COLLABORATION, CONCERTATION.....	47
Avec Le Msp Et Les Communautés, Et Au Sein De Msf Et De L'ocb.....	47
Collaboration Et Concertation Avec Le Msp	48
Engagement Communautaire.....	51
Concertation Au Sein De Msf En Général Et De L'ocb En Particulier.....	51
LEADERSHIP + PRINCIPES.....	52
Application Par L'ocb De Ses Principes De Base (Humanitaires)	52
L'éthique Du Compromis Et De La Complicité	56
VALEUR AJOUTÉE ET AVANTAGE COMPARATIF.....	57
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXE : TABLEAU DES QUESTIONS D'ÉVALUATION	64

Tables

Table 1. Catégories d'informateurs clés et nombre d'entretiens.....	11
---	----

ABRÉVIATIONS

CE	<i>Community engagement</i> (Engagement communautaire)
CTE	Centre de traitement Ebola
DSP	Département de Santé Provincial
EmCo	<i>Emergency Coordinator</i> (Coordinateur d'urgence de l'OCB)
EPI	Équipement de protection individuelle
Epool	<i>Emergency Pool</i> (Pool d'urgence basé à Bruxelles)
FARDC	Forces armées de la République démocratique du Congo
FCDO	Bureau des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement du Royaume-Uni (<i>Foreign, Commonwealth & Development Office of the United Kingdom</i>)
GC	Groupe consultatif
HPG	<i>Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute</i> (Groupe de politique humanitaire)
HP	<i>Health Promotion</i> (Promotion de la santé)
INRB	<i>Institut national de recherche biomédicale - RDC</i> (National institute for biomedical research in DRC)
IRC	<i>International Rescue Committee</i> (Comité international de secours)
KI	<i>Key informant</i> (Informateur clé)
KII	<i>Key informant interview</i> (Entretien avec un informateur clé)
MCZ	Médecin chef de zone du MSP
MedCo	<i>Medical Coordinator</i> (Coordinateur médical de l'OCB)
MONUSCO	Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo
MSP	Ministère de la Santé publique
MVE	Maladie à virus Ebola
OC	<i>Operational Centre</i> (Centre opérationnel)
OCB	<i>Operational Centre Brussels</i> (Centre opérationnel de Bruxelles)

OCG	<i>Operational Centre Geneva</i> (Centre opérationnel de Genève)
OCHA	<i>Office for the Coordination of Humanitarian Affairs</i> (Bureau de la coordination des affaires humanitaires)
OCP	<i>Operational Centre Paris</i> (Centre opérationnel de Paris)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONGI	Organisation non gouvernementale internationale
PAM	Programme alimentaire mondial
PUC	Pool d'urgence Congo (basé à Kinshasa)
QE	Questions d'évaluation
RDC	République démocratique du Congo
RISD	Initiatives de recherche pour le développement social (<i>Research Initiatives for Social Development</i>)
SEU	<i>Stockholm Evaluation Unit</i> (Unité d'évaluation de Stockholm)
SP	Soins primaires
TdR	Termes de référence
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agence américaine pour le développement international)
UTE	Unité de traitement Ebola
WBG	<i>World Bank Group</i> (Groupe de la Banque Mondiale)

RÉSUMÉ

Depuis 1977, le Centre opérationnel de Bruxelles (OCB)/Médecins Sans Frontières (MSF) s'est bâti une expérience exceptionnelle en République démocratique du Congo (RDC). L'OCB a notamment joué un rôle de leadership lors de chaque épidémie officielle de maladie à virus Ebola (MVE), dans un contexte marqué depuis quelques années par une aide croissante des autres centres opérationnels (OC). En commanditant cette évaluation de ses réponses aux trois dernières épidémies (9^e, 10^e et 11^e de MVE en RDC), l'OCB revient également sur des décennies de « réponse totale ». Fortes d'une expérience de la MVE et de ressources supérieures, les équipes de MSF avaient en effet pour habitude de diriger la stratégie opérationnelle et une variété de piliers de réponse, de la surveillance au traitement en passant par les soins psychologiques aux survivants. Historiquement, ces interventions étaient menées de manière autonome, avec l'appui du ministère de la Santé publique (MSP), en conformité avec la mission de l'OCB/MSF de sauver des vies dans des situations dangereuses.

Loin de se limiter à la lutte contre Ebola en RDC, cette autonomie était de règle pour toutes les épidémies, de l'Ouganda au Gabon. Le contrôle de la chaîne de commandement impliquait de fournir l'ensemble du matériel, des ressources logistiques et financières et des équipes d'experts techniques et médicaux nécessaires. Ces équipes élaboraient ensuite des interventions efficaces à même de sauver des vies, souvent dans des contrées isolées avec un soutien limité des autorités de santé. Cette responsabilité et ce privilège jadis énormes ont toutefois commencé à s'effriter après la pandémie d'Ebola d'Afrique de l'Ouest, en 2014-2016, lorsque l'OCB a appelé à un engagement accru¹ des institutions nationales et de l'OMS. Les premiers effets de cet appel à une participation nationale plus active dans la réponse à la MVE ne se sont fait sentir en RDC qu'à la mi-2017, à Likati², où l'OCB a participé à une réponse pilotée par les équipes du MSP et de l'OMS. Cette réalité d'une multiplication des acteurs et des ressources placés sous la direction des autorités nationales a effectivement pris corps en 2018, avec l'épidémie de Bikoro, dans la province de l'Équateur (9^e).

Sans être en soi malvenue, cette transition d'un rôle directeur à une fonction de soutien dans la lutte contre Ebola a pris l'OCB par surprise. Après avoir réclamé davantage de ressources et d'acteurs à l'issue de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest, MSF n'a joué aucun rôle dans la concrétisation de cette vision en RDC et dans les autres pays exposés à Ebola. Au vu des liens étroits noués avec le MSP en RDC et ailleurs, ainsi que de ses relations avec l'OMS, on aurait pu s'attendre à ce que MSF alimente et guide ces discussions. Il n'en a rien été.

Si la présente évaluation se focalise sur la performance de l'OCB lors de trois épidémies de RDC entre 2018 et 2020, elle ne peut faire abstraction de la complexité de la transformation concomitante du débat politique et des dynamiques de pouvoir entourant la réponse à la MVE. Dans chacune de ces trois interventions, les nouveaux intérêts institutionnels et priorités nationales ont lourdement pesé sur la capacité de l'OCB à s'engager, compromettant son autonomie passée et sa latitude opérationnelle. Autre conséquence de taille, l'OCB/MSF s'est retrouvé sous l'autorité du

¹ <https://www.msf.org/ebola-west-africa-epidemic-requires-massive-deployment-resources>

² <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/drc-response-ebola-virus-disease-outbreak-bas-uele-likati-first>

gouvernement, simple engrenage dans sa réponse. Cette inversion des rôles a eu des répercussions directes sur la performance de l'OCB, qui sont détaillées dans le présent rapport.

Les relations avec les communautés touchées ont elles aussi fortement influé sur la performance de l'OCB lors des trois épidémies. Dans les situations de conflit où des groupes armés menacent l'accès et l'État est impliqué dans les hostilités, une réponse à la MVE menée sous l'égide du gouvernement et à laquelle participe MSF peut susciter méfiance et rejet de la part du public. Comme l'a souligné un expert d'Ebola de l'OCB, « *Vous ne pouvez pas contrôler une épidémie si la population vous met des bâtons dans les roues* ». Au Nord-Kivu et dans l'Ituri, la réponse à Ebola dirigée par le gouvernement a cristallisé la colère suscitée par des années d'insécurité et de désespoir. Comme ceux de l'OMS, notamment, le personnel et les infrastructures de santé de l'OCB ont ainsi été attaqués ; jugés trop importants, les risques ont alors justifié le retrait. Dans la zone rurale de l'Équateur, théâtre des 9^e et 11^e épidémies, les communautés ne remettaient en cause ni l'existence d'Ebola ni l'allocation des ressources dédiées à son contrôle, comme c'était le cas pour la 10^e. Bénéficiant d'une plus grande confiance des habitants, l'OCB a pu travailler efficacement, quoique sous l'autorité et la supervision strictes du MSP/de l'OMS.

Au terme d'un vaste processus d'étude documentaire et d'entretiens avec plus de 70 informateurs clés (KI) ayant entre autres requis une visite de trois semaines dans le pays, les évaluateurs ont dégagé les thèmes suivants :

1. **Les KI de l'OCB voyaient dans l'architecture de la réponse officielle à la MVE en RDC (verticale, dirigée par le MSP) une contrainte et un défi majeurs** pour l'indépendance de MSF et les méthodes de travail traditionnelles de l'OCB. Pour les 9^e et 10^e épidémies, l'OCB s'est soumis à la direction et au leadership du MSP, avec un bilan mitigé, les résultats étant également tributaires de la situation politique locale et du terrain physique. Les KI de l'OCB jugeaient la 11^e épidémie de façon un peu plus positive, l'OCB ayant délibérément géré ses relations avec le MSP en vue de reprendre un peu de son indépendance. Aujourd'hui, l'OCB évalue de quelle manière travailler sous l'autorité du MSP à Kinshasa et aux côtés d'une variété d'acteurs de la réponse à la MVE, dans un contexte où le rôle de MSF pourrait être réduit.
2. **Pas d'effort clair de la part du leadership de l'OCB de négocier ou empêcher l'appropriation de son espace opérationnel par le MSP.** Les KI de l'OCB ne considéraient pas la perte d'autonomie et d'espace opérationnel d'un même œil pour les trois épidémies, mais étaient globalement irrités de l'impact réduit sur la MVE, honteux des relations dysfonctionnelles entre OC (10^e, notamment) et attristés par la perte de crédibilité de MSF. « Plus jamais ça », ont souvent affirmé les KI de l'OCB au sujet de la MVE en RDC.
3. **Interrogations sur le leadership de l'OCB.** Une gestion réactive et improvisée de la situation, contrastant avec des équipes MVE techniquement compétentes, a affaibli l'impact général de l'OCB lors des 9^e, 10^e et 11^e épidémies. Dans les trois cas, l'OCB a eu des problèmes évidents de collaboration avec tous les acteurs externes sur le terrain – et pas seulement avec le MSP à Kinshasa – et peiné à clarifier la suite des opérations. Concernant les désaccords intersectionnels durant la 10^e épidémie, le leadership du siège de l'OCB à Bruxelles a commis l'erreur de demander aux équipes de terrain de conclure un mariage entre des parties qui ne s'accordaient pas sur les rôles et objectifs de base. En l'absence d'une vision et d'une conduite efficaces, l'OCB n'a pu tirer parti de son expérience de la MVE pour améliorer les résultats.

4. **La complexité sans précédent de la 10^e épidémie a généré des frustrations et des questions encore sans réponse au sein de l'OCB.** Outre les carences stratégiques, les relations fragmentées entre OC, les querelles de clocher entre le Pool d'urgence (EPool), le Pool d'Urgence Congo (PUC) et les structures de mission, ainsi que les rapports conflictuels avec le MSP/l'OMS, la réponse à la 10^e épidémie était compliquée par l'énorme pression des bailleurs de fonds et l'explosion du « business Ebola », auquel MSF s'est trouvé mêlé contre son gré. Parmi les autres difficultés liées au contexte, dont aucune n'était inédite, figuraient les groupes armés, la xénophobie/les foyers d'opposition et le déni de la MVE. Témoins de l'hostilité de la population, de la discorde entre OC et des relations tendues avec le MSP/l'OMS, de nombreux KI se sont demandé si la réponse à la 10^e épidémie était vouée à l'échec.
5. **Quelques progrès lors de la 11^e épidémie.** Si de nombreux KI ont souligné le manque de consensus sur la fonction et les objectifs de l'OCB en matière de promotion de la santé (HP) et d'engagement communautaire (CE), certaines approches d'HP/CE ont clairement démontré leur efficacité et leur valeur lors de chacune des épidémies, et principalement la 11^e. La répartition confuse des rôles et responsabilités entre PUC, EPool et mission a dominé les 9^e et 10^e épidémies ; ce fut moins le cas de la 11^e, pour laquelle le PUC a lancé la réponse, avant de recevoir le soutien de l'EPool.

Ce rapport d'évaluation comprend deux sections principales : Observations et Analyse. Après une brève introduction et une description rapide de la méthodologie, la 1^{re} Section présente cinq catégories d'observations principales, basées sur les questions clés des Termes de référence (TdR) de l'évaluation (voir Annexe). Les cinq questions se rapportent en substance aux aspects suivants des interventions de l'OCB :

- **Pertinence** au regard du contexte et des besoins locaux. Comment l'OCB a-t-il répondu à l'évolution des besoins ; comment les principes fondamentaux de MSF, comme l'indépendance et « Ne pas nuire », ont-ils été appliqués ?
- **Caractère approprié** vis-à-vis du contexte, avec une stratégie et des objectifs clairs. Quelles approches sont les plus efficaces ; quels sont les avantages et inconvénients respectifs de la décentralisation et des centres de traitement Ebola (CTE), par exemple ?
- **Efficacité.** Les résultats étaient-ils conformes aux intentions et buts de l'intervention ? Quels étaient les défis et les risques, et comment l'OCB s'est-il adapté ? Y a-t-il eu des résultats imprévus ?
- **Efficiences.** L'allocation des principales ressources (temps, matériel, personnel) était-elle judicieuse et équilibrée ? Quels ont été les coûts d'opportunité ?
- **Interdépendance.** Les efforts et la vision étaient-ils alignés entre OC et sur ceux des partenaires de la réponse à la MVE ? Existait-il des liens étroits avec les populations et les autorités nationales de santé ? La réponse était-elle intégrée aux systèmes locaux de santé ou a-t-elle été menée en parallèle ?

La section Analyse s'articule autour de quatre thèmes :

1. Contexte : transformation du paysage de réponse
2. Partenariat, collaboration, concertation
3. Leadership et Principes
4. Valeur ajoutée et Avantage comparatif

Chacun de ces quatre thèmes est exploré afin d’approfondir la réflexion de l’OCB sur les problèmes soulevés dans la section Observations. La section Analyse cherche à relier les problèmes et opportunités des trois interventions à leurs implications plus larges et aux mesures que l’organisation devra prendre à l’avenir. Par exemple :

- Lors des 9^e et 10^e épidémies d’Ebola, l’OCB a manqué de clairvoyance pour n’avoir pas su anticiper et s’adapter aux implications de l’amélioration des capacités de réponse tant internationales que congolaises après l’épisode d’Afrique de l’Ouest.
- Le manque de confiance mutuelle est aujourd’hui un obstacle à une concertation plus efficace avec le MSP ; l’OCB/MSF doit gagner la confiance de ce dernier, et pas seulement changer de point de vue à son sujet.
- Si le leadership de l’OCB doit être salué, il n’a pas été irréprochable dans des domaines tels que l’élaboration de la stratégie ; l’établissement de connexions et collaborations avec d’autres acteurs (y compris au sein de MSF) et les communautés ; la lutte contre les discours pernicious de l’organisation ; et l’alignement des actions sur les principes.
- À mesure que l’exceptionnalisme d’Ebola diminue, l’OCB doit recalibrer un certain nombre de décisions et calculs opérationnels, en raison de l’évolution tant des arbitrages et compromis que de son avantage comparatif par rapport aux autres acteurs.

La présente évaluation rétrospective est de ce point de vue également tournée vers le futur. Les difficultés qu’a rencontrées l’OCB, et notamment la remise en cause de sa prééminence mondiale dans la réponse à Ebola – un élément central de son identité – ont rendu nécessaire une meilleure compréhension du déroulement des trois épidémies en RDC. De nombreux membres de l’OCB ont affirmé avoir tiré des leçons de ces épidémies ; à travers ses sections Observations et Analyse, en particulier, cette évaluation peut accélérer et consolider ce processus d’apprentissage. La section Conclusion souligne les préoccupations les plus critiques au regard des prochaines réponses à Ebola et de la culture organisationnelle ambiante. Les points clés sont les suivants :

- Pour mieux se positionner dans la réponse à la MVE, MSF doit analyser et évaluer le secteur de l’aide humanitaire dans son ensemble, le système de santé publique internationale et la dynamique des crises régionales, avant d’y déterminer sa place.
- Une réponse à Ebola efficace en RDC exige d’établir une concertation plus robuste, stratégique et durable avec le MSP.
- Pour s’adapter aux changements de l’environnement externe en général et du contexte propre à chaque réponse, l’OCB a besoin d’une direction stratégique partagée et d’une gestion dédiée du changement.
- Des orientations précises – stratégie, leadership, clarté en matière de principes et d’éthique – doivent être mises en place afin d’améliorer la qualité et la cohérence de la prise de décision opérationnelle.

INTRODUCTION

TOILE DE FOND DE L'ÉVALUATION

Actives en République démocratique du Congo (Zaïre) depuis 1977, soit un an après la découverte du virus Ebola (Yambuku, 1976), les équipes de l'OCB ont répondu à chacune des épidémies officielles du pays, avec l'aide croissante d'autres centres opérationnels (OC). Sur base de l'expérience sur le terrain acquise à partir de Kumpungu (2007) et à la lumière du rôle accru d'autres acteurs depuis Isiro (2012), plusieurs informateurs clé décrivent une histoire de « réponse totale ». Fortes de ressources et d'une expérience supérieures, les équipes de MSF avaient en effet pour habitude de prendre à leur compte la stratégie générale et les principaux piliers de la réponse, de la surveillance au traitement en passant par les soins psychologiques aux survivants, avec l'aval inconditionnel du ministère de la Santé publique (MSP). Grâce à sa capacité reconnue à sauver des vies dans les situations dangereuses, l'OCB/MSF était généralement accueilli favorablement par le MSP lors des épidémies de maladie à virus Ebola (MVE). Se limitant à des fonctions de coordination, le MSP lui donnait essentiellement carte blanche pour concevoir et mettre en œuvre une réponse optimale de contrôle et d'éradication.

Placé au sommet de la chaîne de commandement, MSF fournissait l'ensemble du matériel, des ressources et des experts nécessaires, et était libre de fixer la stratégie et délivrer des services salvateurs sans autorisation ni supervision des autorités nationales de santé. Ce privilège de longue date résultant d'une expertise incontestée a été remis en question au cours des trois épidémies de MVE (9^e, 10^e et 11^e) de la période 2018-2020, à laquelle la présente évaluation est consacrée. Dès 2014 en Afrique de l'Ouest, l'OCB a appelé tant les bailleurs que l'OMS, les systèmes nationaux de santé et autres organismes médicaux à davantage de [leadership](#)³ et de ressources. Cette réalité d'une multiplication des acteurs et des ressources placés sous la direction des autorités nationales a effectivement pris corps en 2018, avec l'épidémie de Bikoro, sans toutefois que MSF joue un rôle direct dans sa concrétisation au sein du MSP congolais. Les réponses à Ebola en RDC venaient de connaître un changement radical.

C'est en 2017, lors de l'épidémie de Likati (Bas-Uele) précédant celle de Bikoro (9^e), que la prise de contrôle graduelle de la réponse à la MVE par le MSP se serait fait sentir pour la première fois. Cette évolution a culminé durant l'épidémie du Nord-Kivu, en 2018, lorsque de nombreux autres bailleurs de fonds, organisations non gouvernementales internationales (ONGI) de secours médicaux d'urgence et agences de l'ONU ont fait irruption sur la scène. Tous ces acteurs étaient subventionnés par le ministère congolais des Finances via le MSP, qui leur confiait les services de traitement et de contrôle de la MVE. Financé de manière indépendante, l'OCB devait néanmoins se soumettre à l'autorité du MSP/de l'OMS et se contenter d'un rôle limité. Les relations initialement constructives entre le centre opérationnel de Paris (OCP) et l'OCB se sont rapidement détériorées, les membres des équipes allant jusqu'à parler de « divorce » et de « balkanisation » de MSF. La 10^e épidémie a suscité une énorme réponse internationale (que ne dépassait que celle d'Afrique de l'Ouest en 2014-2016). Le nombre de morts était pourtant loin d'égaliser celle d'une épidémie de rougeole

³ <https://www.msf.org/ebola-west-africa-epidemic-requires-massive-deployment-resources>

concomitante (plus de 11 000 décès), tandis que l'insécurité et le manque d'accès aux soins essentiels ont fait d'innombrables autres victimes.

Malgré la nature en principe rétrospective de l'analyse des trois interventions (pour en identifier les enseignements, les forces et les faiblesses), l'évaluation a également acquis un caractère prospectif. Face à l'arrivée massive de nouveaux acteurs expérimentés, dont le MSP, les KI et les membres du Groupe consultatif ont été nombreux à demander quels changements l'OCB et les autres OC pouvaient introduire pour mieux contribuer à contrôler et endiguer les futures épidémies d'Ebola. De faible ampleur, les dernières épidémies (11^e à Mbandaka et 12^e à Beni) n'ont déclenché ni panique internationale ni réflexe biosécuritaire des autorités nationales. S'il faut s'en réjouir, les conditions politiques et de sécurité ayant compliqué la 10^e épidémie restent d'actualité, et l'OCB doit encore tirer les leçons de cette expérience largement considérée comme un échec⁴.

OBJET DE L'ÉVALUATION

Au plus haut niveau, cette évaluation vise à aider l'OCB à reconsidérer son identité et son rôle d'aujourd'hui et de demain, dans un monde en pleine mutation. Les réponses aux trois épidémies successives de RDC, et notamment les difficultés rencontrées durant l'épidémie plus vaste et plus longue des Kivu et de l'Ituri (10^e), ont poussé l'OCB à remettre en question sa stratégie, sa gestion et ses approches. La révision du modèle d'intervention pour la 11^e épidémie est un premier signe de cette évolution, l'objectif de sauver des vies, soulager les souffrances et éradiquer l'épidémie restant inchangé.

Les TdR fixent un double objectif à l'évaluation :

1. Documenter et décrire de manière systématique les différentes stratégies, approches et activités au cours des trois épidémies et identifier les raisons de ces choix et décisions.
2. Présenter des données probantes de ce qui a fonctionné, pour qui, pourquoi et dans quelles circonstances, et aider l'organisation à formuler des recommandations et des scénarios futurs potentiels pour les réponses à Ebola en RDC et éventuellement dans d'autres pays.

Après la période initiale d'étude documentaire, d'entretiens avec le Groupe consultatif, d'échanges de avec l'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU) et d'analyse plus poussée des TdR, il a été convenu de rendre l'analyse plus bidirectionnelle, afin qu'elle soit à la fois rétrospective et prospective, c'est-à-dire tournée tant vers le passé que vers l'avenir. Ceci contribuera à générer des propositions de scénarios optimisés fondées sur des données probantes et des exemples de « bonnes pratiques » pour les futures épidémies d'Ebola. Plus généralement, ces observations alimenteront les discussions en cours sur le rôle et le travail de l'organisation dans un paysage international en pleine évolution.

MÉTHODOLOGIE

Le but premier de l'évaluation est d'offrir un compte rendu empirique de la réponse de l'OCB aux trois épidémies en RDC, en vue d'en tirer des recommandations prospectives. L'équipe d'évaluation

⁴ « Le désastre de la 10^e épidémie ne peut se répéter, et nous venons pourtant d'en passer à deux doigts en Guinée », aux dires d'un KI de l'OCB.

a reçu le soutien de RISD (Initiatives de recherche pour le développement social), un groupe de chercheurs congolais expérimentés basé à Bukavu. Le groupe a offert des commentaires critiques aux évaluateurs, mis sur pied et mené des entretiens au Congo et préparé une table ronde à Goma avec cinq organisations locales.

ÉLABORATION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION

Les TdR appellent à soumettre les interventions contre Ebola de l'OCB à cinq critères d'évaluation : pertinence, caractère approprié, efficacité, efficience et interdépendance. Concrètement, des questions ont été posées à des informateurs clés (KI) et la documentation a été passée en revue pour évaluer la pertinence (satisfaction des besoins *prioritaires*), le caractère approprié (utilisation de la bonne stratégie), l'efficacité (qualité et quantité des services livrés), l'efficience (utilisation des ressources) et l'interdépendance (relations clés) des trois interventions⁵. Plus spécifiquement, ce cadre a produit l'ensemble de cinq questions d'évaluation (QE) et leurs sous-questions, qui tiennent lieu de titres de la section Observations ci-après (voir également Annexe 1).

COLLECTE DE DONNÉES

En synthèse, notre approche prévoyait une évaluation minutieuse de sources primaires qualitatives (principalement) et secondaires quantitatives (dans une moindre mesure), dont 71 entretiens avec des informateurs clés (KII, voir tableau ci-dessous) internes et externes à MSF, ainsi qu'un examen approfondi de la documentation disponible. Cette évaluation reposait sur l'analyse des données par les experts compétents (KII et observations internes de l'OCB/MSF ; voir par exemple questions d'évaluation 3.1 et 4.1 à l'Annexe 1). La majorité du matériel source a été fournie par l'OCB/la SEU ; l'équipe d'évaluation y a toutefois ajouté les renseignements issus de sa propre étude documentaire, de ses liens avec le reste du secteur et de publications antérieures. Les différentes catégories de KI et leurs effectifs estimés sont présentés ci-après. Une bibliographie est fournie à la fin du rapport.

Nous avons sélectionné les KI de manière à obtenir un échantillon représentatif du personnel de l'OCB et afférent des missions sur le terrain et du siège, ainsi que du MSP et des agences (ALIMA, OMS, OCHA, etc.) collaborant directement à chacune de trois réponses. Lorsque nécessaire nous avons demandé aux KI de nous recommander d'autres personnes à interroger (méthode boule de neige). Nous avons délibérément demandé l'avis de Congolais en contact étroit avec chaque intervention (personnel du MSP, de l'OCB et du PUC) et certaines agences de réponse. Pour donner la parole aux communautés concernées par les trois interventions, nous nous sommes basés sur (a) les enquêtes de perception existantes menées par l'IFRC et [d'autres agences partenaires](#)⁶ ; (b) des discussions et entretiens avec le personnel national, notamment celui proche des communautés, comme les promoteurs de la santé ; (c) des réunions avec les organisations locales pertinentes ou le personnel local des ONGI (10^e à Goma uniquement) ; (d) un examen critique des observations par des experts congolais (voir ci-après) ; et (e) une analyse de la documentation de l'engagement communautaire par MSF et l'OCB et de leurs données à ce sujet.

⁵ Outre ces critères d'évaluation du CAD de l'OCDE, nous avons cherché à savoir si ces trois interventions reflétaient/intégraient les quatre principes fondamentaux de MSF : humanité, impartialité (l'aide est basée sur les besoins et, les ressources étant limitées, cible les besoins *non satisfaits*), indépendance (autonomie des choix opérationnels, rejet des pressions politiques) et neutralité (pas de prise de position, quelles que soient les distinctions/différences identitaires locales).

⁶ <https://www.socialscienceinaction.org/>

L'équipe d'évaluation a en fin de compte interrogé 71 informateurs clés et tenu de nombreuses conversations avec des membres du CG. La plupart des entretiens ont été réalisés à distance, sauf dans le cas des KI disponibles à Kinshasa et Goma lors des visites de l'évaluateur. Les entretiens avec les KI étaient répartis comme suit :

Table 1. Catégories d'informateurs clés et nombre d'entretiens

CATÉGORIES D'INFORMATEURS CLÉS	NOMBRE D'ENTRETIENS
Leadership et personnel du siège de l'OCB intervenant dans les 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e	10
Personnel de terrain de l'OCB intervenant directement dans les 9 ^e , 10 ^e et 11 ^e (international et national ; MVE uniquement et mission de l'OCB)	40
Autres membres de MSF (spécifiquement de l'OCP)	3
Personnel du MSP à Kinshasa et dans les provinces (9 ^e , 10 ^e et 11 ^e)	8
Acteurs des réponses : bailleurs de fonds, ONU, OMS, agences d'aide internat. + locales (9 ^e , 10 ^e et 11 ^e)	9
Experts de différents domaines (Congo, Ebola, etc.)	1
TOTAL	71

Marc DuBois s'est rendu en RDC du 1^{er} au 24 août pour mener des entretiens, tenir des réunions et discuter les interventions Ebola de l'OCB avec le personnel de la mission. Il a principalement été basé à Kinshasa (dont une semaine de quarantaine à son arrivée), avant de passer les quatre derniers jours à Goma. Lors de sa visite à Goma, il a reçu l'aide des chercheurs congolais de RISD. Voir la section sur les limitations pour plus d'explication s'agissant du focus sur Kinshasa et Goma seulement.

Éthique

Les entretiens se focalisaient sur les actions de l'organisation et ce que les participants en pensaient. Nous avons jugé que le risque des entretiens et autres activités de récolte d'informations pour les participants était très faible. En raison de la revue éthique que menait le GAREC⁷ de l'OCB, certains risques pourraient avoir été plus élevés dans le cas de la 10^e épidémie.

Les informations recueillies ne comprenaient que très peu de données à caractère personnel, qui n'ont été enregistrées que par les évaluateurs. Tous les résultats oraux et écrits de l'évaluation ont été

⁷ Groupe pour Avis et Recherche sur l'Éthique et la Conduite (OCB).

anonymisés, et les déclarations ont dans la mesure du possible été placées dans des catégories anonymisées (p. ex., « un chef de projet senior a déclaré... »).

Une brève explication de l'évaluation et les sujets de discussion probables ont été envoyés au préalable aux participants potentiels. Le consentement a été obtenu de deux façons : (a) envoi d'une déclaration relative au consentement et aux droits des participants ; ou (b) explication sur place au début de chaque entretien, les évaluateurs décrivant l'objet de la démarche et les droits des participants à refuser de répondre et à mettre un terme à l'entretien à tout moment. Le consentement verbal était obtenu au début de l'entretien.

Les normes stipulées dans ces protocoles ont été expliquées et imposées à nos chercheurs basés en RDC.

Risques liés à la COVID-19. La majorité du travail, des réunions et des entretiens étant menée à distance, les évaluateurs et bon nombre des parties prenantes n'ont pas été exposés à des risques spécifiques à la COVID-19. Durant le travail de terrain en RDC, l'ensemble des règlements/recommandations des restrictions/protocoles de la mission ont été suivis.

Conflits d'intérêts. Les deux évaluateurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer et ne tireront aucun bénéfice direct de l'évaluation non mentionné dans les conditions contractuelles. L'absence de conflits d'intérêts du personnel du groupe de recherche RISD basé en RDC auquel des tâches ont été déléguées a été vérifiée.

Mesures spéciales liées à la revue éthique du GAREC consacrée à la 10^e épidémie de MVE. L'équipe d'évaluation s'est entretenue avec les membres du GAREC conduisant la revue éthique afin de (a) identifier les chevauchements et éviter les redondances et (b) établir quelles observations de leur revue pourraient présenter un intérêt pour la présente évaluation, dans des domaines tels que les perceptions locales de l'OCB/MSF, la gestion de la sécurité interne (ayant un impact sur la stratégie) ou les questions d'accès/acceptation.

Des précautions ont été prises pour éviter toute confusion entre la présente évaluation et la revue éthique, en collaboration avec l'équipe de l'OCB de la mission en RDC.

Analyse

Pour dégager des observations initiales, les données récoltées ont été analysées afin d'identifier thèmes récurrents et tendances émergeant indépendamment de tout filtre théorique ou cadre externe. Une évaluation « désintéressée » des données a minimisé la subjectivité et l'éventuelle propension des évaluateurs à privilégier un résultat ou une interprétation a priori. Des thèmes ont alors été regroupés par fréquence (au sein de l'échantillon) et par pertinence pour des questions spécifiques et les objectifs généraux de l'évaluation.

Les observations pouvaient être prises en compte en raison de leur haute fréquence, de la sophistication de l'éclairage apporté ou de leur remise en cause du statu quo. Les observations, perspectives et données issues de l'examen de la littérature, des entretiens avec le personnel de l'OCB, les responsables de la santé congolais et les acteurs pertinents de l'aide d'urgence ainsi que d'autres

sources secondaires étaient-elles cohérentes ? Le tri initial a permis à l'équipe d'évaluation d'assurer la validité des conclusions, c.-à-d. que les observations étaient exactes (décrivaient fidèlement la situation) et crédibles (étayées par des données probantes). Concrètement, ce premier niveau de triangulation « interne » a contribué à l'identification de corrélations, courants et probabilités entre observations, résultats attendus des interventions (ainsi que principes humanitaires et piliers stratégiques) et modifications dictées par les réalités du terrain. Ces comparaisons nous ont fourni des indications sur la façon dont les équipes de MSF avaient tiré et appliqué des leçons dans chacune des trois interventions.

Nous avons ensuite triangulé nos groupements initiaux de thèmes et observations à travers une série d'exercices supplémentaires (voir « Réflexion critique » ci-dessous) pour garantir l'intégrité des observations.

L'examen a généré des commentaires d'une variété de parties prenantes internes et externes à MSF/l'OCB. Ces exercices d'examen critique avaient pour but de corroborer et valider les conclusions et l'analyse de l'évaluation, en donnant à divers interlocuteurs la possibilité d'y réagir, de les corriger ou de les approfondir.

ÉLABORATION DU RAPPORT, RÉFLEXION CRITIQUE ET FINALISATION DU RAPPORT

La préparation et la finalisation du rapport se sont déroulées en trois étapes :

1. Les observations et conclusions préliminaires ont été présentées (virtuellement) à la SEU et au CG le 15 septembre. La discussion résultante a donné lieu à un avant-projet de rapport.
2. L'ébauche de rapport a été partagée afin d'obtenir des commentaires écrits guidant la préparation du rapport final. L'ébauche a été remise au CG et à la SEU, conformément au processus standard.
3. Finalisation du rapport par les évaluateurs après prise en compte des commentaires écrits.

Sous la houlette de l'OCB/du CG (et avec l'appui de l'équipe d'évaluation), une série d'activités post-publication étofferont la critique et contribueront à la diffusion de l'analyse et des recommandations du rapport final. L'objectif est de communiquer directement les observations du rapport à un large public (siège de l'OCB, mission en RDC, autres entités de MSF) afin d'encourager des réactions, la réflexion et l'assimilation, et de solliciter un retour critique. En faisant du rapport écrit un vecteur de réflexion et de débat, nous espérons donc faciliter la mise en pratique de son contenu.

PORTÉE ET LIMITATIONS DE L'ÉVALUATION

Trois lignes directrices clés ont guidé la portée de l'évaluation. Premièrement, la période d'évaluation couvrait les trois épidémies récentes en RDC : 9^e (Mbandaka, Équateur, mai à août 2018) ; 10^e (Nord/Sud-Kivu + Ituri, août 2018 à juin 2020) ; 11^e (six zones de santé de l'Équateur, juin à novembre 2020). Étaient donc exclus, entre autres, les événements de 2021 en Guinée et leurs répercussions. Cette vaste portée, corollaire de l'ambition cruciale de jauger le développement stratégique et tactique (apprentissage interne de l'OCB) au fil des trois épidémies, a accru la complexité méthodologique et le volume de travail de l'évaluation.

Deuxièmement, l'évaluation concernait l'OCB. Elle aborde donc, sans pouvoir les approfondir, des aspects clés des relations entre OC et de MSF en tant qu'organisation, comme le « mariage » et le

« divorce » OCB-OCP lors de la 10^e épidémie ou le manque de coordination centralisée par MSF ou un OC.

Troisièmement, l'évaluation ciblait les stratégies, approches et tactiques, et non les aspects opérationnels médicaux et techniques des trois interventions. Elle ne considérait pas non plus des domaines clés des activités de l'OCB, comme la gestion de la sécurité, les processus de recrutement/RH, l'administration financière ou le soutien psychosocial au personnel. Enfin, elle n'a pas examiné les événements survenus après les trois épidémies et n'a donc pas exploré la reddition de comptes interne de l'OCB.

L'évaluation avait plusieurs limitations :

1. Les déplacements et la mobilité étaient limités par la COVID-19 et l'insécurité régnant à l'est. Au vu du décalage temporel entre les épidémies elles-mêmes et cette évaluation, ainsi que de la mobilité du personnel MSF et des responsables du MSP, nous avons renoncé à effectuer des visites de terrain dans l'Équateur ou au-delà de Goma.
2. Concernant les sources primaires, l'absence de procès-verbal des réunions ou de traces écrites des principales décisions en temps réel en matière de stratégie et de coordination au sein de l'OCB, entre l'OCB et le MSP et entre OC représentait un important écueil. Nous nous sommes donc basés sur les KII et la confrontation des témoignages individuels.
3. La disponibilité des informateurs clés durant la collecte des données, et notamment durant la courte période à Kinshasa, était aléatoire. Bien que plus de 70 KII aient été menés, la taille et la complexité des épidémies ont généré une énorme quantité de problèmes, événements, relations et perspectives. Plusieurs années se sont en outre écoulées depuis les trois épidémies ; combiné aux préoccupations liées à la COVID-19, ce décalage temporel semble avoir limité l'intérêt et la disponibilité de certains acteurs. Enfin, la visite de terrain s'étant déroulée en août, les vacances ont fait obstacle à certains entretiens.
4. Si les KI externes ont apporté de précieux éclairages, ils n'étaient pas en mesure de distinguer les OC et leur avis concernait donc souvent MSF en général.

OBSERVATIONS

THÈMES PRINCIPAUX

Les vingt pages d'observations qui suivent méritent un examen attentif, bon nombre d'entre elles citant textuellement des déclarations d'experts de la MVE internes et externes à l'OCB. Ces déclarations sont directement incorporées dans la structure de la méthodologie d'évaluation. Au cours de notre analyse des réponses des KI, nous avons constaté que certains thèmes étaient plus courants que d'autres. Nous les avons répertoriés ci-dessous, parce qu'ils structurent également la section Analyse subséquente. Un résumé narratif de chaque épidémie est par ailleurs fourni en guise de toile de fond.

1. *L'évaluation a mis en évidence que les KI de l'OCB voyaient dans l'architecture de la réponse officielle à la MVE en RDC (verticale, dirigée par le MSP) un défi à la méthode de travail traditionnelle de l'OCB.* Pour les 9^e et 10^e épidémies, l'OCB s'est soumis à la direction et au leadership du MSP, avec des résultats mitigés. La 11^e épidémie a été jugée un peu plus favorablement, l'OCB ayant délibérément géré ses relations avec le MSP de manière à retrouver son indépendance et ses modes opératoires habituels. L'OCB n'a pas encore décidé comment travailler sous l'autorité du MSP à Kinshasa et aux côtés de multiples acteurs de la MVE, dans un contexte de réduction du rôle de MSF.
2. *Les KI de l'OCB ne considéraient pas la perte d'autonomie et d'espace opérationnel d'un même œil pour les trois épidémies, mais étaient globalement irrités par l'impact réduit, honteux des relations dysfonctionnelles entre OC et attristés par la perte de crédibilité de MSF.* « Plus jamais ça », ont souvent affirmé les KI de l'OCB au sujet de la MVE en RDC. Les propositions d'amélioration de la collaboration avec le MSP à Kinshasa et au niveau provincial étaient rares et imprécises.
3. *Une gestion réactive et improvisée de la situation (vs des équipes MVE techniquement compétentes) a affaibli l'impact de l'OCB lors des 9^e, 10^e et 11^e épidémies.* Pour les trois interventions, la concertation de l'OCB avec tous les acteurs externes, et pas seulement le MSP à Kinshasa, a été jugée improvisée, réactive et non stratégique. L'OCB a donc été incapable de tirer parti de sa vaste expérience de la MVE pour améliorer les résultats.
4. *La complexité sans précédent de la 10^e épidémie a généré au sein de l'OCB des frustrations et des questions encore sans réponse.* L'environnement de la réponse à la 10^e épidémie était plombé par divers problèmes, dont le manque de stratégie, des structures et processus de coordination fragmentés, l'énorme pression des bailleurs et l'explosion du « business Ebola », auquel MSF a été mêlé contre son gré. Parmi les facteurs contextuels compromettant l'accès figuraient les groupes armés, la xénophobie/les bastions d'opposition, le déni de la MVE, les bévues gouvernementales, les conflits entre OC et l'alignement de MSF sur le MSP/l'OMS. Des relations internes malsaines – approche fragmentée et erratique de l'intervention de MSF, frictions entre l'OCB et l'OCP et querelles de clocher au sein des structures EPool-PUC-mission – ont entraîné un frustrant gâchis de ressources.
5. *Quelques progrès lors de la 11^e épidémie.* Si de nombreux KI ont souligné le manque de consensus sur la fonction et les objectifs de l'OCB en matière de promotion de la santé (HP) et d'engagement communautaire (CE), certaines approches d'HP/CE ont clairement démontré leur efficacité et leur valeur lors de chacune des épidémies, tout particulièrement la 11^e, qui s'est avérée extrêmement efficace. La répartition confuse des rôles et responsabilités entre PUC, EPool et mission a dominé

les 9^e et 10^e épidémies ; ce fut moins le cas de la 11^e, pour laquelle le PUC a lancé la réponse, avant de recevoir le soutien de l'EPool.

APERÇU DES TROIS ÉPIDÉMIES

Ce résumé narratif des trois épidémies remet dans leur contexte les observations présentées par la suite. Pour des motifs méthodologiques, les observations sont organisées en fonction des questions d'évaluation (et non par épidémie).

Les trois interventions objet de cette évaluation vont au-delà de la capacité de l'OCB à anticiper et s'adapter aux différentes répercussions sociales, politiques et logistiques d'un même agent pathogène, lui-même fréquent sujet d'étude et de réflexion institutionnelle. Les difficultés des opérations de lutte contre la MVE en RDC sont un thème récurrent majeur de chaque épidémie. Elles sont à replacer dans le contexte historique plus large de l'action humanitaire vitale et pionnière que l'OCB mène de longue date dans le pays, dans des domaines médicaux dépassant largement la réponse à la MVE. L'influence des principes directeurs de MSF sur la réponse à la MVE et la stratégie, en présence d'une pression extrême de respecter et sauver des vies, est un deuxième thème majeur de ces observations.

9^e épidémie : Province de l'Équateur (mai-août 2018). Durant les trois mois de l'intervention contre cette épidémie inédite à plusieurs égards, 38 cas ont été relevés et 14 décès confirmés dans les zones de santé de Mbandaka, Bikoro et Iboko. Se distinguant avant tout par sa diffusion dans des populations urbaines mobiles, l'épidémie comportait un risque réel de contagion rapide et étendue. Pour la première fois, un vaccin expérimental était par ailleurs utilisé pour contrôler la propagation virale. L'OCB a participé à tous les piliers de la réponse. La coordination avec les autres OC, l'OMS et le MSP, publiquement qualifiée de positive, a été jugée tendue et conflictuelle par de nombreux KI. Tous les KI sur le terrain se sont dits « choqués » par la perte d'autonomie opérationnelle et la subordination à une autorité dont les décisions et priorités étaient considérées comme suspectes ou pernicieuses par l'OCB. Pour les membres des équipes qui venaient de participer à la réponse de l'épidémie à Likati (2017), l'évolution était alarmante.

10^e épidémie : Nord-Kivu et Ituri (août 2018-juin 2020 ; 3 470 cas confirmés, 2 287 décès). La 10^e épidémie du Congo a été annoncée le 1^{er} août 2018 à Mangina, dans le Nord-Kivu, de l'autre côté du pays. Cette épidémie, la plus vaste jamais enregistrée en RDC (devant celle de Gulu, 2000) et la deuxième plus meurtrière au monde (après celle d'Afrique de l'Ouest), n'a pris fin que le 25 juin 2020. Il s'agissait de la première épidémie officielle au sein d'une zone de conflit actif, où la mobilité des agences d'aide était limitée et la présence physique très risquée.

Placé sous l'autorité plus stricte du MSP, l'OCB a accepté d'engager des employés locaux du ministère, avec peu d'expérience de la MVE. L'OCB a travaillé aux côtés d'une foule de nouveaux acteurs, en étant jugé non essentiel/remplaçable par les autorités nationales. Voyant l'évolution de l'épidémie et l'incapacité des centres de traitement Ebola (CTE) à attirer et retenir les cas suspectés, l'OCB a conclu que sans un meilleur engagement communautaire et une promotion intensive de la santé, le taux de transmission était voué à augmenter. L'OCB a compris que les dynamiques du conflit local entraînaient le rejet du MSP à Kinshasa et des services de sécurité de l'État, et que la réponse au sens large attisait l'hostilité de la population et compromettait les efforts de traitement. Il n'a cependant réussi ni à se

distancer clairement de la structure de réponse gouvernementale ni à persuader les communautés de ses bonnes intentions⁸.

L'OCB a revu son engagement communautaire (HP et surveillance) lorsque l'épidémie s'est étendue à l'Ituri, se détournant de son approche centrée sur le patient dominée par les CTE. Ceci n'a cependant guère eu d'effet sur un taux de mortalité similaire à celui de l'Afrique de l'Ouest (60-70 %), où on ne disposait pourtant pas encore de traitements et vaccins expérimentaux. Pour de nombreux observateurs du Congo, l'absence de cas avérés d'Ebola en Ouganda et au Rwanda, ainsi que dans les vastes camps de déplacés internes et les principaux centres urbains (Goma) de la région, est en soi un succès (Crawford *et al.*, 2021). La fin de l'épidémie a été déclarée après 18 mois, mais MSF est toujours aux prises avec la vague de débats internes, de frustration et de réflexion qu'elle a soulevée. Pour citer un [billet de blogue](#)⁹ de MSF, « [la 10^e épidémie] ne peut être vue que comme un échec catastrophique et systématique à l'origine de milliers de morts ».

11^e épidémie : Équateur (juin-novembre 2020 ; 55 morts, 130 cas confirmés). La 11^e épidémie d'Ebola de RDC a été déclarée le 1^{er} juin 2020, quelques semaines avant la fin de la précédente. Elle a duré près de six mois, infectant 130 personnes, dont 55 sont mortes, dans 13 des 18 zones de santé de l'Équateur. Les patients étaient disséminés sur un vaste territoire privé d'infrastructures de transport, de communication et de santé. La mortalité a été de 42 %, contre 67 % en moyenne pour l'épidémie du Nord-Kivu et de l'Ituri. Selon les recherches préliminaires, l'atout principal de MSF tenait à sa connaissance de la géographie ainsi qu'à son aptitude à rejoindre des zones isolées par voie fluviale pour s'y installer, grâce à des capacités et ressources dont ne disposaient pas ses homologues du MSP à Kinshasa et Mbandaka. Survenant moins de deux ans après la dernière épidémie dans cette sous-région, la 11^e épidémie a frappé des villages reculés difficiles d'accès. Les équipes de réponse ont donné la priorité à la concertation avec les travailleurs de la santé locaux, au soutien à la surveillance locale des cas et à la limitation du recours au personnel externe à la communauté. Les autorités ont déclaré la fin de l'épidémie le 18 novembre 2020.

L'OCB a largement revu son approche pour la 11^e épidémie. L'objectif implicite était d'éviter les erreurs de la 10^e et de récupérer son espace opérationnel et son autonomie décisionnelle. De nombreux KI ont noté des améliorations dans divers domaines par rapport à la 10^e épidémie : relations entre OC, relations opérationnelles (PUC, mission, EPool), stratégie et coordination avec le MSP/l'OMS et accueil des communautés. De vraies innovations ont en outre été mentionnées, notamment dans la stratégie d'HP relative aux groupes marginalisés (peuple indigène Twa ou « pygmée ») concentrés dans le sud de l'Équateur, autour de Bikoro. Les équipes d'HP de l'OCB comprenaient tant le défi culturel que représentait l'acceptation par ces groupes que leur importance stratégique pour assurer la surveillance et contrôler la contagion. Malgré l'opposition du personnel congolais, il était essentiel d'embaucher et de former des Twa et de les intégrer aux effectifs d'HP.

Pour la 11^e épidémie, contrairement aux 9^e et 10^e, les équipes de l'OCB ont opté pour une approche communautaire basée sur des microstructures semi-autonomes incorporées aux installations de santé locales, dans un souci de proximité avec les patients, familles et communautés. Selon un KI de l'OCB,

⁸ « J'ai un jour demandé à l'une de nos employées locales pourquoi la réponse suscitait une telle colère. Elle a répondu : "Si vous vous préoccupez de nos problèmes, vous nous demanderiez nos priorités. Ma priorité, c'est la sécurité et veiller à ce que mes enfants ne meurent pas de paludisme ou de diarrhée. Ebola, c'est votre priorité, pas la mienne". » [EBOLA : « SANS CHANGEMENTS, NOUS NE MAÎTRISERONS PAS L'ÉPIDÉMIE »](#), billet de blogue de MSF, août 2019.

⁹ <https://www.msf.org/how-ebola-response-failed-people-drc>

« Durant la 11^e épidémie, nous étions proches des communautés et avons pu prévenir toute violence en répondant à leurs préoccupations, questions et angoisses. Notre nouvelle approche décentralisée a nettement amélioré nos relations [avec les communautés touchées] ». Le dialogue direct avec les familles a facilité le confinement des cas suspectés dans les centres locaux.

Le nombre moindre de victimes est-il imputable à l'isolement de la région et à la faible mobilité des habitants par rapport aux Kivu et à l'Ituri, provinces limitrophes de l'Ouganda densément peuplées et à l'économie plus dynamique ? « Avec des chiffres de morbidité aussi faibles, difficile de savoir avec certitude si cette méthode de travail est systématiquement meilleure. Les leaders locaux ont quoi qu'il en soit été nettement plus réceptifs. » (KI de l'OCB.) Pour plusieurs employés de l'OCB, cet investissement délibéré en faveur de l'engagement communautaire avait encouragé le partage d'informations sur les cas suspectés et l'aide à la recherche des contacts. L'OCB et l'OCP ont appliqué des stratégies d'engagement communautaire différentes, qui ont été comparées lors d'un examen post-intervention¹⁰.

OBSERVATIONS SELON LA MATRICE D'ÉVALUATION

QE1 : Dans quelle mesure les interventions de l'OCB étaient-elles pertinentes au vu des besoins, des principes de MSF et du contexte ? Comment la pertinence peut-elle être améliorée à l'avenir ?

- **QE1.1 : Quels étaient les besoins des populations en crise ? Comment ont-ils été évalués et intégrés aux stratégies/approches de l'OCB ?**

La province de l'Équateur dispose de services publics et d'infrastructures de transport et de communication limités, mais est plus sûre et plus stable que les provinces orientales du pays, et en particulier la région de la 10^e épidémie. La mortalité et la morbidité dans l'Équateur n'ont guère changé depuis les [enquêtes de mortalité menées par l'OCB dans la région¹¹](#) en 2003, qui montraient que les maladies infectieuses et l'accès insuffisant aux soins de base étaient les principales causes de décès et de maladie. Le Nord-Kivu et l'Ituri sont en proie à des conflits et des urgences sanitaires chroniques (maladies infectieuses et malnutrition, entre autres) depuis plus de 20 ans. Les services publics de base et de soins de santé y sont un peu plus accessibles que dans l'Équateur, notamment en raison de la concentration d'agences de l'ONU et d'ONGI d'aide d'urgence aux moyens financiers importants.

Initialement, les équipes MVE de l'OCB ont fait de la MVE l'objectif de leur mission pour les 9^e, 10^e et 11^e épidémies ; dans le deuxième cas, elles ont cependant rapidement constaté que la population était tiraillée par diverses priorités, dont la MVE ne faisait pas partie. L'évaluation des besoins lors de chacune des épidémies n'a pas formellement incorporé les perspectives et apports locaux. Les divergences de vues entre les agences de réponse à la MVE et la population étaient cependant particulièrement aiguës pour la 10^e, au point de susciter l'hostilité des habitants. Pour la 11^e épidémie, les KI ont expliqué que grâce à un dialogue efficace, les communautés rurales aux prises avec la MVE avaient compris le besoin de mesures fortes et rapides pour contenir le virus et fait confiance aux experts externes collaborant avec leurs prestataires et structures de santé habituels.

¹⁰ « Rapport de capitalisation : expériences et 5 leçons tirées », Mission d'Urgence Ebola à Beni / RDC, Promotion de la Santé – 12 novembre au 21 décembre 2018 – Florence METRAILLER

¹¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-7717.00225>

1. **Dans le cas des 9^e et 11^e épidémies (province de l'Équateur), l'évaluation n'a pas relevé d'opposition à la priorité de la lutte contre Ebola et donc à l'objectif principal de l'intervention de l'OCB. Les autres besoins clés identifiés incluait :** besoins nutritionnels non satisfaits, infrastructures critiques et accès aux soins. Il est à noter que de nombreux KI ont affirmé qu'en moyenne, le niveau de vie était plus bas dans l'Équateur qu'aux Kivu. Les besoins ont été jugés structurels ou liés à la pauvreté, plutôt que dus à la crise ou à caractère humanitaire. Lors des 9^e et 11^e épidémies, cette distinction implicite a aidé tant les populations locales que les équipes d'intervention à comprendre que la réponse à la MVE était prioritaire. Il n'en allait pas de même des populations affectées par la 10^e épidémie.
 2. Pour la 10^e épidémie, de nombreux KI ont estimé que **la sécurité était le premier besoin au Nord-Kivu et dans l'Ituri**, ce que confirme la littérature récente sur la MVE¹². Les KI ont signalé qu'après une longue série d'interventions humanitaires et de crises dans différents secteurs, **les communautés locales donnaient systématiquement la priorité aux besoins humanitaires non liés à la MVE** : eau, accès aux soins et maladies telles que le paludisme et la rougeole. Peu au fait de la maladie et se méfiant des déclarations à son sujet, elles ne voyaient pas dans Ebola une menace prioritaire méritant autant de ressources que leurs autres besoins¹³.
 3. Au début de la 10^e épidémie, en août 2018, l'intervention de l'OCB avait pour but ultime de vaincre Ebola (au moyen d'une stratégie prévenant la transmission). Initialement, **l'OCB n'a pas évalué les besoins** ni consulté les communautés pour s'enquérir de leur nature. Cette priorité donnée à la MVE reflétait celle des principaux bailleurs, du MSP et de l'OMS, qui dirigeaient la stratégie d'intervention officielle (la « riposte »). Il est d'ailleurs fréquent que les interventions médicales spécialisées (rougeole, Marburg, paludisme, etc.) se focalisent sur un objectif unique.
 4. Pour la 11^e épidémie, l'OCB a adopté une **approche parallèle à celle du MSP** pour répondre au besoin premier de réponse à la MVE, en cherchant à recouvrer des synergies et une saine collaboration, perdues lors de la 10^e.
- **QE1.2 : Comment les besoins de la population ont-ils évolué ? Dans quelle mesure l'OCB est-il parvenu à adapter sa réponse en conséquence ?**

La communication et la compréhension de la MVE et des mécanismes de réponse faisaient figure de besoin critique pour les trois interventions. Le personnel d'HP de l'OCB distingue son approche interactive des méthodes de dissémination à sens unique qui caractérisent tous les messages publics concernant les dates et lieux des élections, les campagnes de vaccination et les questions d'intérêt public ponctuelles en RDC. Lors de MVE, la compréhension et la confiance sont des conditions *sine qua non* de la coopération nécessaire à la recherche des contacts, à l'identification des cas suspectés et aux visites aux centres de traitement pour le dépistage. Les KI ont unanimement affirmé que cette composante de la réponse officielle à la 10^e épidémie était inadaptée, ce qui a nui à la confiance et à la coopération de la population. La 9^e épidémie a de ce point de vue été plus réussie, la réponse de

¹² Voir les rapports du [Groupe d'étude sur le Congo](#) consacrés à Ebola en RDC.

¹³ « Au NK, quoi que fassent les agences d'aide pour contrôler la maladie, Ebola ne faisait PAS partie des priorités médicales et des besoins perçus de la population. Les principaux problèmes étaient la sécurité et la violence, suivis de la vaccination contre la rougeole, des soins de santé maternelle et de la grossesse. Tout cet argent consacré à Ebola plutôt qu'à leurs problèmes prioritaires a rendu les habitants très suspicieux des équipes menant la réponse. Cette méfiance a nui à toutes les facettes de notre engagement et s'est soldée par l'incendie de notre centre. Même lorsqu'elles admettaient la réalité d'Ebola, les communautés s'opposaient aux énormes ressources mobilisées et à la réponse verticale... Il est difficile d'envisager une autre méthode de travail, mais nous devons le faire pour répondre à cette méfiance et cette hostilité. » (KI de l'OCB.)

l'OCB intégrant une composante d'engagement communautaire ; celui-ci a en outre été essentiel au succès de la 11^e épidémie.

5. **La négligence de l'engagement communautaire au profit de la préparation du projet, du recrutement et de l'installation des structures est lourde de conséquences.** Pour la 10^e épidémie, l'OCB a suivi la propagation géographique de la MVE, mais ne disposait pas d'un engagement communautaire, de systèmes ou de relations lui permettant de comprendre les besoins non satisfaits par la riposte. En particulier, l'OCB était incapable d'anticiper dans quelle mesure le MSP contribuait à ces lacunes en mobilisant le personnel du système de santé provincial, détournant ainsi ressources et capacités des programmes humanitaires préexistants dans la région. La surveillance épidémiologique de l'OCB a par exemple montré qu'en 2019, une épidémie de rougeole avait fait plus de victimes qu'Ebola à Beni et Bunia.
6. **Lors de la 10^e épidémie, l'espace de l'OCB a été limité par la réponse officielle, mais aussi par l'OCP.** Les mesures susceptibles d'améliorer l'évaluation des besoins dans la région par l'OCB ont été entravées par les restrictions programmatiques et de sécurité que l'OCP a imposées aux opérations (à la suite de l'enlèvement de membres de son personnel en 2013). Cet incident de sécurité non résolu a poussé l'OCP à contrôler l'accès et les mouvements des autres OC dès le début de l'épidémie. Ceci a causé des frictions entre OC, qui se sont progressivement apparentées aux tensions entre MSF et le MSP/l'OMS, qui dirigeaient la réponse générale.
7. **Davantage de liberté d'adaptation et de conception de l'approche pour la 11^e épidémie.** Dans l'Équateur en 2020 (11^e), selon les évaluations de l'OCB, l'afflux de financements et d'agences a assuré une capacité de réponse suffisante dans certaines zones (p. ex., Mbandaka), mais insuffisante dans d'autres (p. ex., Bikoro et Bolomba). L'OCB a redistribué ses ressources en conséquence, investissant dans les zones qui en avaient le plus besoin et adaptant sa couverture et son style d'approche (soins décentralisés à domicile, dans la mesure du possible). Compte tenu de la résistance du MSP, l'OCB a accéléré sa décentralisation et l'établissement de liens de confiance, sans en faire une stratégie avouée. Pour éviter de se heurter au veto des autorités, l'OCB n'a déclaré sa stratégie et son opposition à un CTE qu'après avoir démontré ses capacités.
8. **Dans le cas de la 10^e épidémie, les KI ont immédiatement constaté l'hostilité et la méfiance des communautés, mais aussi l'absence d'investissement dans l'HP.** De nombreux KI ont souligné le désintérêt pour l'HP/CE lors des 9^e et 10^e épidémies. La situation s'est améliorée lorsque le personnel de l'OCB a commencé à y être plus attentif : *« Durant ma courte affectation, j'ai cherché à établir des liens avec la communauté. Nous disposions d'une vaste équipe d'HP, mais elle ne travaillait que dans le centre de traitement et n'avait pas été formée correctement. Les préparatifs avaient été trop expéditifs pour penser à la formation¹⁴. J'ai donc dû évaluer le personnel pour en déterminer les capacités. Il travaillait mal, voire pas du tout, se contentant d'attendre sa paie sans aucune supervision, ce qui donnait une mauvaise impression à la communauté. »* Ce KI a donc entrepris d'expliquer clairement les rôles et responsabilités et de former le personnel, qui s'est montré très réceptif, et les faisant sortir du CTE pour aller à la rencontre des communautés. Une nouvelle orientation et de nouvelles compétences étaient nécessaires pour affronter les

¹⁴« Nous sous-estimons souvent le volume de travail initial, comme la formation, la construction de l'infrastructure, le lancement de toutes les activités et la résorption du retard accumulé avant notre arrivée (inhumation des victimes, p. ex). **Ebola exige de frapper fort dès le départ, avant de relâcher éventuellement la pression, et non pas de renforcer progressivement une intervention à l'origine modeste.** Notre présence initiale n'étant d'ordinaire pas à la hauteur du travail à accomplir, certains aspects sont inévitablement négligés. L'engagement communautaire en paie fréquemment le prix. » (KI de l'OCB.)

communautés hostiles, apaiser les tensions et considérer la biosécurité. *« Mais l'aspect le plus négligé du projet a été la communication de base avec les communautés. Le dialogue doit être interactif, et non se résumer à une séance d'information. Le dialogue de MSF avec les communautés est en général mauvais, encore que cela dépende des personnes. Nous avons établi une communication en face à face là où c'était nécessaire, même dans les situations dangereuses et difficiles. »*

9. **La communication est essentielle, indépendamment de la dynamique du contexte.** Un KI a expliqué que les besoins d'information varient selon le contexte, mais que le dialogue et les campagnes d'information ciblées sont indispensables. *« Concernant les besoins, l'information des communautés représentait la principale différence entre les 9^e et 10^e épidémies. La 9^e a frappé une population très rurale peu instruite, qui craignait clairement la MVE et la considérait comme la première menace. Son autre besoin prioritaire était l'alimentation (pas de malnutrition, mais nous n'avons pas approfondi les autres besoins importants). Pour nous, le besoin clé était la communication, pour expliquer la MVE aux habitants et vaincre la désinformation et le scepticisme. Notre communication n'était pas optimale et nous a causé de grandes difficultés, mais il en va de même pour toutes les épidémies de MVE. Lors de la 10^e épidémie, la communication avec les populations était le principal besoin : Beni est une ville riche dont les résidents sont instruits et très engagés politiquement. La MVE était jugée moins importante que les questions politiques et de sécurité. »*
10. **Des besoins changeants lors de la 10^e épidémie : l'OCB a su s'adapter grâce à son surplus de ressources et de matériel, donnant un coup de fouet qui ne pouvait être que temporaire.** Sans soutien à plus long terme, l'effet des ressources matérielles et de la formation est éphémère. *« La 10^e épidémie était initialement très virulente, mais une fois que nous sommes parvenus à l'endiguer, nous avons réalisé que nous consacrons d'énormes ressources à la MVE, alors que de nombreuses autres maladies faisaient des ravages. Nous avons donc commencé à traiter d'autres malades attirés par cette abondance de ressources médicales... Il est évident que l'OCB aurait dû se retirer ou changer d'objectif. À mon arrivée à Kaina, à 100 km de Butembo, MSF œuvrait dans de petits centres de santé. Ebola était suspecté, mais pas confirmé, de sorte que nous avons travaillé à d'autres formes de traitement et de formation. Aucun personnel de santé du MSP n'étant présent (salaires impayés), je suis devenu le médecin local. Des rôles très limités avaient été fixés par le MSP, mais l'énorme quantité d'argent et de ressources consacrée à l'hôpital de Kaina nous a conféré une certaine influence. Après notre départ, les choses ont toutefois repris leur cours habituel. »*
11. **Comment MSF a-t-il amélioré la confiance dans la réponse et la compréhension des mesures préventives ?** La quantité de travail requise pour bâtir la confiance et assurer l'accès dépend directement de l'ampleur et la portée d'une épidémie. *« L'étendue géographique nettement inférieure de la 9^e épidémie nous a aidés à bâtir la confiance. Les patients traités jouaient le rôle d'ambassadeurs dans leur village, renforçant la confiance dans la réponse à la MVE, ce qui (en plus de nos vigoureuses campagnes de communication) a facilité nos missions de recherche des contacts. Pour la 10^e épidémie, le nombre de morts était plus élevé et les communautés fuyaient la réponse ("si tu vas dans un CTE, tu mourras"), et il était donc impossible d'instaurer la confiance. [Dès lors], trop peu de patients venaient nous voir pour créer une dynamique d'ambassadeurs similaire. La crainte d'apparaître comme un traître aux yeux des Nande était un frein supplémentaire à la participation à la réponse. »*

- **QE1.3 : Comment les grands principes et idéaux de l'OCB ont-ils façonné les stratégies, objectifs et approches de ses interventions ?**

Humanité

12. Le principe d'humanité a guidé les trois interventions de l'OCB de manière abstraite. Il n'a pas été appliqué à des éléments concrets de la prise de décision opérationnelle, comme le rôle des communautés dans l'élaboration et la mise en œuvre de la réponse. Pour plus de détails, voir la section Analyse.

Impartialité

13. Les besoins ont été considérés pour les trois épidémies, mais pas dans le cadre des principes de MSF (comme l'impartialité), et l'OCB ne s'est demandé si les besoins non liés à la MVE étaient une priorité qu'après le retrait/Katwa. Plusieurs KI s'inquiétaient de l'impartialité de l'OCB qui, obnubilé par le risque sanitaire exceptionnel de la MVE, semblait perdre de vue d'autres besoins au moins aussi importants.

Indépendance/Neutralité

14. De nombreux KI de la 10^e épidémie pensaient que l'OCB aurait dû défendre son indépendance opérationnelle et sa neutralité en refusant de se soumettre au système de réponse officiel. D'autres estimaient cette attitude contre-productive, et qu'une concertation directe avec le MSP permettrait à MSF de préserver son espace opérationnel et son indépendance. Cette tension entourant les principes et la stratégie de concertation pèse fortement sur la définition du rôle et des modes opératoires futurs de l'OCB en RDC.
15. La résistance et les critiques soulevées par la mainmise du MSP sur la réponse à la MVE, notamment pour cause de perte d'autonomie de l'OCB, n'ont pas empêché certains KI de reconnaître qu'**en soi, le leadership du gouvernement était acceptable, voire désirable. Le problème tient à la façon dont le leadership est exercé** et traite les patients et les communautés touchées ; de ce point de vue, les KI restent très critiques vis-à-vis des institutions sanitaires nationales de RDC, en dépit de relations étroites avec certains de leurs membres. *« Si MSF ne prend pas ses distances avec ce système, l'organisation sera jugée complice. Et dans ce cas, nous devons partir ».*

Ne pas nuire/conséquences imprévues

16. **L'indépendance n'est pas synonyme d'aversion au compromis.** Plusieurs employés nationaux et KI du MSP se sont dits préoccupés par les conséquences à long terme des opérations et politiques de l'OCB : (a) l'OCB ayant des standards trop élevés (peu réalistes), le MSP est incapable de prendre la relève et maintenir le niveau des services, ce qui se répercute sur leur qualité et la réputation du ministère ; et (b) l'OCB insiste sur la gratuité des soins dans les centres de santé, un principe que les dirigeants du MSP et de nombreux bailleurs (Banque mondiale, USAID et FCDO, principalement) jugent financièrement intenable.
17. **Une comptabilité transparente des coûts est l'une des bases des négociations avec le MSP** au sujet des responsabilités partagées et du soutien à l'OCB. Les systèmes de l'OCB ne sont pas conçus pour suivre à la trace toutes les ressources employées lors d'une épidémie de MVE. Sans connaître le coût des interventions, il est toutefois impossible de mener une simple analyse coût/bénéfice

et de comparer l'efficacité à celle d'autres acteurs, en particulier le MSP. La viabilité financière doit être le point de départ des discussions de la réponse commune à la MVE et du développement des capacités du MSP.

QE2 : Comment les interventions de l'OCB pourraient-elles être mieux adaptées au contexte ?

- **QE2.1 : L'OCB a-t-il fixé des objectifs et résultats attendus pour guider ses interventions, et si oui, lesquels ? Ces objectifs ou résultats ont-ils évolué ? Si oui, en quoi ?**

Les réponses d'urgence de l'OCB aux trois épidémies d'Ebola n'étaient pas structurées en projets officiels dotés de cadres logiques, de budgets dédiés, de rôles/responsabilités clairs ou d'objectifs précis. Outre l'objectif implicite de sauver des vies, les KI ont fait état de buts « informels » des réponses, comme l'investissement dans les nouveaux employés, la vérification de l'utilité des vaccins et des nouveaux traitements ou l'évaluation de l'efficacité d'un modèle décentralisé.

1. **Les KI s'accordaient sur la réalité d'une différence d'impact entre les 9^e et 10^e épidémies, ainsi que sur ses causes.** *« Des buts différents avaient été fixés pour les 9^e et 10^e épidémies. Dans le premier cas, malgré quelques changements, l'objectif global d'enrayer la MVE n'a pas varié, et nous l'avons rempli. En accord avec les autorités, nous nous sommes retirés une fois qu'il n'y avait pratiquement plus de nouveaux cas. L'intervention avait rempli son objectif, nous pouvions former le personnel, gérer le CTE et transférer les activités en toute sécurité. La communication externe exigeait plus de soutien, mais les cas étaient très rares et pouvaient être pris en charge par le personnel du MSP restant sur place. Les objectifs de la 10^e épidémie étaient différents, parce que nous savions pertinemment qu'il était impossible d'en venir totalement à bout. Notre but était de limiter la transmission et d'apporter une modeste contribution à l'effort général. Ce fut un échec : en définitive, qu'avions-nous accompli ? Pas grand-chose. Nous avons bâti un centre, mais à notre départ la qualité des soins y était médiocre. La communauté n'était pas mieux informée sur la transmission de la MVE et le nombre de cas ne s'était pas réduit. Nous avons néanmoins sauvé quelques vies durant notre gestion du CTE, auquel nous avons fait don de nombreux EPI afin qu'il puisse continuer à fonctionner. Nous sommes partis parce que nous étions menacés et craignons pour notre vie. »*
2. L'amélioration des modalités d'inhumation a accru la confiance et l'acceptation lors de la 10^e épidémie. La conception de la morgue de Katwa a été citée comme un modèle d'application de l'expérience acquise et de meilleures pratiques¹⁵.

¹⁵« Chacun pouvait voir les corps en toute sécurité. Nos équipes d'HP ont assuré le contrôle des foules lorsque des centaines de personnes ont afflué pour voir leurs morts. Dans une ambiance très tendue, il a été nécessaire d'exposer les dépouilles pour confirmer qu'aucun organe n'avait été prélevé. Les inhumations se sont déroulées en dehors de la zone sûre : MSF avait été accusé de voler des corps et les familles tenaient à utiliser leurs propres sites. Après des palabres avec une famille, nous avons été autorisés à transférer un corps au cimetière dans notre véhicule. Nous avons aidé la famille à procéder à une inhumation sûre malgré les risques. Pour nous, ce succès a constitué un tournant. Nous pensions pouvoir le répéter régulièrement et nous étions optimistes. Peu de temps après, notre centre a cependant été attaqué et incendié, nous avons cessé nos opérations et évacué les lieux. Nous savons que ce n'est pas la communauté qui y a mis le feu. Tout comme les attaques d'installation d'autres ONG, ce crime a été commis par les autorités locales opposées au gouvernement de Kinshasa. »

- **QE2.2 : Quelles approches ont été adoptées au cours de ces trois épidémies ? Quelles étaient les approches alternatives ?**

Pour les 9^e et 10^e épidémies, les approches de réponse étaient dictées par la stratégie et la structure officielles, les tâches étant réparties selon le bon vouloir du MSP, sans réflexion conjointe. Le rôle de l'OCB a initialement été limité au profit d'autres acteurs, tous financés via le MSP (à l'exception des autres OC). Des KI du MSP, entre autres, ont souligné la préférence pour des partenaires relevant directement de la chaîne de commandement du MSP ; la reddition de comptes contractuelle constituait dans ces conditions la solution la plus efficace. MSF possède une expérience et des moyens financiers considérables, mais son indépendance pourrait avoir été perçue comme une menace par les responsables du MSP, qui privilégiaient une opération multi-acteurs sous leur contrôle exclusif. La structure de réponse du MSP ne laissait guère d'alternatives pour la 9^e épidémie, et moins encore pour la 10^e ; pour la 11^e, les décideurs du PUC sur le terrain ont cependant adopté une diplomatie plus agressive afin de se réapproprier l'« espace opérationnel perdu ».

3. **Lors de la 9^e épidémie, l'OCB a peiné à se ménager une place lui permettant de contribuer plus efficacement à la réponse à la MVE**, après avoir été cantonné aux soins aux patients. Les KI ont spécifiquement critiqué les importants changements apportés à l'architecture et aux capacités de la réponse à Ebola par le MSP, avec lequel l'OCB, pris au dépourvu, n'a pu négocier aucun compromis ou solution alternative.
4. Sur le plan stratégique, la 10^e épidémie se distinguait notamment de la 9^e par l'établissement d'un **partenariat avec l'OCP pour tester les vaccins et options thérapeutiques** dans le CTE. L'objectif global de l'OCB était de limiter la transmission et non de stopper l'épidémie. Ce but relativement modeste était dicté par le grand nombre d'acteurs sur le terrain et la réduction du rôle opérationnel de MSF voulue par le MSP.
5. **Un bilan des opérations et une analyse après action ont été considérés, mais sont restés sans suite**. Les KI du MSP et de l'OCB ont souligné qu'une réflexion commune avait été envisagée à la suite des difficultés rencontrées durant la 9^e épidémie. Différée par la survenue immédiate de la 10^e, elle ne s'est toujours pas concrétisée. L'OCB n'en a pas moins poursuivi une concertation ponctuelle et sur base strictement personnelle avec ses homologues du gouvernement, ce qui ne lui permettait pas de satisfaire ses besoins opérationnels. Les KI ont été nombreux à penser que l'OCB avait adopté une approche décousue et purement réactive vis-à-vis du MSP lors de la 10^e épidémie, en partie à cause des dissensions internes à MSF. Ils en attribuaient la faute au leadership de l'OCB plutôt qu'au MSP.
6. **En l'absence d'engagement communautaire, l'OCB a fatalement été qualifié de pro-Kinshasa lors de la 10^e épidémie**. Durant cette dernière, en raison d'une stratégie avant tout thérapeutique, l'OCB a focalisé ses messages d'HP sur la santé et l'assainissement, sans instaurer un véritable dialogue impliquant la population dans la réponse. Selon les KI, ce manque de dialogue a incité les habitants à la méfiance. Pour être efficace, l'HP doit être partie intégrante de la stratégie de réponse opérationnelle. De nombreux KI, et notamment le personnel d'HP, ont insisté sur l'interprétation et l'utilisation incohérentes de l'HP par les responsables opérationnels.
7. **La propagation de la 11^e épidémie aux zones rurales a poussé l'OCB à passer à une approche zonale** décentralisée et basée sur l'HP, les soins étant fournis dans les installations de santé existantes du MSP à l'échelon communal. Agir et atteindre les zones rurales rapidement était jugé essentiel pour ralentir la transmission à la périphérie, même si le nombre total de cas était faible.

Deux autres aspects stratégiques se sont avérés positifs : (a) association d'un HP de l'OCB à un membre du personnel médical (de l'OCB ou du MSP) ayant l'expérience d'Ebola, puis à un infirmier local pour lui fournir un soutien direct ; et (b) négociation de l'espace opérationnel avec les représentants locaux du MSP afin que l'OCB puisse procéder à la recherche des contacts et à la surveillance. Les succès de cette approche auraient été présentés aux responsables nationaux du MSP, qui auraient déclaré en comprendre la valeur et vouloir en tenir compte dans leurs futurs modèles de réponse. Il est à noter que selon certains KI de l'OCB, le MSP n'aurait probablement pas donné une telle latitude à l'OCB si le nombre de cas avait été similaire à celui de la 10^e épidémie.

8. **Les sections de MSF ont décidé de ne pas mettre un unique OC à la tête de la réponse à la 10^e épidémie**, encore que l'OCP ait interdit l'accès aux zones où il gérait un kidnapping. Ceci a exacerbé les rivalités et contrarié une stratégie concertée d'intervention, de communications publiques et de concertation avec le MSP. D'après de nombreux KI, ce « dérapage » a causé une confusion et un gaspillage d'énergie énormes, en partie parce que le siège aurait été à l'origine des tensions.
9. **Cantonné à l'écart des points chauds, l'OCB a eu un succès limité lors de la 10^e épidémie.** Forcé de se retirer par les attaques et son incapacité à négocier une place dans la réponse officielle, l'OCB s'est rabattu sur une modeste intervention à Mabalako. Si elles n'ont pas contribué directement à la lutte contre la MVE, ses activités de soins de santé ont préparé la communauté de Mabalako à Ebola dans la sérénité. Des interventions de santé ciblant des besoins non liés à la MVE, mais ayant d'importantes retombées positives pour la réponse à Ebola, pourraient donc être envisagées. D'autres KI ont estimé que l'HP et le CE étaient plus flexibles lors de la réponse à la 10^e épidémie, ce qui a permis d'innover en se ménageant une place à l'écart des points chauds¹⁶.
10. **Avec le recul, de nombreux KI ont réalisé que la 10^e épidémie aurait pu se dérouler très différemment** si l'OCB avait réclamé dès le départ un rôle différent au MSP/à l'OMS. Publier un communiqué de presse au lieu de se concerter directement avec le MSP fut une erreur. *« Malgré les nouveaux outils – plus d'acteurs et de vaccins, traitements novateurs – la 10^e épidémie a largement été un échec. Sur le plan des données, il s'agit de l'une des pires épidémies de notre histoire... Nous avons été inefficaces parce que nous n'avons pas osé engager une discussion de haut niveau avec le leadership de la riposte (MSP et OMS). Au lieu d'aspirer à une telle relation avec le gouvernement, nous nous sommes contentés du rôle très modeste qui nous avait été attribué. Nous n'avons pas réussi à déployer correctement tous les nouveaux outils disponibles, et les données de mortalité et d'impact sont mauvaises¹⁷. »*

¹⁶ « Nous avons fourni des soins de santé primaires autour des points chauds dans toute la région de la 10^e épidémie ; ce choix tactique s'est avéré payant. Lorsque tout le monde se concentre dans un point chaud, il vaut mieux rester en périphérie. Le pouvoir décisionnaire dans une zone donnée revient toujours au premier arrivé. Les suivants ne font que suivre les ordres. Il est préférable de revendiquer d'emblée la périphérie pour en prendre le contrôle nous-mêmes, sans devoir entrer en concurrence avec une multitude d'acteurs. Pour la 11^e épidémie, nous avons eu un rôle dans chacun des piliers, mais les acteurs et ressources étaient moins nombreux et le MSP plus accommodant. »

¹⁷ « En acceptant la situation et en n'engageant pas la discussion avec les autorités responsables, nous avons en partie compromis le leadership historique de MSF. Nous avons à peine échangé avec le MCZ et le DSP, alors qu'en Afrique de l'Ouest, nous avons rencontré le Premier ministre et les présidents des trois pays. Au lieu de faire part de nos préoccupations aux personnes concernées, nous nous sommes contentés de condamner la situation par communiqué de presse. Il aurait fallu profiter du changement de gouvernement pour réclamer une révision de la riposte. Nous aurions dû établir le contact avec ces personnes que nous connaissons et qui nous connaissent, au lieu d'opter pour un communiqué de presse tardif et puéril. »

Approches opérationnelles, HP, engagement communautaire, acceptation

11. **Lors de conflit armé (10^e), l'expérience de négociation avec les groupes armés ne suffit pas.** De nombreux membres du personnel de l'OCB sont rodés aux interactions et négociations avec les groupes armés pour améliorer l'accès et l'acceptation, et cette expertise a été déployée lors de la 10^e épidémie. De l'avis général, ces activités n'ont eu aucun impact direct sur la performance de l'OCB, en raison de la multiplicité de facteurs causaux¹⁸. « *Cette situation, où la finesse politique primait l'expertise médico-technique, nous a pris au dépourvu.* »
12. **La valeur stratégique et les buts de l'HP/CE ne sont pas partagés par les décideurs opérationnels de l'OCB, selon certains KI.** D'importantes questions restent en suspens : l'HP est-elle une composante de la stratégie médicale, de la gestion de la sécurité ou de l'objectif d'acceptation locale ? Est-elle inhérente à la réponse à la MVE, ou facultative et contingente ? Relève-t-elle avant tout de la transparence et des messages publics de l'OCB, ou de l'autonomisation des communautés et des malades ? Pour bon nombre de KI de l'OCB, celui-ci n'apporte pas de réponses définitives à ces questions, ce qui génère des doutes sur le leadership et des frustrations liées à la résistance perçue de la « vieille garde » aux nouvelles approches (non médicales) efficaces de la MVE¹⁹.
13. Tant le leadership de l'OCB que le personnel travaillant à l'échelon communautaire avaient l'impression que les stratégies opérationnelles dépendaient de relations personnelles (avec les autorités et les communautés), qui dépendaient à leur tour de l'attitude du personnel de l'OCB, où l'humilité et les approches à faible technicité étaient jugées la clé du succès. Un HP a noté qu'à la vue de l'abondance de nos ressources, la communauté avait demandé pourquoi nous n'avions pas répondu à ses besoins plus tôt : « *C'était difficile à avouer [à la communauté], mais nous nous étions trompés.* »
14. **Avantages et inconvénients des CTE.** Progressivement assimilés à l'approche centralisée et verticale du MSP, les CTE ont été lourdement critiqués par de nombreux KI. D'autres ont cependant reconnu qu'« *il existe un temps et un lieu tant pour les CTE que pour l'approche décentralisée*²⁰. *Les deux se complètent. Lorsque le nombre de cas et la vitesse de contagion sont élevés, un centre de transit ou un CTE peut être la meilleure solution. Si vous réagissez dès le début de l'épidémie et réussissez à l'endiguer, vous pouvez bâtir une approche communautaire, mais elle prend plusieurs semaines.* »

Approche décentralisée dans la province de l'Équateur en 2020

Les avantages, inconvénients et compromis de la décentralisation réussie lors de la 11^e épidémie sont abordés ci-dessous.

¹⁸ Lors de la 10^e épidémie, « Nous avons ainsi négocié avec les Maï-Maï : "vous gardez notre sécurité et nous vaccinons les habitants de vos villages". Ils voulaient les vaccins et n'avaient aucune raison de nous nuire, et tout s'est bien déroulé. Nous avons constaté que cette démarche était possible. Les autorités ont néanmoins exploité la question de la sécurité pour contrôler une réponse plus verticale, avec les conséquences terribles que l'on sait. Notre travail dans les communautés était très différent de celui du MSP. »

¹⁹ Les évaluateurs n'ont pu établir si l'omission de l'HP lors de certaines interventions (p. ex. au début de la 10^e épidémie) s'inscrivait dans une stratégie globale l'excluant spécifiquement pour des raisons tactiques. La décision d'inclure l'HP semble donc au mieux circonstancielle ou réactive.

²⁰ « En règle générale, la décentralisation n'est pertinente que si elle est nécessaire pour attirer les patients vers les établissements de soins. La décentralisation a été envisagée parce que nous n'étions pas parvenus à rendre l'UTE centrale suffisamment attractive. L'idéal serait d'avoir un "centre d'excellence MVE" attirant comme un aimant tous les malades de la région. Ce n'est pas encore le cas, et ce ne le sera peut-être jamais, et la décentralisation sera donc toujours à l'ordre du jour. Sa portée exacte reste à déterminer, mais elle dépendra fortement des spécificités du contexte. »

15. **L'approche décentralisée de la 11^e épidémie n'était pas neuve et, en l'absence des restrictions de déplacement imposées par l'OCP, aurait pu être envisagée pour la 10^e.** Cette approche a souvent été décrite par opposition à l'approche verticale centralisée du MSP ; le terme « décentralisé » semblait plus clair pour les experts de la MVE que pour le reste du personnel de l'OCB, qui l'appliquait p. ex. à l'approche adoptée dans un second temps par l'OCP lors de la 10^e épidémie²¹. Plus qu'une dichotomie, l'acceptation plus nuancée du terme suggère un spectre. Le degré de décentralisation du traitement est ainsi toujours synonyme de compromis entre bénéfices et risques/inconvénients. L'approche de décentralisation doit donc être adaptative et spécifique au contexte plutôt que standardisée et stéréotypée.
16. **Besoin d'un fort investissement dans la formation ; les connaissances locales ne vont pas de soi.** Une composante fondamentale de l'approche décentralisée de la 11^e épidémie imposait un gros effort d'apprentissage au personnel local du MSP, qui était peu formé. Les KI du MSP à Kinshasa et certains KI de l'OCB se disaient préoccupés par les risques de contamination liés au non-respect des protocoles de PCI/protection. Ceux des zones de santé semblaient se faire une idée plus positive de l'autonomisation locale, soulignant que les connaissances transmises par l'OCB lors de la 11^e épidémie (notamment sur la PCI) les avaient aidés à affronter la COVID-19 en toute sécurité. Le personnel œuvrant dans les communautés a perçu de nombreux avantages, tels que la normalisation du traitement de la MVE, la réduction de la stigmatisation et la prévention des risques liés aux déplacements vers des CTE éloignés.
17. **Gourmande en ressources, l'approche décentralisée est plus malaisée pour le MSP.** Les KI de l'OMS, de la Banque mondiale, d'OCHA, d'ALIMA et de l'ECHO convenaient tous de l'utilité d'une approche décentralisée dans certaines circonstances. Ils partageaient toutefois les préoccupations du MSP, à savoir la sécurité du personnel local et des patients (qui ne respectent pas toujours les mesures strictes de prévention de la transmission), la difficulté de régenter les allées et venues des membres de la famille et le transfert hasardeux des patients gravement malades. L'approche décentralisée est par ailleurs gourmande en ressources, contrairement au CTE, qui centralise le peu de moyens disponibles. Pour un acteur tel que le MSP, ceci soulève un problème de viabilité économique que MSF – qui peut viser des résultats immédiats sans s'inquiéter du coût – ne doit pas sous-estimer.
18. **Certains KI s'opposent à toute tentative de réponse à grande échelle à la MVE. Selon eux, une réponse d'envergure nuit à la proximité avec les populations et accroît les chances d'échec.** *« Il vaut mieux agir à petite échelle, dans les communautés, comme dans les années 1970. Personne ne fait confiance et ne veut se rendre dans les énormes centres de transit qu'on nous a forcés à bâtir. Lors de la 10^e épidémie, les Français [OCP] ont été les premiers à le comprendre. Nous voulions refuser les centres de transit et réintégrer les communautés. L'OCP a été le plus rapide à décentraliser les soins. La confirmation décentralisée des cas positifs encourage en outre l'acceptation. Le MSP ne voulait initialement rien savoir. Une approche simple et modeste n'est pas profitable, mais il a vu que l'efficacité était au rendez-vous. C'est exactement ce qu'a démontré la 11^e épidémie : la décentralisation des soins fonctionne. »*
19. **En pratique, comment s'est déroulée la décentralisation rapide et flexible lors de la 11^e épidémie ?** Les cas étaient éparpillés et l'OCB a jugé opportun d'investir rapidement dans leur prise en charge locale, souvent à domicile. *« À Bikoro, nous nous sommes rendus dans les villages ayant des cas positifs pour les aider à créer des unités locales permettant d'isoler ces cas plus*

²¹ Les auteurs notent que la « décentralisation » fait aujourd'hui principalement référence à la structure géographique et hiérarchique, l'allocation des ressources et la distribution du pouvoir décisionnel du mouvement.

rapidement, en raison de la lenteur du transport à Bikoro et du manque d'ambulances. Nous avons formé le personnel local de Bikoro et décidé comment réagir en concertation avec le MSP et l'OMS, en dirigeant la stratégie commune. À l'hôpital de Bikoro, nous avons transféré la gestion du CTE à une autre ONG [preuve d'évolution et d'adaptation]. Nous avons travaillé aux messages publics avant tout dans les communautés à haut risque ou dans les zones où des cas positifs avaient été détectés. Formation à la gestion de l'arrivée de cas suspectés. Nous avons mis sur pied six centres d'isolement locaux. Trois ou quatre avaient des patients, mais tous n'hébergeaient pas des cas positifs. Ils avaient le soutien de la population et, à la grande satisfaction du personnel et des habitants, nous avons remis aux cliniques locales une grande quantité de matériel médical sans lequel elles n'auraient pu attirer les patients ("ils ne sont pas équipés pour traiter mes symptômes"). Ceci a contribué à l'acceptation par la population et encouragé ses membres à nous communiquer honnêtement toute exposition à des cas positifs. La responsabilité ultime de la recherche des contacts incombait à l'OMS. Bénéficiant d'un espace opérationnel conséquent et d'une bonne acceptation, nous lui avons communiqué nos observations, même si son approche (grands convois, campagnes d'information par haut-parleurs, etc.) différait radicalement de la nôtre (localisée, sobre et discrète). »

20. **Les avantages et inconvénients comparés des CTE et de la décentralisation peuvent évoluer durant une épidémie ; la flexibilité est essentielle.** Une approche décentralisée exige un personnel nombreux et formé susceptible de travailler de manière autonome dans les villages. Dans les CTE, en revanche, « *il est plus facile d'intégrer le personnel novice, qui peut être formé sur le lieu de travail. Nous avons mis sur pied d'énormes CTE de 70 lits, ainsi qu'un CTE de 40 lits à Bolomba²². À la recherche de personnel médical, nous avons recruté et formé des employés du système de santé local, qui en a grandement souffert. [Nous avons] donc fermé le CTE de Bolomba pour le remplacer par un réseau plus large de petites structures locales (6-8 lits) ; les unités d'isolement décentralisées sont gérées par des cliniques locales qui ne drainent pas les systèmes de santé locaux. »*

- **QE2.3 : Comment les décisions d'intervenir ou non ont-elles été prises ? Comment les différentes stratégies d'intervention ont-elles été décidées ? Dans quelle mesure ces stratégies tenaient-elles compte de la position des diverses parties prenantes ?**

Pour les 9^e, 10^e et 11^e épidémies, aucun processus décisionnel clair n'avait été mis en place afin de guider la réponse à une MVE suspectée. « *Nous ferons ce que nous avons toujours fait lors de MVE en RDC ; nos méthodes sont éprouvées et efficaces.* », telle semblait être la stratégie globale. Des interventions ont été lancées en conformité avec le réflexe « urgentiste » que l'OCB pratique et peaufine depuis des décennies, notamment lors de suspicion de MVE en RDC. Les contraintes et opportunités de la nouvelle architecture de réponse et la portée de l'autorité du MSP n'ont pas été

²² Un point de vue divergent sur ces avantages et inconvénients : « [Lors de la 11^e épidémie,] j'ai constaté que 40 % des patients n'avaient rien à faire dans notre CTE. Souffrant d'autres maladies, ils ne recevaient pas les soins nécessaires, tout en étant exposés à un haut risque de contagion. J'ai été choqué par la médiocrité du CTE de Bolomba. Sa gestion inadéquate par des équipes sans expérience de la MVE aurait très bien pu en faire un foyer de contagion. La COVID-19 compliquait l'embauche et l'intervention est restée limitée au PUC, sans soutien externe, pour démontrer qu'il n'avait pas besoin de l'EPool. »

déclarées ou révélées à l'avance. L'OCB a été confronté à ces nouvelles réalités durant son déploiement (via le PUC ou l'EPool) dans les régions potentiellement touchées par les 9^e, 10^e et 11^e épidémies. Pour chaque intervention, l'approche a été définie et conçue en réaction aux dynamiques et relations institutionnelles que les équipes de l'OCB ont trouvées sur le terrain à Mbandaka, Goma et Beni. Étonnamment, les KI ont noté qu'à aucun moment, l'OCB ne s'était demandé de manière collective et délibérée si la focalisation exclusive sur la MVE (voire la présence de l'organisation) était justifiée, tandis que les trois structures de réponse prenaient forme sur le terrain. Les discussions individuelles étaient monnaie courante à tous les niveaux, mais collectivement, cette réflexion n'a pas eu lieu.

21. **Le réflexe de MSF est d'arriver le premier sur le terrain**, en accord avec l'image publique et l'éthos du mouvement. *« Lors d'une urgence, nous décidons quels besoins méritent nos ressources ; la 10^e épidémie a clairement démontré que nous ne sommes pas à l'écoute de la demande. Les besoins exprimés par les populations touchées ou le MSP ne conditionnent pas nos actions. Jamais au cours des trois épidémies MSF n'a pris le temps de se demander "ce que nous faisons a-t-il un sens, servons-nous à quelque chose ?" »*
22. **MSF ne peut plus ignorer les questions entourant sa valeur ajoutée lors des réponses à la MVE.** Selon les KI présents en Afrique de l'Ouest, le plaidoyer mené par MSF à l'époque est la cause directe de l'architecture tant décriée (verticale, dirigée par le MSP) des réponses aux 9^e, 10^e et 11^e épidémies. Quand l'OCB fera-t-il face à cette nouvelle réalité ? *« Le succès du plaidoyer de MSF après l'Afrique de l'Ouest s'est retourné contre l'organisation en réduisant son espace opérationnel : le nombre d'acteurs prêts à mobiliser leurs ressources s'est multiplié. Peut-être devrions-nous décider de ne plus répondre à Ebola. Pourquoi pas, après tout ? Mais nous refusons de considérer la décision, sautant dans l'avion dès qu'une épidémie se déclare. Nous devons forcer les experts de la MVE à voir cette réalité en face, afin qu'ils s'interrogent sur notre valeur ajoutée désormais douteuse lors de MVE. »*
23. **Frictions entre mission, EPool et PUC ; absence de chaîne de commandement unique.** Tous les KI ont reconnu que l'annonce d'une épidémie de MVE se soldait par un imbroglio interne. Certains auraient aimé que la séquence et les modalités du soutien soient convenues au préalable, d'autres s'y opposaient. *« L'EPool s'approprie la gestion de la réponse, ce qui perturbe la mission, c'est inévitable. Ce dommage collatéral ne justifie pas de changer de modèle. C'est la méthode la plus rapide, et tant pis pour ceux qu'elle dérange. L'indépendance du PUC en RDC, notamment vis-à-vis de l'EPool, provoque des tensions inutiles. Le PUC s'est forgé sa propre autonomie et estime que l'EPool marche sur ses plates-bandes. À la base, le PUC est cependant une unité spécialisée de réponse à la rougeole, qui représente 90 % de son expertise. »*
24. **Absence de transparence entre OC concernant les ressources financières, humaines et matérielles disponibles pour une réponse.** En raison de l'énorme variabilité des ressources, il est difficile de s'accorder à l'avance sur le rôle des différents OC. Lors de la 11^e épidémie, *« On pensait initialement que la collaboration de l'OCB et l'OCP serait une bonne idée, mais il n'y avait aucune philosophie d'intervention ou de stratégie commune. L'OCP se consacre à la recherche et la vaccination, l'OCB à l'approche communautaire et la gestion des cas. Comment allouer les ressources équitablement pour assurer une division claire du travail ? L'OCP n'avait pas de ressources humaines ou matérielles, mais tenait à avoir son mot à dire dans les opérations. En l'absence de clarification préalable, son équipe s'est retrouvée isolée et incapable d'agir. C'est le*

siège de Paris qui est en faute. À l'OCB, nous avons décidé que la gestion serait confiée au PUC et que l'EPool de l'OCB ne dirigerait pas l'intervention. »

- **QE2.4 : Les interventions étaient-elles adaptées aux spécificités du contexte de chaque épidémie ? Ont-elles promptement été adaptées aux changements ?**

Lors des trois épidémies, l'OCB a montré différentes réactions aux obstacles perçus de la structure de réponse dirigée par le MSP. Plus limitée et mobilisant moins de ressources, la 9^e épidémie comptait moins d'acteurs et le MSP a donc pu imposer sa volonté plus facilement. Contraints et forcés, les acteurs de la réponse à la MVE, dont l'OCB et les autres OC, ont pris acte de la prise de décision verticale et de la perte d'autonomie, tout en s'opposant aux décisions du MSP jugées mal avisées ou dangereuses²³. Sans jamais cautionner la pratique du gouvernement d'attribuer la surveillance du comportement de la population et la recherche de cas aux forces de sécurité et de défense (FARDC, PNC), l'OCB l'a acceptée sous réserve de pouvoir participer à la réponse officielle. Certains KI ont décrit des activités innovantes menées à un stade ultérieur de la 10^e épidémie pour élargir la portée de leur engagement communautaire et surmonter la méfiance et l'hostilité endémiques. Durant la 11^e épidémie, la gestion diplomatique des relations avec le MSP, qui visait (encore que de façon tacite) à restaurer l'autonomie opérationnelle de l'OCB, a été couronnée de succès. Les approches d'HP de l'OCB ont été communiquées aux responsables du MSP, après démonstration de leur effet positif et de leur reproductibilité.

QE3 : Quelle a été l'efficacité des interventions de l'OCB ?

- **QE3.1 : Quels résultats ont été obtenus et dans quelle mesure remplissaient-ils les objectifs des interventions ?**

Les 9^e et 11^e épidémies ont été maîtrisées en moins de six mois ; présent dès le début, l'OCB n'a quitté les lieux qu'après avoir écarté la possibilité de nouveaux cas (mais avant le délai officiel de 42 jours). Dans les deux épidémies, l'OCB a fourni matériel et formation aux établissements de santé locaux. Dans le cadre de la structure de réponse du MSP, l'OCB a engagé du personnel local du MSP et l'a payé rapidement, alors que les autres agences de réponse ont dû patienter longuement que le MSP leur verse la paie des employés. Le but des interventions était en somme d'éviter la contagion et d'éradiquer la MVE, ce que l'OCB et ses partenaires sont parvenus à faire. D'après nos recherches, cet avis est largement partagé par les autres acteurs.

La situation a été très différente pour la 10^e épidémie, l'OCB se retirant trois mois (et revenant plus tard avec une approche spécifique à Mabalako) après le début d'une épidémie qui devait en durer 18. Le taux de létalité y était apparemment plus élevé qu'en Afrique de l'Ouest, malgré la disponibilité de vaccins et de traitements expérimentaux, mais efficaces²⁴. L'objectif de la mission a été réduit,

²³ Les KI sont revenus sur les politiques du MSP à Mbandaka, dont le « ratissage » des FARDC qui, sous prétexte de dératisation, recherchaient des cas symptomatiques non signalés dans des quartiers résidentiels. « Nous avons dû faire front commun pour y mettre fin : divisés par le MSP, nous n'y serions pas parvenus. »

²⁴« Nous disposons désormais d'un traitement efficace et de vaccins prévenant l'infection, mais le taux de létalité n'a pas diminué lors des dernières épidémies. Quelles que soient la compétence de nos médecins ou les avancées thérapeutiques, ce ne sont pas les centres de traitement qui arrêteront les épidémies. Celles-ci naissent et meurent dans la communauté. » <https://www.alnap.org/blogs/epidemics-begin-and-end-in-the-community>

conséquence du rôle plus limité de l'OCB décrété par le MSP/l'OMS. Si l'on peut dire que l'OCB a contribué aux soins aux patients dans son CTE et ses installations de traitement, cet objectif limité à l'origine d'un modeste succès ne peut être synonyme d'intervention efficace. Selon la version officielle du MSP, de l'OMS et de nombreux bailleurs, la 10^e épidémie a néanmoins été une réussite : la mortalité a été jugée faible (par rapport à l'Afrique de l'Ouest, par exemple) et le virus n'a pas franchi les frontières nationales ni touché les centres urbains critiques. Depuis lors, des [chercheurs indépendants](#)²⁵ maintiennent toutefois que (a) la structure de réponse officielle à la 10^e épidémie a aggravé et intensifié les conflits dans les régions affectées ; et (b) la réponse officielle a échoué par manque d'intégration avec les prestataires de santé locaux mieux acceptés, perpétuant le problème systémique des services de santé parallèles au Congo.

1. **La première intervention dans l'Équateur (9^e) a globalement été problématique**, parce que l'OCB a eu du mal à se fondre dans les structures et le système de la réponse officielle dirigée par le MSP/l'OMS. L'OCB a toutefois apporté une importante contribution à une réponse qui a pu être conclue en trois mois à peine, en n'ayant à déplorer que 17 décès confirmés.
2. **Pour la majorité des KI de l'OCB, la réponse à la 10^e épidémie a été un échec** qui reste frustrant. Cette frustration rappelle celle inspirée par l'épidémie d'Afrique de l'Ouest, à une importante différence près. En Afrique de l'Ouest, le personnel de l'OCB se sentait souvent impuissant face à un virus incontrôlable. Pour la 10^e épidémie, cette impuissance trouvait son origine dans une structure de coordination limitant la capacité d'intervention de l'OCB. La responsabilité de cette frustration a été imputée au MSP, à l'OMS, à la Banque mondiale et, en interne, aux décideurs de l'OCP et de l'OCB.
3. **Le taux de létalité a été jugé élevé dans les structures de l'OCB au cours de la 10^e épidémie. Ceci est apparu comme une mauvaise performance** au vu de l'expérience d'Afrique de l'Ouest, de la disponibilité de vaccins, traitements améliorés et autres avancés thérapeutiques, ainsi que du succès de l'OCB lors de la 9^e épidémie. En définitive, il a été **difficile d'établir le taux de létalité exact**, nombre de patients évitant de se rendre dans les CTE, ou ne s'y rendant qu'à un stade avancé²⁶. Pour couronner le tout, les installations de traitement de l'OCB ont été attaquées dans plusieurs sites, poussant l'organisation à se retirer.
4. **Pour la 11^e épidémie, l'« importation » précoce de l'approche des 9^e et 10^e a été considérée comme inefficace**. L'OCB est dès lors passé à une approche décentralisée de la gestion des cas, appliquée en conjonction avec un engagement communautaire plus bilatéral.
5. Au sein de l'OCB, les **relations entre mission, PUC et EPool ont entravé la performance** et constitué une préoccupation majeure pour le leadership.
6. **Quelles ont été les méthodes les plus efficaces lors de la 11^e épidémie ?** Voici ce que pensaient généralement les KI non médicaux à propos de l'HP et du CE, en particulier pour la 11^e épidémie : *« L'approche décentralisée, essentielle pour rester dans la communauté et y bâtir des centres d'isolement, séduit les habitants grâce à une transparence maximale. Nous avons ainsi gagné leur confiance, sans laquelle ils évitent de se rendre dans les centres et de déclarer leurs symptômes ; il en va de même pour la fièvre de Lassa. Il faut prendre le temps d'expliquer tout ceci, parce que les gens sont angoissés, en particulier lorsque la mortalité augmente. Si la 10^e épidémie venait à se répéter, l'approche de la 11^e devrait être au moins tentée, sans que sa réussite soit garantie. »*

²⁵ <https://www.congoesearchgroup.org>

²⁶ « En Guinée entre 2014 et 2016, par exemple, le taux de létalité était de 66,7 %, contre 65,9 % dans la 10^e épidémie frappant la République démocratique du Congo (RDC). » <http://apps.who.int/Ebola/Ebola-situation-reports>

7. **Où l'efficacité a-t-elle manqué, et pourquoi ?** L'inefficacité est d'ordinaire mise sur le compte de facteurs externes, notamment les politiques et restrictions du MSP, contre lesquelles MSF est jugé largement impuissant²⁷. Les moteurs et intérêts à l'origine de cette transition vers un contrôle scientifique et technique sortaient du cadre de cette évaluation, et aucun KI ne disposait d'informations privilégiées sur ces dynamiques. *« Durant la 11^e épidémie, la gestion des cas – traditionnellement dévolue à MSF – était revendiquée par le MSP. Les anticorps monoclonaux ont été promus sans l'approbation scientifique de l'OMS et du MSP, suscitant l'opposition de l'OCB. [...] Nous avons également perdu le contrôle du laboratoire au profit de l'INRB, qui a refusé de partager les opérations médicales à Mbandaka en 2020. Nous avons donc dû lui céder le contrôle des données cliniques. La perte du contrôle du laboratoire et des données de recherche sur l'efficacité des traitements a nui à l'efficacité de notre réponse médicale. Manque de coopération avec l'INRB et le MSP. La situation est irréversible, à moins de signer un mémorandum d'entente avec le MSP autorisant l'usage clinique de tests rapides sur le terrain. Le ministère est obsédé par la chaîne de commandement et tient à connaître le nombre de cas quotidiens avant les médecins sur le terrain, d'où sa mainmise sur les laboratoires. Le pouvoir politique et économique est en jeu, mais l'OCB n'utilise pas de son influence dans ce domaine. »*
8. **L'épuisement et la résignation sont des problèmes non déclarés**, selon certains KI. *« Si nous voulons retravailler dans ce type de contexte, nous ne pouvons plus tolérer ces querelles constantes entre OC, qui tuent littéralement des membres des communautés et de notre personnel. Après cette expérience, j'ai pensé "Jamais plus la MVE en RDC". »* En outre : *« Nous formons des gens qui, une fois qu'ils ont acquis de l'expérience, nous disent "plus jamais ça". C'est un problème. Si on faisait une enquête, je suis sûr que la plupart diraient "plus jamais la MVE, plus jamais la RDC". »*
- **QE3.2 : Quels difficultés et risques (attendus ou inattendus) ont été rencontrés ? Comment l'OCB les a-t-il affrontés ?**
9. La **dépendance vis-à-vis des analyses de laboratoire de l'INRB**, qui a parfois causé d'importants retards, était l'un des principaux obstacles à une gestion efficace des cas suspectés lors de la 11^e épidémie. La perte de contrôle de cet aspect de la prise en charge clinique est l'un des nombreux exemples donnés par les KI de l'OCB pour illustrer la réduction globale d'espace opérationnel, qui rend toute intervention efficace impossible.
10. Durant la 11^e épidémie, la **transition vers des installations de santé décentralisées dans les régions isolées** a entravé la logistique d'approvisionnement, et la façon dont les équipes ont surmonté ces obstacles leur a valu de nombreuses louanges. L'une des difficultés internes tenait au système de kits de MSF, qui vise à fournir une grande quantité de matériel à un site central lors d'épidémie de MVE, et au caractère inapproprié de certains équipements, dans une région où les pirogues et les motos sont les principaux moyens de transport.
11. **Le défi d'une autorité avec laquelle l'OCB et les autres OC étaient en désaccord**, sans réussir à faire front commun contre les politiques et pratiques inacceptables du MSP lors de la 10^e épidémie – *« Des lignes rouges particulières ? Nous étions incapables de décider qui admettre ou non. Nous devons admettre des cas sans symptômes clairs de MVE et accepter le personnel*

²⁷ D'aucuns ont jugé les querelles entre OC « largement responsables » de la performance médiocre de l'OCB lors de la 10^e épidémie, y voyant un gaspillage significatif de temps, en particulier pour le leadership.

qu'on nous envoyait. Nous avons dû confier le centre de Mangina à IMC. Nous voulions en ouvrir un à Beni en faisant appel à notre personnel de Mangina, mais le MSP a refusé. Il voulait que nous engagions son personnel, sans nous laisser voix au chapitre. Nous n'avions aucun contrôle sur notre propre personnel. Je pourrais vous citer de nombreux autres exemples. Le MSP administrait le mAb114 dans notre structure de Mangina à notre insu. Nous étions scandalisés, mais nous ne sommes pas partis. La décision de rester a été prise à BXL [...]. Pourquoi ? La RDC est le principal pays de l'OCB. Le retrait était trop lourd de conséquences et aurait pu nuire à nos autres programmes. En cas de départ, pourrions-nous ensuite reprendre la lutte contre Ebola ? J'imagine que c'était ce type de questions qu'on se posait. »

12. **Obligation d'engager le personnel fourni par le MSP, problèmes de paiement et fardeau de la formation, et comment l'OCB s'est adapté.** Pour les KI, les contraintes d'embauche illustraient la vaine complexité et la frustration constante liées à l'autorité du MSP à Kinshasa. « À Bikoro, le MSP désignait le personnel que nous devions engager, et se chargeait de le payer selon sa propre échelle salariale. Ceci n'a pas généré trop de tensions, parce que le personnel interne à MSF provenait du PUC et que celui issu du MSP recevait un salaire prédéfini par le gouvernement. Payés tardivement, les travailleurs des autres ONG et de l'OMS étaient en revanche mécontents et démotivés. Nous avons décidé de payer ce personnel nous-mêmes, afin de verser tous les salaires à temps et d'éviter des salaires impayés après notre départ. Nous avons ainsi la certitude de pouvoir trouver du personnel en cas de retour dans la région. Le MSP voulait être payé par les ONG, afin de verser ensuite lui-même les salaires. Nous avons demandé une dérogation : lors de la 10^e épidémie, l'argent que nous destinions à nos employés s'était perdu dans le système. Nous voulions éviter que le problème se répète pour la 11^e, même si cela devait nous coûter de l'argent. Satisfait de nos services, le MSP à Mbandaka ne s'y est pas opposé. »
13. **Engager le personnel du MSP signifiait participer à un système de pots-de-vin, mais il n'y avait pas d'alternative.** Cet expédient, vu comme un autre compromis nécessaire pour contenter le MSP à Kinshasa, a créé des complications supplémentaires et terni la réputation de MSF. « MSF a accepté le personnel engagé par le MSP, dont ni l'expérience ni la provenance n'avaient été vérifiées. Nous soupçonnions que des proches étaient engagés moyennant pots-de-vin, rétrocommissions, etc.²⁸ ». Tous les partenaires du MSP trempaient dans ce système. Ce dilemme éthique s'inscrivait dans la question beaucoup plus large des activités « clairement inacceptables » : où traçons-nous une ligne rouge, devons-nous rester, quelle est notre priorité²⁹ ?
14. **Militarisation de la réponse à la 10^e épidémie ; équilibre entre riposte et préoccupations de sécurité.** Tous les KI s'opposaient à ce que MSF accepte la présence de forces militaires dans les centres de traitement. « Quand avons-nous commencé à militariser la réponse ? Fin 2018, le Nord-Kivu était un point chaud Maï-Maï difficile d'accès pour le MSP et l'OMS, qui ont donc fait appel aux Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC). MSF a laissé les militaires prendre graduellement le contrôle de la situation, au point que les FARDC avaient un poste de garde jouxtant le centre, rendant les opérations humanitaires et militaires indiscernables. Ce problème aurait pu être résolu plus tôt en concertation avec le MSP ; nous devons établir en interne

²⁸ Voir le [rapport](#) du Groupe d'étude sur le Congo consacré au « business Ebola ».

²⁹ « Il est inacceptable d'avoir toléré des admissions forcées ! Toute l'attention consacrée à une maladie non prioritaire pour la population nous a fait négliger des facteurs plus meurtriers au quotidien : paludisme, rougeole, absence de système de santé, violence. »

les limites de notre engagement avant d'entamer des discussions techniques avec le MSP/les autorités. » Selon de nombreux KI de l'OCB, MSF devra dans le futur convenir d'une approche commune de telles externalités, puis déterminer avec le MSP le rôle et la position de MSF vis-à-vis des autorités nationales de santé lorsqu'elles collaborent avec les forces de sécurité.

15. **« Tout le monde sous-estimait les compromis et conséquences du travail sous l'autorité du MSP durant la 10^e épidémie »** – Le Nord-Kivu souffre d'une violence endémique et pour certains KI, gagner la confiance de la population n'était pas un but réaliste. *« Les principes de MSF, en particulier la neutralité et l'impartialité, ont été bafoués dès l'inclusion dans la réponse officielle. Nous ne pouvions pas choisir notre propre personnel. Le MSP nous a fourni des listes des personnes à recruter pour la plupart des postes. Les populations locales ont donc vu débarquer des vagues de Congolais inconnus et d'étrangers, ce qui n'a pas aidé à instaurer un climat de confiance. Confrontées à l'hostilité populaire, les forces de sécurité de l'État ont répondu par la violence. L'armée a tenté de forcer les gens à rester dans les centres de traitement, au mépris des principes et de l'approche de MSF. L'ensemble de la riposte a été assimilée à cette militarisation. Nous devons nous limiter aux services médicaux, les aspects communautaires en général – et l'engagement communautaire en particulier – nous étant interdits. Nous nous sommes donc focalisés sur le travail dans les centres. Globalement, nous étions considérés comme un acteur parmi d'autres, sans bénéficier de la réputation de neutralité et d'impartialité de MSF. Je ne reconnaissais plus notre position vis-à-vis des communautés. Je savais que ces décisions venaient du MSP et non de MSF. »*

- **QE3.3 : Quels ont été les effets inattendus de l'approche choisie pour chaque épidémie ?**

16. **La stratégie de réponse à la 10^e épidémie était imposée par le MSP, ce qui a eu des contrecoups évidents.** En raison de leurs divergences, le personnel de terrain et la coordination de l'OCB ne s'accordaient pas sur la trajectoire de l'intervention. Certains KI pressentaient des violences, d'autres ont préféré fermer les yeux. *« Nous savions tous que les choses allaient mal et qu'il fallait changer de stratégie, en particulier quitter les CTE et aller à la rencontre des communautés. L'équipe de coordination de l'OCB a cependant fait la sourde oreille. Le personnel médical du centre a effectué un excellent travail ; refusant d'écouter celui d'HP qui voyait ce qui se tramait, il ignorait néanmoins tout de l'environnement externe. Je percevais une attitude très différente de la communauté, et je suis sûr qu'elle savait qu'une attaque se préparait. Je me rappelle très bien avoir senti distinctement que les gens me regardaient différemment le matin de l'attaque, alors que je me rendais au centre. Ce n'est qu'après l'attaque que j'ai pleinement compris le sens de leur regard. J'ai eu la certitude qu'il ne s'agissait pas d'une violence gratuite des Mai-Mai, mais d'une agression planifiée et exécutée par le leadership local et la communauté, et non de l'extérieur. »*

17. **Le joug du MSP a imposé d'énormes sacrifices, mais de petites victoires ont été enregistrées durant la 11^e épidémie.** Pour les KI de l'OCB, les succès de la 11^e épidémie étaient largement le résultat de la reprise des méthodes traditionnelles de MSF après l'expérience négative de la précédente épidémie. Certains KI estimaient que la collaboration avec le MSP était possible, mais aux conditions de MSF. Selon l'un d'entre eux : *« La principale [petite victoire] tenait à l'espace dont nous disposions et que nous avons pu conserver. Au début, cela semblait impossible : le MSP voulait contrôler toutes nos activités. Par la suite, il s'est néanmoins montré beaucoup plus tolérant. »* Qu'est-ce qui a poussé le MSP à relâcher son contrôle sur MSF ? Des relations

personnelles ou le fait que MSF ne semblait pas menacer ses affaires ? « À Bikoro/Bolomba, l'employé national sur le terrain qui était responsable de l'intervention (coordinateur de terrain subalterne, ou small FieldCo) était congolais (du PUC). Ceci a facilité les relations avec le MSP, qui a progressivement réalisé que notre approche était plus efficace et que, contrairement à lui, nous étions acceptés par la communauté. Il nous a dit ouvertement que notre approche était meilleure. Initialement, il ne cachait pas son hostilité, mais il nous a ensuite laissé le soin de négocier son accès. Il a constaté que les grands convois suscitaient la méfiance. Il s'agissait pour lui du meilleur moyen de poursuivre ses affaires... »

18. Besoins en soins primaires (SP) et comment y répondre parallèlement aux priorités de la MVE.

Pour de nombreux KI, la réponse à la MVE dans les zones rurales de RDC exige une stratégie de SP plus large s'appuyant sur une planification et des ressources adéquates. « Durant la 10^e épidémie, l'OCG (Centre opérationnel de Genève) et l'OCB ont longuement débattu l'intensification des SP, sans que rien ne soit décidé. Lors de la 11^e, nous l'avons fait avec l'aire de santé environnante. Nous avons fait don de kits de SP pour assurer la continuité de ces soins et appuyé au moins 10 structures dans l'ensemble de la zone où des cas étaient suspectés. L'impact négatif de la MVE sur le système de santé a été nettement plus important au Nord-Kivu que dans l'Équateur. Dans les deux cas, la MVE était cependant loin d'être la principale cause de décès, et nous avons donc essayé de soutenir les SP et de sensibiliser les bailleurs de fonds (notamment l'USAID), qui consacraient beaucoup plus d'argent à la MVE qu'aux SP. La détection tardive est le principal problème lors des épidémies de MVE au Congo. Il est dès lors préférable d'investir dans la communication au moyen de simples antennes et radios HF, qui aident à la détection de la MVE, mais également de la rougeole. Nous avons aussi réclamé des [soins de santé] gratuits pendant toutes les épidémies de MVE. Les bailleurs ont affirmé que cela entraînait une surconsommation de [soins de santé], mais nous avons expliqué que c'était un atout durant une épidémie de MVE. »

19. Malgré le conflit et le scepticisme ambiant, la recherche des contacts a été tentée et a porté ses fruits lors de la 10^e épidémie.

Les KI ont mentionné l'un ou l'autre succès durant la 10^e épidémie : « L'OCG nous a dit que la situation était mauvaise. J'ai répondu que nous devons placer du personnel dans les communautés pour nous signaler les cas symptomatiques. C'était impossible, d'après l'OCG. » Le budget nécessaire pour engager 1 000 relais communautaires (RECO) a finalement été alloué, son personnel passant de 20 à 826 membres en deux mois. « Les RECO nous contactaient lorsqu'ils identifiaient un problème. Ils contribuaient aussi à la réinsertion des survivants dans la communauté après le traitement. Ils ont participé à la recherche des contacts et bâti un réseau d'information dans les villages nouvellement infectés. Les enfants dont les parents étaient morts de MVE ont été confiés à leur famille biologique plutôt qu'à des orphelinats. Ce puissant réseau a été mis sur pied promptement et a été étendu par l'HP qui me suivait. Il était pleinement intégré aux canaux existants des communautés, mettant celles-ci en contact avec les structures de la réponse d'urgence. »

▪ **QE3.4 : Comment et par qui les principaux domaines des interventions de l'OCB ont-ils été gérés ?**

20. Manque de temps pour des évaluations ou des analyses après action entre les épidémies.

De nombreux KI hauts placés de l'OCB (et un KI du MSP) ont regretté que le début de la 10^e épidémie ne leur ait pas laissé le temps de procéder à l'analyse après action prévue par le MSP et MSF au terme de la 9^e. Plusieurs KI de l'OCB se sont en outre plaints qu'aucune évaluation ou analyse

interne n'avait encore été menée, et qu'à l'image de celles menées par d'autres OC, cette évaluation ne portait pas sur MSF en général. La présente évaluation montre que :

- malgré le chevauchement des 9^e et 10^e épidémies, une évaluation en temps réel ou dès la fin de l'intervention (à l'image de l'analyse après action de la 11^e) était possible ;
- l'absence d'autoévaluation renforce l'impression que la haute direction privilégie la prise de décision au jour le jour et les tactiques réactives, sans vision prospective, et n'offre pas un leadership suffisant aux équipes sur le terrain en période de crise.

21. **Les politiques et comportements inconsistants des différents OC vis-à-vis du MSP ou les questions entourant l'approche sont le résultat de l'absence de vision partagée cohérente.** Les KI ont répété que la prise de décision était laissée aux individus, et principalement aux employés gérant la réponse sur le terrain. La délégation de la responsabilité opérationnelle au terrain permettait une réponse plus flexible et l'adaptation aux difficultés locales. Cette même flexibilité s'étendait cependant à des composantes clés de la gestion de la réponse, comme la concertation avec le MSP ou le rôle de l'HP dans la réponse (un coordinateur d'OC pouvait ainsi rechercher plus d'autonomie vis-à-vis du MSP, un autre appeler à davantage de collaboration quelques semaines plus tard). Ces orientations stratégiques de la réponse ne devraient pas varier au gré des interprétations individuelles des principes de MSF ou de la stratégie de l'OCB, qui doivent donc être définis sans ambiguïté et bien compris par tous. Ce problème a notamment fait obstacle à un accord interne clair quant aux composantes clés du programme et donné de MSF une image d'inconstance ou de manque de fiabilité³⁰.

QE4 : Les interventions de l'OCB ont-elles été efficaces ?

- **QE4.1 : Dans quels cas l'utilisation des ressources s'est-elle avérée particulièrement efficace ou inefficace ?**

L'efficacité est ici comprise en termes de ressources humaines et financières. MSF a-t-il exploité *toutes* ses ressources disponibles, y compris les autres OC et son accès à certains hauts responsables du MSP ? Non, pour diverses raisons, mais principalement à cause de la complexité politique des relations avec le MSP et les autres OC. Lors d'une réponse à la MVE, il existe de nombreux compromis entre efficacité et efficacité auxquels les KI de l'OCB ne sont pas prêts.

1. **La coordination qu'exige la subordination aux autorités nationales de santé fait perdre un temps précieux.** La concertation difficile avec le MSP a été coûteuse en temps/ressources pour la mission et les coordinateurs de la réponse, portant préjudice à la gestion de terrain, à la fourniture de services médicaux et au temps passé avec les communautés. Pour la 10^e épidémie, les réunions de coordination quotidiennes avec le MSP duraient ainsi au moins deux heures, au détriment de la gestion du personnel et des opérations.
2. **Dans la province rurale de l'Équateur, une réponse efficace à la MVE coûte cher.** Le modèle communautaire décentralisé et discret employé lors de la 11^e épidémie est coûteux. Il n'est donc adapté qu'à peu d'acteurs et, en l'état, ne représente pas une option réaliste pour les réponses

³⁰« Le terrain ne doit pas avoir la responsabilité exclusive des grandes décisions. Nous devons au minimum éviter les conflits entre OC. Avant le départ, une organisation prévoyant une seule structure de coordination et de prise de décision et un interlocuteur unique pour nos partenaires doit être établie. Un système interne cohérent doit être créé en amont ; nous sommes menacés et accusés de tuer des gens, et notre personnel doit savoir qu'une structure solide le soutient. »

futures menées par le MSP. La plupart des KI préfèrent la qualité à la quantité, une priorité difficile à concilier avec la complexité inhérente aux grandes équipes. Bien que cette méthode soit moins efficace et exige plus de travail, « en investissant dans chaque cas, nous savons que nous pouvons bloquer la transmission ». Briser la chaîne de transmission prend du temps et renchérit la réponse à la MVE, mais est-il possible d'abaisser les coûts ?

3. **Les KI de l'OCB préfèrent l'efficacité à l'efficacité économique, ou « la qualité à la quantité ».** Les budgets pour Ebola étaient essentiellement illimités. Pour la 10^e épidémie, certains KI se sont dits préoccupés par le rapport coût/bénéfice en raison d'un excès perçu de ressources et du gouffre entre les investissements de l'OCB et les résultats obtenus. Cette impression n'est pas entièrement justifiée : cet excès était délibéré et visait à éviter toute pénurie de capacités et de ressources.

- L'OCB avait jadis le contrôle exclusif de l'ensemble des piliers et du territoire de la réponse, ce qui explique qu'il avait un impact plus important que lors des 9^e, 10^e et 11^e épidémies. Grâce à son avantage comparatif vis-à-vis des autres acteurs, l'efficacité (vies sauvées, interruption des chaînes de transmission, etc.) de l'OCB éclipsait ses énormes dépenses, l'efficacité étant donc jugée positive. Le rôle plus modeste de l'OCB a globalement réduit cette efficacité lors des trois épidémies.
- Néanmoins, une épidémie rapidement maîtrisée faisant peu de victimes (cas de la 11^e) représente un succès inestimable pour les autorités de santé congolaises ; le fait que l'OCB y ait apporté une contribution, même limitée, devrait être un motif de fierté pour MSF.
- Les KI ont cité plusieurs pratiques non efficaces dues à une gestion inappropriée des RH et de l'approvisionnement, et spécifiquement à l'absence de regroupement des ressources et RH des différents OC ; une présence globale de MSF semblant « incroyablement disproportionnée » au vu des besoins médicaux de la 10^e épidémie ; et la perte de temps liée à l'organisation interne, comme les relations EPool-PUC-mission.

4. **Comment améliorer la collaboration entre PUC et EPool ?** Pour la 11^e épidémie, « la mission de Kinshasa était aux commandes, mais les HP étaient des employés nationaux inexpérimentés du PUC, ce qui a généré de nombreuses complications. Nous avons insisté pour que l'EPool prenne les choses en main, et la situation s'est améliorée. C'était dur pour [les dirigeants du PUC], mais il fallait que des expatriés se rendent sur le terrain pour former le personnel et faire bouger les choses. Les relations entre le siège et la mission de Kinshasa étaient tendues, mais nous avons étroitement collaboré avec le PUC. J'enverrais d'abord l'EPool, avant de confier les opérations au PUC ou à la mission. Possédant plus de connaissances, l'EPool est plus rapide et efficace. » Cette relation est en cours de discussion.

- **QE4.2 : L'OCB s'est-il penché sur les questions du coût d'opportunité lors des trois interventions ? Si oui, comment ?**

Lors des deux premières réponses, la désunion de MSF et le manque d'investissement massif dans l'HP au début de chaque épidémie ont été deux grandes opportunités gâchées aux graves conséquences. C'était particulièrement le cas lors de la 10^e épidémie. Pour la 11^e, des leçons avaient clairement été tirées, les obstacles étaient moins nombreux et l'OCB a déployé très efficacement le personnel et les stratégies d'HP. Les observations relatives à la pertinence soulèvent en outre des questions sur le coût de la négligence des besoins de santé non liés à la MVE. Précisons enfin que cette évaluation n'avait pas vocation à établir si les vastes ressources investies dans la réponse à Ebola en RDC auraient pu être plus productives ailleurs dans le monde.

5. **La 10^e épidémie, une opportunité manquée de serrer les rangs au sein de MSF.** L'inaptitude à instaurer et maintenir la collaboration entre sections a nui à la capacité opérationnelle de chaque OC. Selon de nombreux KI, la duplication des ressources humaines, des stocks d'approvisionnement et des procédures d'achat était particulièrement dommageable : *« Nous aurions dû procéder à un approvisionnement et des achats communs et partager les ressources humaines, mais nous n'avons pas su nous accorder. Une approche unique aurait fortement amélioré la coordination. Lors de ma deuxième mission, qui était dirigée par l'OCP, nous avons gardé une approche verticale qui a généré confusion et perte d'efficacité. La pire décision a été celle de quitter les lieux avant la fin de l'épidémie. J'étais d'accord en principe, mais avec ce départ, nous aurions dû envoyer un message au MSP ou à l'OMS à l'échelle internationale, au lieu de ne pas faire de vagues parce que l'OCP et l'OCA restaient sur place. Nous ne pouvions donc pas dire "MSF s'en va". Cette occasion de plaider a été gâchée parce que la décision n'était pas partagée par toutes les sections. »*
6. **Accaparement des ressources lors de la 10^e épidémie :** Divers KI se sont attardés sur l'absence d'efforts combinés et coordonnés de la part de MSF : *« Nous avons proposé un système de gestion pharmaceutique unique, mais les sections utilisent des outils et systèmes d'approvisionnement différents, compliquant la coordination entre OC. L'incompatibilité des systèmes rendait impossible le prêt de médicaments et de RH entre sections. Nous ne pouvions pas engager du personnel d'autres OC ayant l'expérience de la MVE. [Nous] avons néanmoins mené à bien notre travail. Certaines complications étaient purement techniques (systèmes d'approvisionnement incompatibles empêchant le suivi des stocks en cas de prêt, p. ex.), mais il est aussi arrivé que l'OCB engage du personnel infirmier et l'envoie à notre projet [OCG]. S'agissait-il de problèmes d'ego et de concurrence entre OC ? D'une rigidité des procédures de RH, de gestion des stocks médicaux ? Je dirais que le blocage venait beaucoup plus de l'OCG que de l'OCB. »*
7. **L'absence d'investissement massif immédiat dans l'HP et la mauvaise volonté du personnel médical dans ce domaine ont fait figure d'opportunités manquées. La situation s'est améliorée pour la 11^e épidémie.** Des KI chevronnés ont offert une perspective historique sur l'importance potentielle de l'HP lors de MVE : *« En matière d'HP, la coordination pense à tort que l'engagement communautaire prend trop de temps et relève davantage du développement que de la réponse d'urgence. Ces approches participatives sont rejetées par les coordinateurs d'urgence et l'EPool. À Foya (Liberia), nous avons vu que l'HP et l'engagement communautaire pouvaient grandement favoriser la coopération et le soutien d'une communauté initialement réfractaire et agressive. Cela montre qu'il faut dès le départ établir une relation de confiance avec la population et imposer son message, sous peine d'en être ensuite réduits à limiter les dégâts. L'engagement communautaire peut donner lieu à des procédures d'opération standard (SOPs) et des activités très concrètes assorties de résultats précis, ce que les coordinateurs d'urgence ignorent ou négligent. Leur domaine, c'est l'intervention médicale, pas la communauté. Absente lors des 9^e et 10^e épidémies, cette priorité a été intégrée à la 11^e. Notre recherche des contacts a également été nettement meilleure (et meilleure que celle de l'OMS) lors de cette dernière. Outre le dialogue avec les communautés, nous disposions en effet de plus de temps et – point crucial – considérons cet aspect comme prioritaire. MSF a retrouvé pour la 11^e épidémie l'engagement et la volonté qui manquaient lors de la 9^e et la 10^e³¹. »*

³¹ Ce point de vue de l'HP est étayé par des analyses externes des échecs structurels lors de la 10^e épidémie : « L'externalité de la réponse aux structures de santé familiales à la communauté en a fortement compromis l'efficacité, ce qui pourrait avoir

QE5 : Comment optimiser l'interdépendance des interventions de l'OCB ?

- QE5.1 : Comment l'OCB a-t-il travaillé et assuré la coordination avec les autres OC de MSF ? Avec les principaux acteurs non gouvernementaux ?

Lors de la 10^e épidémie en RDC, le manque de cohérence des actions et discours de MSF a été à l'origine de ce qui est largement considéré comme un échec. Le choix de l'OCB de travailler sous l'autorité de l'OCP a causé de multiples problèmes opérationnels, un mauvais accès aux communautés et finalement un divorce amer. Les acteurs et les ressources et pressions externes moins nombreux lors des 9^e et 11^e épidémies ont facilité la tâche de l'OCB, qui travaillait (non sans frictions) sous la tutelle du MSP à Kinshasa. Pour la 11^e, l'OCB avait établi des liens avec les structures de coordination provinciales, mais parvenait à traiter les cas éloignés et les communautés vulnérables de manière plus indépendante, à travers les centres de santé locaux. Au sein de MSF, l'OCP a dirigé les autres OC durant la 9^e et – de façon plus productive – la 11^e épidémie.

Au niveau stratégique, les incohérences du leadership et de la prise de décision de l'OCB concernant le besoin et le but de l'HP et de l'engagement communautaire ont sapé son approche relationnelle avec les communautés.

1. De nombreux KI étaient d'avis que MSF devait faire front commun dans ses relations avec le gouvernement. Ceci était corroboré par les KI externes à MSF : la balkanisation des OC était contre-productive. Parler d'une seule voix était jugé indispensable pour défendre l'action humanitaire telle que la conçoit MSF et mener un plaidoyer efficace. Le manque d'unité interne compromet la performance – *« Il est impensable que cinq coordinateurs d'urgence débarquent pour décider qui fait quoi. Le MSP cherche rapidement à semer la division entre les sections de MSF ainsi qu'entre MSF et d'autres acteurs, notamment l'OMS. »*
2. La 10^e épidémie était un parfait exemple d'**absence de collaboration entre OC**, chacun poursuivant sa propre vision, au détriment du mouvement et de sa marque. La réponse *« a été façonnée par les pressions politiques du MSP et entre OC, et non par les principes de MSF »* et *« était politisée à tous les niveaux, même entre OC. L'OCB a une grande expertise en général, nous voulions être présents lors de la 10^e épidémie, mais étions très limités dans nos négociations. Au vu du nombre d'acteurs, fallait-il rester ou partir ? L'ensemble de notre équipe de coordination se focalisait sur ces rivalités internes plutôt que sur les opérations et l'environnement. »*
3. Dans les trois réponses à la MVE, **l'application du principe d'indépendance de MSF a porté à s'isoler** des autres OC et acteurs, du MSP et de la politique de santé en RDC. Cette attitude est source de mauvaises surprises et entrave une adaptation constructive.

Relations avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou le Groupe de la Banque mondiale (WBG)

4. **Déconnecté des acteurs internationaux de l'aide humanitaire et de la santé publique**, MSF a eu du mal à anticiper ou s'adapter aux changements. Selon un KI haut placé du siège, la réunion et les discussions prévues de longue date avec le Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS

prolongé l'épidémie et contribué à la violence. » [Ebola en RDC : Système de santé parallèle, effet pervers de la Réponse](#), Groupe d'étude sur le Congo, 2020.

(Brazzaville) n'avaient pas encore eu lieu³². Le manque de discussion avec la Banque mondiale quant à sa programmation en matière de soins de santé et de réponse aux épidémies est une autre lacune identifiée. Bien que le sujet sorte du cadre de la présente évaluation, il est à noter que l'investissement de MSF dans ce type de discussions semble insuffisant.

- **QE5.2 : Sur le plan stratégique, comment l'OCB a-t-il travaillé en coordination avec le MSP et les autres autorités de RDC ? Comment l'intervention de l'OCB a-t-elle été intégrée à la réponse globale et comment cet aspect pourrait-il être amélioré dans le futur ?**

La nature et les modalités de la concertation avec le MSP à Kinshasa ont été problématiques lors des trois épidémies, même si des signes de collaboration positive avec les responsables provinciaux du MSP ont été notés lors de la 11^e épidémie. La qualité de la concertation dépendait souvent des compétences diplomatiques et approches très variables des différents représentants de l'OCB ; plus grave encore, elle était compromise par l'absence de tout objectif, stratégie ou vision d'ensemble dans ce domaine.

5. Les KI du MSP à Kinshasa se sont plaints du **manque de respect de la part de certains représentants de l'OCB**. Ce manque perçu de respect concernait parfois des attitudes jugées inacceptables par l'OCB, par exemple traiter les autres comme des ignorants. Cette perception découle aussi de comportements que l'OCB cautionne ou approuve, y compris (a) modification unilatérale par l'OCB des protocoles, méthodes de travail ou zones d'intervention convenus ; (b) refus de l'OCB de divulguer des informations, par exemple sur ses activités (y compris rapports financiers) ; (c) déclarations publiques, notamment sans consultation du MSP.
6. **Méfiance du MSP à Kinshasa envers MSF et les autres ONGI**. L'OCB apportait des ressources, mais chaque intervention était le prétexte d'une lutte de pouvoir. Les KI interprétaient cependant la rigidité du MSP à Kinshasa comme une réaction à une mentalité typique de MSF : « allez voir ailleurs et laissez-nous travailler ». Pour de nombreux KI, MSF doit accepter que la RDC est aujourd'hui un environnement très différent et que son discours doit changer. « *Nos opérations ont longtemps bénéficié d'une liberté toute néocoloniale, mais nous devons accepter que cet énorme privilège est obsolète.* » En outre : « *Pour rester dans le coup, nous devons changer notre méthode de travail, participer davantage au système sans nous y soumettre. Notre attitude de "cow-boy" n'a que trop duré. Nous pouvons être indépendants, mais plus stratégiques, en tirant profit des relations environnantes et en choisissant nos alliés.* »
7. **Le MSP opte actuellement pour une réponse verticale à la MVE, mais cela pourrait changer**. Quels sont les meilleurs compromis entre approches verticales et horizontales ? L'approche verticale est plus simple sur le plan logistique, mais l'approche intégrée est plus efficace. Dans les régions endémiques, tous les hôpitaux doivent disposer du matériel et des ressources humaines nécessaires pour être au minimum capables d'isoler les cas suspectés dès que possible (identification, dépistage et isolement) et à tout moment, pas seulement pendant les épidémies. L'OCB doit communiquer davantage avec les bailleurs pour les convaincre d'allouer leurs ressources en conséquence. « *Consciente que l'OCB voit et entend ce qui se passe au Congo rural, l'OMS nous demande quels sont les besoins prioritaires des populations et du système de santé.* »

³² Note : cette réunion a finalement eu lieu en Novembre 2021

Les bailleurs ont plus de pouvoir que nous sur le MSP : l'indépendance de nos ressources compromet notre influence. »

8. **Vers un futur plus efficient.** Comme souligné par ailleurs, c'est le 1^{er} Pilier qui offre les meilleures opportunités de valeur ajoutée pour MSF. L'OCB « *doit fournir des SP dans les endroits hors d'atteinte du MSP. Un nombre énorme de vies pourraient être sauvées chaque jour ; c'est un travail de substitution, c'est vrai, mais il est essentiel dans les situations difficiles. Cette approche serait beaucoup plus efficiente que consacrer 50 millions d'euros à des hôpitaux en Afghanistan. »*
9. **Comment se préparer à la prochaine épidémie avec le MSP à Kinshasa ?** Les KI avaient des avis très variés sur le travail avec le MSP à Kinshasa, très différent de celui entrepris avec le personnel provincial du ministère, avec lequel l'OCB a noué des relations et une collaboration globalement positives. « *Nous sommes bien placés pour bâtir un système de surveillance détectant efficacement les cas dans les régions isolées. En nous mettant à la tâche hors des périodes d'épidémie, nous pouvons créer une capacité de réponse à plus long terme. Nous pourrions contribuer à la formation des ressources humaines nécessaires à l'opération de ces systèmes de communication et mettre sur pied un pool de RH prêt à répondre. Nous pourrions assurer le recyclage du personnel MVE du MSP sur le terrain et à Kinshasa. La surveillance et la formation sont le meilleur moyen de soutenir le MSP hors des périodes d'épidémie et de bâtir une nouvelle image de MSF : celle d'une organisation qui, au lieu de ne se manifester qu'en cas d'urgence, seconde le MSP pour mieux servir les populations vulnérables de RDC. Nous bénéficierions pour notre part de la mobilisation régulière de nos formateurs et des potentialités de la coordination intersectionnelle. Nous devons dès à présent simuler une nouvelle épidémie pour déterminer concrètement le rôle et le champ d'action des différentes sections. Nous sommes très forts pour la logistique, moins pour la stratégie. Ces questions doivent être résolues avant la prochaine épidémie³³. »*
- **QE5.3 : À quel point les interventions de l'OCB s'imbriquaient-elles dans le système de santé local ? Comment ont-elles exploité les capacités existantes du MSP et de MSF ?**

10. **Lors des 9^e et 10^e épidémies, l'OCB a travaillé beaucoup plus facilement avec le personnel provincial du MSP,** pour plusieurs raisons. La province de l'Équateur n'a connu aucun conflit depuis la fin officielle de la [deuxième guerre du Congo](#), en 2003. Ses principales difficultés, bien connues de l'OCB, sont une infrastructure de transport et de communication limitée ainsi que des communautés dispersées et difficiles d'accès. L'inaccessibilité et la faiblesse des revenus (pas de minéraux ni d'autres ressources) signifient que le budget du MSP y est très réduit. Les centres de santé n'ont donc que très peu de moyens et le paiement de leur personnel est souvent aléatoire. L'OCB a choisi de soutenir des centres de santé locaux (1^{er} Pilier) durant sa réponse à la MVE, avec des degrés variables de décentralisation et de soins à domicile pour les 9^e et 11^e épidémies. Le

³³« **Notre valeur ajoutée tient avant tout à la capacité logistique et à la surveillance épidémiologique,** le but étant de circonscrire l'épidémie. Une fois que le MSP s'est déployé, créons-nous de la valeur via les soins curatifs ? Nous ne connaissons pas encore l'efficacité des vaccins. Nous pouvons également collaborer à la collecte d'informations pour bâtir une base de données. Dans ce contexte, nous sommes en mesure d'apporter de la valeur, mais à travers Epicentre et non des OC. Notre valeur ajoutée est claire durant les quatre à six premières semaines. Après cette importante discussion avec le MSP et certaines zones de santé, nous devons décider de notre rôle. Peut-être les temps changent-ils et nous faut-il investir dans de nouvelles maladies. »

réapprovisionnement des installations locales en fournitures médicales et l'embauche d'employés locaux du MSP pourraient avoir temporairement réduit l'offre de soins sur place, mais ont eu des bénéfices à long terme (formation du personnel, matériel).

11. **Durant la 10^e épidémie, le contexte (conflit armé, populations hostiles, déni de la MVE) et la structure de la réponse officielle elle-même**, imposée par des autorités nationales impliquées dans le conflit local, ont compliqué l'intégration directe au système de santé local. L'association de l'OCB à cette structure de réponse (« riposte ») a tué dans l'œuf toute velléité d'indépendance, d'impartialité et de neutralité. Il était donc pratiquement impossible d'accéder aux communautés et d'obtenir leur confiance et leur collaboration. Le MSP a remis à l'OCB des listes d'employés locaux à engager ; la plupart n'avaient aucune expérience médicale ou de la MVE, ou n'étaient pas de la région, et il s'agissait donc clairement d'un système d'emplois fictifs. Leur présence dans les équipes MVE a suscité la suspicion de la population et jeté le doute sur le but réel de la réponse.

Les thèmes complémentaires abordés par les KI, et les réflexions correspondantes des évaluateurs, sont fournis ci-dessous.

12. **Avantages, inconvénients et compromis du renforcement des capacités du MSP à l'aide des ressources d'urgence**. Comment le MSP a-t-il trouvé le juste équilibre entre le besoin d'une réponse urgente et spécialisée à Ebola et la volonté de ne pas bâtir un système parallèle ne contribuant pas aux soins de santé au cours des années à venir ? Il s'agit d'un important dilemme soulevé par les KI : l'hostilité du MSP à Kinshasa et des autres acteurs de la riposte vis-à-vis de MSF lors de la 10^e épidémie découlait en partie du discours dominant (accepté à contrecœur par MSF) selon lequel les ressources de la réponse à Ebola à court terme/d'urgence devaient contribuer au développement à long terme du système de santé. L'idée était en d'autres mots d'exploiter la crise pour bâtir une infrastructure de santé permanente (les CTE pouvaient être reconvertis en installations de traitement, etc.). Dans le même temps, l'OCB a cependant constaté au quotidien que le MSP à Kinshasa ne payait pas le personnel rural et était incapable d'approvisionner correctement ses installations locales. Sous-estimant les exigences administratives d'un système de santé bien huilé, le MSP à Kinshasa semble naïvement assimiler un « système de santé moderne » à des infrastructures physiques et de nouveaux équipements, restant aveugle face à ses lacunes plus fondamentales telles que le paiement de son personnel, l'approvisionnement et l'offre de soins de qualité. De nombreux KI convenaient donc que MSF « se substitue au MSP », la plupart des zones rurales étant tout simplement *privées de tout système de santé*.
13. **Le personnel du MSP à Kinshasa et dans les provinces n'accorde pas la même priorité aux soins de santé ruraux**. On observe une « incompatibilité entre les intérêts politiques des autorités nationales et les besoins sanitaires de base dans les régions isolées. Cela vaut pour tous ces pays [touchés par la MVE], et tout particulièrement la RDC. » Ceci étaye l'argument souvent exprimé par les KI qu'en raison de sa rapidité et de sa présence dans de nombreuses régions en crise où les autorités nationales et le MSP sont largement absents, l'OCB devrait en priorité soutenir le 1^{er} Pilier.
14. **L'acceptation de la réponse à la MVE par la communauté dépend directement de son accès aux soins de santé de base (1^{er} Pilier)**. De nombreux KI ne voyaient rien d'étonnant à ce que les communautés refusent une réponse à la MVE venue de l'extérieur, compte tenu de l'absence de

services établis de soins de santé de base bénéficiant de la confiance de la population. Bon nombre d'entre eux s'interrogeaient sur la valeur ajoutée future de l'OCB et se demandaient si un cadre multiacteurs serait synonyme de réponse lacunaire. Ils ont souvent noté qu'une réponse à la MVE sans lien avec les communautés ne peut gagner leur confiance, et que celle-ci passe moins par la lutte contre la MVE que par l'offre d'une capacité de traitement et de médicaments vitaux via les centres de santé locaux et prestataires de service connus. Ce sont eux qui font figure d'autorités médicales de confiance aux yeux des habitants. *« Nous devons nous ménager une place là où les intérêts financiers des autres acteurs pèsent moins sur la conception de l'approche de réponse. Notre valeur ajoutée ne réside plus dans la prise en charge des cas, qui peut parfaitement être assurée par d'autres acteurs tels qu'ALIMA. Nous pourrions nous consacrer au traitement, mais de façon très décentralisée, au contact étroit des populations. La proximité est la clé de l'accès aux communautés. »*

15. **Les bailleurs en ont assez de financer les ONGI pour accomplir le travail d'urgence du MSP et ont des objectifs de développement durable à respecter ; dans les deux cas, le MSP doit être plus performant.** C'est largement à l'instigation du WBG que le MSP à Kinshasa a réaffirmé son autorité lors de la 10^e épidémie. En RDC et ailleurs, le WBG est vu comme anti-ONGI et promeut des soins de santé payants, sauf dans les situations d'urgence. Les fragiles institutions de RDC doivent selon lui s'inspirer des modèles éthiopien et rwandais : les ONGI d'urgence devraient se soumettre au MSP, au lieu d'agir comme bon leur semble sans rendre de comptes, sapant la souveraineté nationale et fragmentant le système de soins de santé. Au vu de l'état d'urgence sanitaire chronique en RDC, le WBG et les autres bailleurs incitent le MSP à Kinshasa à ne pas déléguer la responsabilité aux ONGI, mais à s'en servir pour renforcer les capacités nationales et développer l'infrastructure du système de santé. Tous les bailleurs multilatéraux (WBG, ONU) et bilatéraux défendent aujourd'hui ce mariage des besoins d'urgence et de développement à long terme, d'où les engagements mondiaux à créer un lien entre secours et développement. N'intervenant dans aucune de ces discussions stratégiques, MSF n'est pas en mesure d'anticiper leurs conséquences sur son espace opérationnel et son autonomie.

ANALYSE

Durant le processus permettant de dégager les observations susmentionnées, nos entretiens et la documentation ont révélé certains thèmes récurrents :

1. **L'évaluation a mis en évidence que les KI de l'OCB voyaient dans l'architecture de la réponse officielle à la MVE en RDC (verticale, dirigée par le MSP) un défi à la méthode de travail traditionnelle de l'OCB.** Pour les 9^e et 10^e épidémies, l'OCB s'est soumis à la direction et au leadership du MSP, avec des résultats mitigés. La 11^e épidémie est jugée un peu plus favorablement, l'OCB ayant délibérément géré ses relations avec le MSP de manière à retrouver son indépendance et ses modes opératoires habituels. L'OCB n'a pas encore décidé comment travailler sous l'autorité du MSP à Kinshasa et aux côtés de multiples acteurs de la MVE, dans un contexte de réduction du rôle de MSF.
2. **Les KI de l'OCB ne considéraient pas la perte d'autonomie et d'espace opérationnel** d'un même œil pour les trois épidémies, mais étaient globalement irrités par l'impact réduit, honteux des relations dysfonctionnelles entre OC et attristés par la perte de crédibilité de MSF. « Plus jamais ça », ont souvent affirmé les KI de l'OCB au sujet de la MVE en RDC. Les propositions d'amélioration de la collaboration avec le MSP à Kinshasa et au niveau provincial étaient rares et imprécises.
3. **Une gestion réactive et improvisée de la situation (vs des équipes MVE techniquement compétentes) a affaibli l'impact de l'OCB lors des 9^e, 10^e et 11^e épidémies.** Pour les trois interventions, la concertation de l'OCB avec tous les acteurs externes, et pas seulement le MSP à Kinshasa, a été jugée improvisée, réactive et non stratégique. L'OCB a donc été incapable de tirer parti de sa vaste expérience de la MVE pour améliorer les résultats.
4. **La complexité sans précédent de la 10^e épidémie a généré au sein de l'OCB des frustrations et des questions encore sans réponse.** L'environnement de la réponse à la 10^e épidémie était plombé par divers problèmes, dont le manque de stratégie, des structures et processus de coordination fragmentés, l'énorme pression des bailleurs et l'explosion du « business Ebola », auquel MSF a été mêlé contre son gré. Parmi les facteurs contextuels compromettant l'accès figuraient les groupes armés, la xénophobie/les bastions d'opposition, le déni de la MVE, les bévues gouvernementales, les conflits entre OC et l'alignement de MSF sur le MSP/l'OMS. Des relations internes malsaines – approche fragmentée et erratique de l'intervention de MSF, frictions entre l'OCB et l'OCP et querelles de clocher au sein des structures EPool-PUC-mission – ont entraîné un frustrant gâchis de ressources.
5. **Quelques progrès lors de la 11^e épidémie.** Si de nombreux KI ont souligné le manque de consensus sur la fonction et les objectifs de l'OCB en matière d'HP et d'engagement communautaire, certaines approches d'HP/CE ont clairement démontré leur efficacité et leur valeur lors de chacune des épidémies, tout particulièrement la 11^e, qui s'est avérée extrêmement efficace. La répartition confuse des rôles et responsabilités entre PUC, EPool et mission a dominé les 9^e et 10^e épidémies ; ce fut moins le cas de la 11^e, pour laquelle le PUC a lancé la réponse, avant de recevoir le soutien de l'EPool.

Ces faiblesses, lacunes, difficultés et facteurs ont émergé lors de la totalité ou presque des discussions de notre évaluation des interventions de lutte contre Ebola de l'OCB en RDC. L'analyse ci-dessous vise à les replacer dans une discussion de thèmes plus larges, comme l'approche du partenariat et du leadership de l'OCB et ce que les problèmes d'aujourd'hui nous disent sur les défis de demain. La section suivante est organisée autour de quatre thèmes :

1. **Contexte : transformation du paysage de réponse**
2. **Partenariat, collaboration, concertation**
3. **Leadership + Principes**
4. **Valeur ajoutée et Avantage comparatif**

CONTEXTE : TRANSFORMATION DU PAYSAGE DE RÉPONSE

LE NOUVEAU PAYSAGE OPÉRATIONNEL D'EBOLA

En matière de lutte contre Ebola, MSF se targue à juste titre d'avoir acquis une expertise technique, une expérience et une capacité de réponse sans pareilles, tandis que l'OCB fait figure de leader reconnu tant au sein de MSF que dans le monde. **Les réponses de l'OCB aux 9^e et 10^e épidémies ont cependant manqué de clairvoyance, en raison d'une incapacité à anticiper les implications des changements survenus après l'Afrique de l'Ouest³⁴.** Au lancement des opérations de lutte contre la MVE dans l'Équateur en 2018, l'OCB a réalisé que l'investissement prioritaire dans une réponse axée sur la santé publique mondiale accroissait (1) les capacités de réponse opérationnelles (p. ex., MSP, OMS, ALIMA, IRC, UNICEF, PAM) et (2) la coordination gouvernementale aux niveaux central et provincial.

L'OCB savait que le paysage avait changé après l'épidémie d'Afrique de l'Ouest, la priorité étant donnée à une réponse à la MVE nationale couplée à des acteurs internationaux bien financés et plus efficaces. Il s'avère néanmoins que l'OCB n'a pas analysé ou adapté sa propre stratégie de lutte contre la MVE en conséquence. Le modèle d'intervention était peu adapté à l'Équateur, en 2018, puis à la situation aux Kivu, démentant la réputation d'excellence médico-technique de l'OCB. Il partait en effet du principe que MSF agirait en solo, s'arrogeant ou obtenant la permission de gérer un large éventail de composantes de la réponse. Le même « angle mort » a été constaté aux Kivu, où le manque de préparation à la nouvelle réalité sur le terrain a été aggravé par la résistance au changement. Ces difficultés liées au contexte ont détérioré les relations avec les autres acteurs, **poussant notamment l'OCB à se distancer du MSP.** Le manque d'interdépendance a en outre **entravé initialement un engagement communautaire plus étroit.**

Ces changements du paysage de la réponse sont profonds. Il est essentiel que l'OCB comprenne que **cette nouvelle réalité n'est pas statique.** La gestion de la prochaine grande épidémie en RDC devrait être différente de celle de la 10^e, dont le MSP, la Banque mondiale et l'OMS affirment avoir tiré les leçons, qui ont déjà guidé leur réponse à la 11^e. Il faudra pour cela entre autres :

- placer l'engagement communautaire au cœur de la réponse et s'assurer que les besoins non liés à la MVE sont également (et ostensiblement) considérés ;
- réduire le contrôle central et le déploiement de l'autorité du MSP à Kinshasa, afin d'accroître le leadership du système de santé provincial ;
- combattre la perception du « business Ebola », en réduisant l'« importation » de travailleurs étrangers/externes et en contrôlant mieux le financement ;

³⁴ À l'occasion de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest, les organisations internationales de réponse ont eu affaire à trois gouvernements nationaux relativement faibles, mais qui tenaient à prendre en main la coordination et refusaient de la céder ostensiblement à la communauté internationale. Ceci a largement été interprété comme un signe d'évolution des attentes populaires et une reconnaissance que les gouvernements se sentaient contraints par le grand public et les donateurs (p. ex., Banque mondiale) de démontrer leur aptitude à assumer leurs responsabilités souveraines.

- explorer des approches décentralisées, dont la fourniture de soins dans la communauté et le milieu familial ;
- maintenir un financement suffisant tout en renforçant la reddition de comptes.

Comment les changements anticipés/visibles de l'architecture internationale et congolaise de la réponse à la MVE ont-ils pu échapper à l'OCB, qui les avait pourtant lui-même réclamés à la suite de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest ? Cet « angle mort » suggère une interprétation du contexte trop axée sur les milices armées plutôt que sur les principaux acteurs de l'aide/du gouvernement, une orientation stratégique déficiente, une insularité de l'OCB/MSF et des liens fonctionnels inefficaces avec des acteurs clés tels que la Banque mondiale et le Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS (Brazzaville), ainsi que des relations superficielles avec le MSP.

« BUSINESS EBOLA » + EXCEPTIONNALISME D'EBOLA

D'un point de vue historique, en raison d'une négligence systémique, de sa létalité effrayante et des ressources lourdes et spécialisées qu'elle exige, **la MVE a acquis le statut de maladie exceptionnelle**. La peur et la couverture médiatique (la détection du moindre cas fait les gros titres dans le monde entier) que génère le virus ont faussé plus encore la perception de son exceptionnalisme « légitime », qui sous-tend son image de menace existentielle justifiant la logique sécuritaire de la réponse (voir p. ex. Nunes 2017). L'Overseas Development Institute estime que 800 millions à 1,2 milliard USD ont été dépensés au cours des 22 mois de la 10^e épidémie (Crawford *et al.*, 2021), dont très peu pour renforcer l'infrastructure de soins de santé en RDC. Il s'agit d'un montant extraordinaire pour une maladie qui, depuis sa découverte en RDC en 1976, a causé quelque 15 000 décès avérés au total. À titre de comparaison, le paludisme a fait plus de 400 000 victimes dans le monde en 2019 et la rougeole est bien plus meurtrière en RDC.

- L'exceptionnalisme accapare l'attention, ce qui amène à négliger d'autres problèmes (coût d'opportunité). **Le personnel de l'OCB au siège de Kinshasa s'est plaint de l'exceptionnalisme interne d'Ebola**. Le siège continue ainsi de faire pression sur le personnel de terrain pour être informé de tout cas potentiel de fièvre hémorragique, et de blâmer ce personnel lorsqu'il s'abstient de notifier un cas qu'il considère comme une fausse alerte.
- Durant la 10^e épidémie, le « business Ebola » et son cortège de corruption et autres abus ont suscité la colère des communautés. **Les discours de l'OCB cherchaient à le dédouaner de ce « business Ebola »**, dans lequel il voyait des pratiques illégales telles que vol, corruption et abus sexuels. Certains employés travaillant dans les communautés et les ONG locales participant à la table ronde de Goma ont cependant présenté une version différente. Les communautés étaient également excédées par les vastes ressources investies de façon légale et méthodique dans la réponse à Ebola, sans égard pour leurs besoins prioritaires (sécurité, accès aux soins de base). Vus comme « non exceptionnels », ces besoins ne bénéficiaient pas d'un intérêt et d'investissements comparables. Au lieu de dénoncer le « business Ebola » d'autrui pour se donner bonne conscience, l'OCB aurait dû s'interroger sur sa propre responsabilité.
- Avec le recul, une question se pose : dans quelle mesure l'OCB a-t-il contribué à l'exceptionnalisme « illégitime » (non scientifique) ou néfaste d'Ebola ? Dans une perspective d'avenir, la question touche cette fois à des décennies d'efforts systématiques de l'OCB : **la MVE mérite-t-elle encore de recevoir une attention et des ressources exceptionnelles**, au vu d'une létalité réduite (par les nouveaux traitements et la vaccination) et de la croissance des capacités et du goût du risque des

gouvernements nationaux, de l'OMS et des autres acteurs ? Cette question ne se limite pas à la nécessité pour MSF de réinventer son rôle, mais porte également sur son impartialité et son allocation des ressources. Et comme l'ont conclu les recherches d'Hofman et Au (2017, xxi) publiées par MSF, le caractère censément exceptionnel du « risque » d'Ebola est le fruit d'une réflexion des acteurs internationaux basée sur « les stéréotypes d'un moralisme épidémique et humanitaire ». Est-ce vraiment ainsi que nous voyons le futur de MSF (*MSF We Want to Be*) ?

- **Les attaques de Katwa et le retrait de l'OCB – Coûts du « business Ebola » ?** Il est important de distinguer et soupeser les raisons du départ de l'OCB après les attaques de son CTE de Katwa ainsi que les conséquences de ce départ sur la réputation de MSF en RDC. Aucun examen officiel de ces événements et de leur effet sur la réputation de MSF n'a en effet été mené. La présente évaluation n'avait pas pour but de combler cette lacune, mais de nombreux KI ont donné leur avis à ce sujet. En général, les KI de l'OCB n'ont pas critiqué le départ et nombre d'entre eux ont suggéré que l'OCB aurait mieux fait de s'abstenir de toute participation à la réponse officielle à la MVE. Pour la plupart de ces KI, en dehors du soutien massif aux SP dans la zone de santé périphérique à risque de Mabalako, la 10^e épidémie a été un échec sur toute la ligne. La majorité des KI de l'OCB qui opéraient sur le terrain ont regretté les événements et circonstances ayant conduit aux attaques du CTE de Katwa, raison première du départ de l'OCB. Les motifs des attaques semblaient clairs aux KI de l'OCB, qui ont souvent estimé que la violence ne ciblait pas spécifiquement l'OCB ou MSF. Les principaux motifs cités étaient les suivants : (a) populations ayant de bonnes raisons de croire que la riposte était pour le gouvernement un prétexte d'oppression physique et politique ciblée, voire de nettoyage ethnique ; et (b) incapacité de MSF à défendre son indépendance et à se distancer du leadership, des méthodes et des buts de la riposte.

Certains KI se demandaient si la complexité et les compromis de la 10^e épidémie avaient condamné l'OCB à l'échec. Ils ont notamment mentionné l'inexpérience des négociations politiques avec le MSP/l'OMS, la complexité d'un conflit local attisé par l'État et la collaboration ouverte de MSF avec le gouvernement (MSP) durant la réponse à la MVE. A posteriori, les KI de MSF estimaient presque unanimement qu'en l'absence d'une indépendance et d'une autonomie opérationnelle complètes, l'OCB aurait dû s'abstenir de tout soutien à la riposte. Conséquence logique, ils jugeaient qu'en cas de répétition d'une telle situation, en RDC ou ailleurs, l'OCB devrait éviter d'intervenir.

PARTENARIAT, COLLABORATION, CONCERTATION

AVEC LE MSP ET LES COMMUNAUTÉS, ET AU SEIN DE MSF ET DE L'OCB

Les modes opératoires et d'appréhension de l'action humanitaire de l'OCB/MSF sont l'aboutissement de décennies de travail solitaire visant à répondre aux besoins urgents, sans réelle collaboration externe. Forte de principes distinctifs et de ressources supérieures, l'organisation avait pour habitude de tenir les autorités nationales à distance³⁵. L'expérience traumatisante de la 10^e épidémie (et dans une moindre mesure des 9^e et 11^e) fait craindre que l'évolution du paysage de l'aide humanitaire ait laissé l'OCB à quai. En clair, **un manque d'interdépendance aurait directement sapé la pertinence, le caractère approprié, l'efficacité et l'efficience de l'OCB**. Tant le MSP de RDC (et de nombreux autres pays) que les soins de santé humanitaires ont évolué, **donnant un poids croissant à la capacité de**

³⁵ L'approche du VIH, où l'interdépendance et la collaboration sont intégrées de longue date à la réponse, constitue une exception notable. Comme l'a récemment remarqué un directeur opérationnel (externe à l'OCB), la généralisation pourtant nécessaire du modèle du VIH se fait attendre.

concertation, de programmation interconnectée et d'efforts collaboratifs. L'expérience en RDC dénote des problèmes de collaboration et/ou concertation à trois niveaux : avec le MSP, avec les communautés et au sein de MSF et de l'OCB.

COLLABORATION ET CONCERTATION AVEC LE MSP

L'expérience en RDC corrobore une récente étude de MSF, qui montre que la reconnaissance du changement externe est plus rapide que l'adaptation interne à ce changement (voir Healy *et al.*, 2020 ; remarque : M. DuBois a participé à l'étude en tant que coauteur). Les besoins les plus urgents sont de (a) donner la priorité à des compétences et personnes différentes, pour accroître la capacité diplomatique, l'expertise du contexte local et les aptitudes relationnelles ; et (b) bâtir les capacités nécessaires pour s'appuyer sur un éventail plus large d'acteurs externes internationaux et régionaux. Les KI souhaiteraient par ailleurs que le personnel de l'OCB développe et maintienne des relations personnelles/professionnelles plus solides avec les agents du gouvernement, de Kinshasa aux zones de santé provinciales. S'il est nécessaire, **le renforcement des compétences, ressources et relations pourrait cependant s'avérer insuffisant.** L'OCB peut contribuer au développement d'un memorandum d'entente, d'un cadre contraignant ou (comme le souhaitait un haut responsable du MSP) un accord pluriannuel assorti de mécanismes de reddition de comptes. Pour établir une concertation fructueuse avec le MSP, l'expérience des épidémies d'Ebola indique cependant que MSF/l'OCB doit répondre à quatre questions.

Quelle est la stratégie ?

Malgré l'ampleur des ressources financières et humaines que l'OCB consacre à la RDC, aucune stratégie ne fixe un cap et ne définit un cadre dans lequel les réponses à Ebola sont censées s'inscrire. Nos TdR requièrent de l'évaluation qu'elle retrace l'évolution des stratégies au fil des trois épidémies. S'ils contribuaient tous à l'objectif louable et pragmatique d'identifier des actions efficaces, les protocoles, approches, tactiques et directives programmatiques changeants que nous avons identifiés étaient toujours de nature ponctuelle.

Comme l'a dit un agent du MSP, « À chaque arrivée d'un nouveau responsable, la stratégie de MSF change », ce qu'ont confirmé de nombreux KI de l'OCB. Tant MSF en général que l'OCB doivent convenir, au plus haut niveau, des contours d'une relation avec le MSP propice aux objectifs à long terme de l'organisation. Ceci exige une vision pluriannuelle qui, après avoir défini l'engagement stratégique et tracé des lignes rouges, se concrétise dans des plans annuels, le recrutement du leadership de la mission, etc., et guide la prise de décision des coordinateurs de réponse se relayant tous les deux mois.

Comment l'OCB peut-il surmonter ses freins idéologiques à un tel engagement stratégique ?

À un niveau supérieur, l'OCB doit reconsidérer son indépendance, sa neutralité, sa légitimité et le rôle du gouvernement, afin de lever les obstacles à la collaboration.

- La définition des principes **d'indépendance et de neutralité** ne prévoit en aucun cas d'éviter tout contact avec l'État ou de s'en isoler. Les arguments contre la collaboration, particulièrement durant la 10^e épidémie, relevaient d'une vision sans nuance de l'indépendance à l'origine de récriminations contre le franchissement de lignes rouges et la trahison de l'identité de MSF.

L'indépendance de la prise de décision était jugée menacée par les partenariats, et des tensions sont apparues avec le MSP comme avec l'OCB.

- Pour les trois épidémies (et notamment la 10^e), **les discours réducteurs de certains groupes de KI au sujet du MSP étaient alarmants** ; basés sur des stéréotypes de rapacité et d'incompétence, ils diabolisaient le gouvernement et justifiaient l'absence de collaboration, l'isolement, le retrait, le rejet et un refus unilatéral de l'autorité du MSP. Même en interne, ces discours étaient rejetés par d'autres KI. Appartenant habituellement – mais pas toujours – au personnel congolais, ceux-ci avaient souvent servi d'intermédiaire entre l'OCB et ses interlocuteurs (voir encadré sur les discours ci-dessous) et se faisaient une idée beaucoup plus sophistiquée du MSP et. Un KI de la mission de RDC a soulevé un autre problème : dans certains rapports et communications, MSF omet de mentionner la contribution du MSP, parlant par exemple simplement de l'« hôpital MSF ».
- Plusieurs hauts responsables du MSP interrogés à Kinshasa étaient clairement irrités par l'attitude du personnel international de MSF, qui tenait moins du désaccord que du **manque de respect. Ils se sentaient méprisés par MSF** (faisant ainsi écho aux plaintes de certains employés nationaux concernant leur propre traitement) et estimaient que MSF ignorait l'autorité du gouvernement. Plusieurs observateurs ont critiqué un comportement anachronique de « cow-boy » et un état d'esprit de « héros solitaire » à la fois inacceptable et largement infondé³⁶. Ces deux postures sont contre-productives.
- **Les responsables de la Banque mondiale jaugent la capacité de réponse en RDC sous l'angle du développement** à long terme, et la Banque finance un renforcement des compétences gouvernementales dans certains domaines de la réponse d'urgence³⁷. **Toute concertation structurée avec le MSP passe par une remise en cause de ces politiques.** Par exemple, lors des deux épidémies de l'Équateur, le MSP a fait pression sur l'OCB pour qu'il construise des structures d'isolement et de traitement en béton. L'OCB voyait cette approche d'un mauvais œil, la jugeant lente et contre-indiquée dans le cas de la MVE ou, pire encore, comme un moyen de donner un vernis de modernité à un système incapable d'assurer les soins. De nombreux employés de l'OCB se montraient toutefois favorables à l'idée sous-jacente d'un travail plus durable en RDC, en raison d'une situation de crise chronique. Comment forger un compromis au sein de l'organisation ? Comment l'OCB peut-il œuvrer pour le long terme tout en préservant son caractère humanitaire, ou du moins sans lui porter préjudice ? Comment cesser de buter sur l'argument péremptoire « MSF ne fait pas de développement » ? Ces freins idéologiques sont précisément le type de problèmes exigeant de l'OCB une stratégie globale, plutôt qu'une série d'expédients.

Comment l'OCB peut-il établir et préserver une relation de confiance avec le MSP ?

L'intérêt mutuel – l'évidence que le MSP et l'OCB ont besoin l'un de l'autre – est une base solide, mais incomplète, d'une relation fructueuse. **Celle-ci requiert également une confiance mutuelle effective.** De son côté, l'OCB devra s'engager en faveur de la concertation, c'est-à-dire surmonter les freins idéologiques internes susmentionnés au compromis et à la collaboration. Disposer des bonnes personnes et s'orienter vers une approche plus régionale semble un bon point de départ pour

³⁶ De récentes recherches de l'OCA montrent que si son personnel considérait MSF comme un acteur solitaire et indépendant, plus de trois quarts des projets de l'OCA prévoient une collaboration ou un partenariat direct avec le MSP (Healy *et al.*, 2020).

³⁷ Une partie intégrante du contexte hostile ? Du point de vue des politiques de développement, les opérations humanitaires et les organisations telles que MSF sont considérées comme des obstacles.

consolider la capacité de l'OCB à développer, maintenir et exploiter cette relation dans le temps (à savoir au-delà de la durée habituelle du contrat d'un chef de mission).

Comment l'OCB peut-il (re)gagner la confiance du MSP ?

MSF est-il un partenaire peu fiable ? Seul un KI du MSP n'était clairement pas de cet avis. L'OCB peut-il s'« approprier » et affronter cette réalité³⁸ ? Plusieurs KI ont déclaré que MSF avait : (a) abandonné les communautés et laissé le MSP à son sort après avoir décidé d'évacuer définitivement Katwa et Butembo ; (b) décidé unilatéralement de violer les protocoles du MSP (et de l'OMS) et cherché à cacher ces violations ; (c) recruté du personnel pour les projets sans l'aval du MSP ; et (d) refusé de fournir au MSP les données sur les dépenses et l'approvisionnement dont il avait besoin à des fins de reddition de comptes (problème en cours de résolution). Selon un responsable externe et ex-membre de MSF, de « nécessaire », l'organisation est devenue « tolérée ». Un agent de l'OMS présent sur le terrain pendant les 9^e et 10^e épidémies a expliqué que la coopération erratique de MSF avec le MSP mettait en péril la gestion et la coordination de la réponse générale. Dans le futur, et pour supérieures que soient par ailleurs les capacités de MSF, le MSP et l'OMS ne pourront ignorer ce risque. En d'autres mots, pour établir une collaboration fructueuse, MSF ne pourra se contenter de changer d'avis sur le MSP, mais devra gagner sa confiance.

LE POUVOIR DES DISCOURS

L'ensemble des entretiens avec le personnel de l'OCB présent lors de la 10^e épidémie a révélé une vision majoritairement négative de la gestion de la réponse par le MSP. À titre de comparaison, l'évaluation de l'étude très critique de l'ODI/HPG consacrée au leadership et à la coordination durant cette épidémie offre un point de vue différent : « Le gouvernement est parvenu à limiter et contrôler la 10^e épidémie dans une région densément peuplée et au sein d'une population très mobile sans expérience préalable de la maladie. La zone se caractérisait par des décennies de violence et de conflit armé, des structures de santé déficientes et des besoins humanitaires aigus persistants. » (Crawford *et al.*, 2021). Le rapport rappelait également que le Nord-Kivu comptait plus d'un million d'IDP et qu'Ebola avait largement été contenu à l'intérieur des frontières poreuses avec l'Ouganda et le Rwanda. Sans trancher en faveur de l'une ou l'autre évaluation du gouvernement, l'absence de telles discussions au sein du personnel de l'OCB souligne le manque d'objectivité des discours dominants de l'OCB, et en particulier de son personnel international. Un tel biais remet en question les fondements analytiques des principales décisions et dès lors l'orientation stratégique de l'OCB, son approche du MSP et sa décision de publier des opinions critiques.

³⁸ Il est à noter que lors des entretiens, les KI du MSP (notamment ceux de Kinshasa) parlaient souvent de MSF en général plutôt que d'OC particuliers.

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Le besoin d'un CE plus efficace et pertinent reste une velléité mal définie. Quel degré de participation communautaire est nécessaire et possible, et dans quelles circonstances ? Au-delà du CE comme moyen d'atteindre un but, l'OCB peut-il faire jouer aux communautés un rôle actif dans la réponse aux épidémies qui la frappent ? **L'un des principaux obstacles internes en matière de CE tient à l'incapacité à en déterminer la place sur le plan tant des politiques que des principes.** Ces deux points ont été soulevés à la fois dans ce rapport et par d'autres membres de l'OCB. Des KI ont évoqué la nécessité (déjà acceptée par de nombreux employés de MSF, dont des dirigeants) de refuser toute subordination de l'engagement communautaire à une approche médicalisée hiérarchique ou à une simple communication des risques. Les acteurs externes sont du même avis : au lieu de demander aux membres des communautés de changer leur comportement (paternalisme), il faut instaurer une discussion interactive dissipant les idées fausses et malentendus (voir Groupe d'étude sur le Congo, 2020). La réflexion amorcée après l'épidémie d'Afrique de l'Ouest est explicite : un engagement communautaire visant à aligner les priorités locales sur celles externes ou institutionnelles (convaincre les habitants qu'Ebola est la priorité n° 1, p. ex.) menace gravement le principe de « Ne pas nuire » (voir Benton, 2017).

Pour les partisans d'un renforcement de l'engagement communautaire, le positionnement du leadership de l'OCB est critique. Gagner la confiance des communautés avant d'entrer dans le vif du sujet exige de pouvoir mettre un frein à une culture privilégiant l'expéditif et le superficiel. Comme l'a expliqué un expert d'Ebola, l'OCB n'a considéré ses relations avec les communautés qu'après avoir pris en main la situation médicale, ce qui « crée systématiquement des tensions ». En outre, « nous savons tout cela, mais notre travail laisse toujours à désirer »³⁹.

CONCERTATION AU SEIN DE MSF EN GÉNÉRAL ET DE L'OCB EN PARTICULIER

L'examen des interventions de l'OCB dans le cadre de la dynamique intersectionnelle et l'analyse approfondie des **relations problématiques entre EPool, PUC et mission** (au-delà du contenu de la section Observations) dépassent la portée et la capacité de la présente évaluation. Trois remarques sont toutefois de rigueur pour compléter les points soulevés dans le reste de ce rapport. Tout d'abord, nous avons passé en revue la nouvelle stratégie proposée d'organisation de l'intervention du PUC et de l'EPool lors des futures épidémies de MVE. La proposition principale est de confier initialement la réponse au PUC puis, si nécessaire, de la transférer à l'EPool après deux à trois mois, pour préserver le mandat et la capacité de réponse du PUC. Cette solution n'est pas illogique, mais semble **répondre trop manifestement à la question interne ou institutionnelle des modalités d'organisation de la réponse de l'OCB**. Elle néglige par ailleurs les tensions malsaines entre le siège et le terrain qu'illustrent les frictions entre l'EPool et le PUC. Ces problèmes institutionnels devraient être secondaires. La priorité est de trouver un arrangement EPool-PUC produisant des résultats optimaux au vu du nouvel environnement externe et des nouveaux rôles attribués / « de force » à la réponse à Ebola de l'OCB. On peut d'autre part difficilement blâmer l'opposition du MSP à un remaniement planifié de la gestion,

³⁹ « L'HP doit être envisagée sous le même angle que la négociation de l'accès, comme un processus continu plutôt qu'un problème ponctuel. Notre engagement communautaire est médiocre parce qu'une fois le feu vert (accès) obtenu, nous cessons de communiquer avec les membres respectés et influents des communautés. Lors de MVE, la coercition ne fonctionne jamais. Existe-t-il d'autres solutions pour s'attirer les faveurs des habitants ? »

du personnel et des approches deux mois après le début d'une épidémie, remaniement qui ne redorerait d'ailleurs en rien l'image ou la réputation de sérieux de l'OCB. La solution alternative est de forger une réponse conjointe, en combinant les atouts du PUC et de l'EPool et en engageant en priorité des personnes à la hauteur de la tâche.

Ensuite, concernant les désaccords intersectionnels durant la 10^e épidémie, les dirigeants du siège ont commis l'erreur de demander aux équipes de terrain de conclure un mariage entre deux parties qui ne s'accordaient pas sur les rôles et objectifs de base. En l'absence d'une vision et d'une conduite efficaces, l'OCB n'a pu tirer parti de son expérience de la MVE pour améliorer les résultats. Comme mentionné plus haut, **le discours interne négatif de l'OCB justifiant une distanciation vis-à-vis du MSP a été répété au sujet du divorce avec l'OCP**. À cette occasion, c'est non plus un gouvernement étranger, mais un membre fondateur de la famille MSF qui a été diabolisé. De même, certains KI de l'EPool critiquaient le travail et l'intégrité du personnel du PUC et des membres du personnel de la mission critiquaient le travail et l'intégrité du personnel de l'EPool. L'accès obtenu par ALIMA a suscité mépris et railleries, ce succès étant interprété comme la récompense du MSP à une organisation cupide et servile. (Un KI d'ALIMA a offert un éclairage différent, expliquant qu'ALIMA exploitait sa concertation constante avec le MSP pour réclamer la modification des politiques jugées inacceptables). Il ressort de tout ceci une tendance néfaste et égoïste à simplifier à l'excès et condamner moralement l'autre partie de ce qui est censé être une relation collaborative (voire collégiale), et à justifier le désengagement. Autre point commun à ces discours délétères, le leadership de l'OCB ne cherchait ni à y couper court ni à les réfuter.

LEADERSHIP + PRINCIPES

Le travail du leadership doit être salué : les réponses aux trois épidémies ont démontré la capacité de l'OCB à mobiliser ressources et expertise, et à surmonter des difficultés considérables. Comme l'indiquent les manquements qui transparaissent dans une grande partie des Observations et de cette Analyse, le leadership n'en mérite pas moins quelques critiques. Citons tout particulièrement la définition de la stratégie ; la supervision de l'établissement de connexions et collaborations avec d'autres acteurs, d'autres entités de MSF et les communautés ; l'encouragement ou la non-résolution des discours délétères qui ont dominé certains aspects de la réponse de l'OCB ; et un manque d'attention pour les principes humanitaires et les problèmes éthiques (en raison d'une focalisation presque exclusive sur les actions).

APPLICATION PAR L'OCB DE SES PRINCIPES DE BASE (HUMANITAIRES)

Au vu du poids et de la complexité des problèmes, **l'application explicite des principes d'humanité, impartialité, indépendance et neutralité aurait pu renforcer le leadership de l'OCB**, en particulier aux Kivu. Au lieu de cela, durant les trois réponses, l'OCB a évoqué ces principes moins pour guider les stratégies et décisions que pour imposer sa vision de façon péremptoire. Quatre questions critiques mettent en lumière le rôle des orientations générales (leadership, stratégie, principes) durant la 10^e épidémie, notamment.

Quel rôle aurait dû jouer l'impartialité dans l'identification des objectifs de l'OCB aux Kivu ?

Comme expliqué plus haut, le critère de *pertinence* opérationnelle de notre évaluation soulève d'importantes questions sur la réponse de l'OCB à la 10^e épidémie. La pertinence se rapporte au principe clé d'impartialité, en vertu duquel l'aide ne doit pas être distribuée (ou refusée) de manière discriminatoire (origine ethnique, religion, sexe, etc.), mais être guidée exclusivement par les besoins, qui doivent être évalués de façon impartiale afin de **donner la priorité aux situations de détresse les plus urgentes**. La présente évaluation n'émet pas de jugement sur le bien-fondé de la priorisation de la MVE par l'OCB. Nous cherchons ici à déterminer dans quelle mesure ce niveau nécessaire d'analyse n'a pas été pris comme point de départ de l'intervention, en particulier à Bruxelles, mais aussi par les décideurs sur le terrain.

Dès le début et à tous les échelons, l'OCB s'est fixé pour objectif d'organiser une réponse à la MVE. En raison d'une insécurité persistante, de déplacements forcés et de zones sans accès aux soins de santé ou à l'eau potable, le Nord-Kivu et l'Ituri étaient en proie à des besoins *humanitaires* non liés à la MVE.

« Pour la 10^e épidémie, nous avons répété la même erreur, en ne partant pas de la question des besoins, des personnes ou des lacunes de la réponse. »

Dirigeant du personnel
médical de la mission

Durant la 10^e épidémie, bon nombre des employés de l'OCB qui percevaient ces besoins se sont dits déçus par la focalisation exclusive sur la MVE lors des stades initiaux. À l'occasion des KII, ils ont mis en cause un investissement des ressources rendu plus disproportionné encore par la multiplicité des acteurs de la lutte contre Ebola. Nous remarquons que l'impartialité ne concerne pas les besoins en soi, mais les besoins *non satisfaits*.

Bloquée au niveau de l'activité, la discussion de la programmation ne s'est jamais élevée à celui du principe. Le point de départ devrait être « Quels sont les principaux besoins des personnes en crise ? », et non « Où l'épidémie d'Ebola sévit-elle ? ». **L'impartialité aurait dû éclairer l'OCB sur les objectifs de l'intervention et alimenter régulièrement une discussion continue (point de la situation) au fil de l'épidémie**, pour s'assurer que l'évolution des événements n'exigeait pas d'ajustement de la réponse. Précisons que le principe d'impartialité n'interdit pas à l'OCB de décider, au terme d'une délibération transparente, de faire passer d'autres objectifs (p. ex., préserver l'expérience opérationnelle dans la réponse à la MVE) avant l'impartialité.

Cette question n'était pas purement philosophique : **l'impartialité était indispensable à l'acceptation de la réponse par les communautés**. Tout d'abord, pendant la 10^e épidémie, le rejet et la colère suscités par le « business Ebola » dans les communautés étaient largement le fait de personnes privilégiant des besoins non liés à la MVE à la fois (a) persistants et (b) négligés en raison de l'accaparement des énormes ressources par la réponse à Ebola, ce qui laissait planer le doute sur la motivation réelle de l'intervention. Ensuite, un grand nombre d'employés nationaux et internationaux a été embauché et déployé pour les trois épidémies, ce qui a soulevé des problèmes (réels ou perçus) de disproportion, de coût d'opportunité et d'équité.

Comment le principe d'humanité et les principes de Chantilly de MSF auraient-ils dû guider l'intervention contre Ebola et la prise de décision de l'OCB ?

Des questions opérationnelles clés entourent également le principe d'humanité, et son lien avec l'impartialité. Spécifiquement, quel rôle auraient dû jouer les communautés touchées dans l'établissement des objectifs de la réponse de l'OCB ? Quel poids l'OCB aurait-il dû attribuer aux priorités exprimées par ces communautés ? Il s'agit là de questions sensibles quand on sait que traditionnellement, MSF décide de manière unilatérale du contenu de ses interventions (souvent en parlant abusivement d'« indépendance »).

Un leader opérationnel chevronné de l'OCB a ainsi déclaré que les interventions de l'OCB devaient être basées sur les besoins plutôt que sur les « exigences » de la population locale. De telles conceptions semblent passées de mode et erronées. Aux Kivu, **l'OCB s'est essentiellement servi de son pouvoir pour décréter que les communautés ignoraient leurs propres priorités**, sous prétexte qu'elles ne comprenaient pas les risques d'Ebola, voire en niaient l'existence. L'OCB a exercé ce pouvoir sans même prendre la peine d'évaluer les autres besoins.

La justification de l'OCB compromet les impératifs éthiques exigeant, au minimum, **la reconnaissance du principe largement accepté que « la participation est un ingrédient fondamental du principe d'humanité »** (Slim 2015, 83). **Au niveau du leadership, la justification de l'OCB doit être remise en question plutôt qu'institutionnalisée.** La présente évaluation met en évidence (a) la conviction infondée de l'OCB de mener des interventions guidées uniquement par les besoins, comme le démontre l'influence considérable des politiques et intérêts institutionnels de l'OCB et de MSF sur les modalités de la réponse de l'OCB ; et (b) l'incapacité d'un autre âge à voir dans la participation communautaire un prérequis de la détermination des besoins prioritaires d'une communauté⁴⁰. La réflexion de l'OCB dans ce domaine confirme l'inaptitude tenace à interpréter le principe d'humanité ou les aspirations définitionnelles des principes de Chantilly de MSF – restaurer la capacité des personnes en crise à exercer un contrôle sur les forces qui influencent ou gouvernent leur vie – en termes d'inclusion participative d'un ordre supérieur (c.-à-d. placer « le patient au centre »), par exemple en permettant à la population de décider de l'intervention de l'OCB ou de participer de manière effective à ses décisions. Le problème que nous décrivons ici est à la fois une critique des actions de l'OCB aux Kivu et une suggestion que l'interprétation de l'*humanité* par l'OCB soulève une question cruciale dans le cadre des discussions naissantes sur son rôle et son identité futurs.

Dans quels domaines l'indépendance et la neutralité auraient-elles pu contribuer davantage à l'orientation stratégique et opérationnelle ?

Lors des débats houleux suscités par l'inclusion opérationnelle de l'OCB dans une riposte à la 10^e épidémie dirigée par le MSP, de nombreux KI ont fait levier sur l'indépendance de MSF pour affirmer que l'OCB franchissait des lignes rouges et trahissait son identité. Les décideurs du siège insistant que l'OCB devait s'en tenir au rôle assigné par le MSP au lieu de se retirer (avant le départ imposé par les attaques de Katwa et Butembo) ont été accusés de ne pas comprendre la réalité sur le terrain. Rétrospectivement, **la neutralité et l'indépendance auraient pu contribuer à la gestion de ces épineux problèmes d'identité et de rôle**, à condition d'éviter toute confusion idéologique.

⁴⁰ Les auteurs de l'évaluation notent que la participation communautaire effective est une composante courante des directives éthiques régissant les réponses aux épidémies.

- **De nombreux employés de l'OCB estimaient que le contexte disputé des Kivu jouait en faveur des qualités de MSF** : indépendance, expérience de fourniture de l'aide dans les zones de conflit et opérationnalisation de la neutralité et de l'indépendance pour obtenir et préserver la confiance ou l'accès. Le Nord-Kivu semblait un contexte dans lequel les avantages comparatifs de MSF auraient dû lui permettre de se ménager un « espace ».
- **Une évaluation plus nuancée des dynamiques de neutralité et d'indépendance**, et tout particulièrement de leur perception, aurait également été nécessaire dans le contexte spécifique des Kivu. Il est évident que le partenariat perçu avec le gouvernement a été mal reçu par de nombreuses communautés. L'affirmation que MSF se compromettrait en travaillant avec le gouvernement a cependant été jugée opportuniste et exagérée par certains KI. Dans cette même région des Kivu, MSF gérait en effet plusieurs hôpitaux en collaboration avec le MSP depuis des années. Comme l'a remarqué un bailleur familial des Kivu, les habitants de la zone sont par ailleurs rompus aux opérations humanitaires et du gouvernement (et de la MONUSCO, des milices, etc.) et capables de distinguer les activités propres aux conflits des autres (relevant de la santé, l'éducation, etc.). D'après certains des KI de la 10^e épidémie, la RDC n'était donc pas dans la même situation que l'Afghanistan ou l'Irak, p. ex., où tous les acteurs étatiques étaient indifféremment pris pour cible. En outre, le maintien de la neutralité tend plutôt à exiger qu'à décourager la concertation. De multiples KI ont enfin souligné que ce n'était pas tant le lien avec le gouvernement que l'association avec les efforts de lutte contre Ebola en général qui suscitait la méfiance.
- Néanmoins, les discours entourant les deux principes **confondaient souvent l'indépendance et la neutralité avec la volonté d'agir en totale liberté**. L'OCB avait besoin d'un débat plus sophistiqué, centré non seulement sur l'indépendance mais également sur les arbitrages et compromis inévitables pour garantir l'humanité et l'impartialité de l'organisation. Encore une fois, au vu des circonstances, garantir ces principes exigeait des stratégies visant à nouer des relations avec l'État plutôt qu'à l'esquiver, et un leadership clair sur les éventuelles lignes rouges dictées par les principes. C'est ainsi que l'indépendance fonctionne dans le monde réel, où les compromis sont inéluctables et l'OCB n'est jamais totalement indépendant (ou neutre, ou impartial).
- L'un des risques était que l'OCB, **dans son attachement à une forme idéalisée d'indépendance, soit mis sur la touche ou privé de tout accès, aux dépens de l'impartialité et de l'humanité**. Il semble crucial que l'OCB reconnaisse que l'indépendance, qui est censée améliorer l'accès, peut s'avérer contre-productive lorsqu'elle menace ceux qui contrôlent l'accès ; les décisions indépendantes (comprendre : « unilatérales ») de MSF de se lancer dans le plaidoyer public peuvent ainsi susciter la méfiance du MSP.
- MSF a appelé l'armée américaine à répondre à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et le personnel médical militaire à prendre en charge le traitement des patients ; de même, la police et l'armée ont résolument participé à la réponse à la COVID-19 dans de nombreux pays occidentaux. S'il n'est guère surprenant que l'OCB déplore le recours funeste du MSP à diverses forces de sécurité à diverses fins aux Kivu, **le discours de nombreux KI voulant que les mesures du gouvernement violaient indiscutablement un principe fondamental est donc largement inexact**. Le problème est que ce discours encourage une politique d'éloignement et de désengagement – frontières, distance et isolement – incompatible avec le *sans frontiérisme*.

Dans sa conceptualisation de la crise aux Kivu, l'OCB a-t-il exagéré l'urgence de santé publique (l'épidémie de MVE) aux dépens d'une perspective de santé humanitaire ?

De nombreux KI externes ont constaté que durant la 10^e épidémie, **les premières stratégies du MSP/de l'OMS se focalisaient exclusivement sur une réponse de santé publique à une crise verticale**, une conceptualisation renforcée par le mandat de l'OMS, l'exceptionnalisme d'Ebola et les montants extraordinaires consacrés à Ebola par les bailleurs. Cette conceptualisation négligeait la crise humanitaire préexistante et entravait la prise de conscience que la crise de la MVE mettait en difficulté d'autres secteurs des soins de santé et d'autres domaines essentiels, comme cela avait notoirement été le cas en Afrique de l'Ouest. Le MSP et l'OMS ont poursuivi cette approche étriquée jusqu'au printemps 2019 (Crawford *et al.*, 2021). **La notion de compassion humanitaire a donc été renversée**, les populations touchées devenant une menace à contrôler au nom de la nécessité première de protéger celles qui ne l'étaient pas encore.

Pour la 10^e épidémie, en particulier, une conceptualisation plus large aurait été en phase avec l'histoire et le contexte, et aurait permis de reconnaître que d'autres besoins étaient négligés ou directement aggravés par une focalisation disproportionnée et une concentration des ressources sur Ebola. Comme l'ont appris les experts de la MVE de l'OCB au fil des ans, et comme de nombreux KI l'ont observé aux Kivu, **l'épidémie a inévitablement détourné des ressources des soins de santé publique, jusqu'à rendre ces soins inaccessibles dans certains cas**. Le « business Ebola » a attiré un grand nombre d'employés du MSP et monopolisé l'ensemble de l'infrastructure administrative des provinces (y compris les forces de sécurité).

- Dans quelle mesure le positionnement de l'OCB accentue-t-il l'approche de sécurité de la santé mondiale au détriment des besoins des habitants de RDC et d'autres pays ? En dépit de la situation de sécurité aux Kivu, l'OCB n'a pas désavoué la distinction conceptuelle entre l'approche de santé publique de la riposte et les interventions humanitaires, une grave erreur stratégique à laquelle l'ONU, la Banque mondiale et d'autres bailleurs ont finalement mis fin en appelant à davantage d'intégration (Crawford *et al.*, 2021). Nous notons que ce problème avait déjà été soulevé dans une critique de la conceptualisation de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest (Nunes, 2017).
- **La crise exigeait de l'OCB (et MSF), en tant que voix indépendante et acteur de la santé humanitaire ayant une mission plus large que l'OMS, qu'il mette davantage l'accent sur une conceptualisation incluant les problèmes humanitaires préexistants ou émergents** et défendant la santé humanitaire. L'OCB aurait-il pu **combattre les approches binaires (« soit... soit ») ou exceptionnalistes** ne reflétant pas les besoins sur le terrain et risquant d'entraîner une mortalité supérieure à celle de la MVE elle-même ? Comme précédemment, la principale critique tient au manque d'intérêt pour cette question.

L'ÉTHIQUE DU COMPROMIS ET DE LA COMPLICITÉ

La collaboration avec le MSP est faite de compromis. La situation était cependant compliquée. De nombreux KI de l'OCB ont en effet dit se sentir complices des agissements du MSP en raison de compromis largement décidés par l'OCB, comme celui de ne pas se retirer de la 10^e épidémie (avant d'y être forcé par les attaques de Katwa et Butembo). Fondamentalement, **si l'idéalisme de l'organisation rend tout compromis difficile, les réalités du travail en RDC ne laissent guère de place à l'idéalisme. À l'avenir, la gestion des compromis deviendra une tâche primordiale du leadership.**

Durant les trois épidémies, le sentiment de complicité du personnel de l'OCB exigeait l'intervention du leadership et éventuellement une expertise éthique, parce que ces discours risquaient de dévoyer la prise de décision et, point crucial, signalaient une grave détresse morale.

Les recherches de MSF sont arrivées à des conclusions que le leadership de l'OCB aurait pu mettre en œuvre en **nuançant les discours néfastes de complicité de la part des employés sur le terrain** (principalement pour la 10^e épidémie ; voir Buth *et al.*, 2018). Ces recherches montrent que les arguments basés sur la complicité servent à couper court à toute discussion et à mettre un terme, de gré ou de force, à une activité ou relation particulière. L'usage du terme « complicité » interfère donc avec la nature même du compromis et confond mains sales, conspiration et collusion, au mépris de toute nuance relevant de l'intention, du moment, de la connaissance, etc. Enfin, les chercheurs avançaient que « **le concept de complicité n'aide pas les ONGI à prendre des décisions difficiles dans des situations moralement compromettantes** » (ibid.).

Les compromis obligent souvent à se salir les mains, par exemple en travaillant dans un CTE où les cas suspectés sont isolés dans des conditions générant plus de risques que de bénéfiques. Ce type de situation n'est pas rare dans la programmation de MSF, mais est souvent masqué ou contrebalancé par les résultats et impacts très positifs de ses interventions. Si le problème est relativement limité dans le cadre de la réponse à la MVE, il est inhérent au mandat humanitaire de l'OCB et deviendra probablement de plus en plus courant à mesure que les collaborations et les connexions systémiques s'intensifieront.

Le leadership doit traiter les discours pernicieux de diabolisation et l'interprétation rigide des principes comme un risque organisationnel, qui doit être géré en nuançant le débat et en montrant la voie, à travers une position consensuelle de compromis, ou au minimum une compréhension partagée du juste milieu à atteindre.

VALEUR AJOUTÉE ET AVANTAGE COMPARATIF

La reconnaissance que le développement rapide des expertises et expériences a érodé l'« espace » traditionnel de l'OCB dans la réponse à Ebola en RDC, voire dans le monde, a encouragé l'examen de rôles de niche potentiels. Les idées exposées par de nombreux KI pouvaient ainsi être rangées dans trois grandes catégories.

- **Les tout-terrain.** Répondre à la MVE dans des zones posant des difficultés logistiques insurmontables pour les autres acteurs, même lorsque des fonds sont disponibles. Les zones de santé rurales de l'Équateur où l'OCB a opéré lors de la 11^e épidémie en sont un exemple. Malgré leurs moyens financiers, le MSP, l'OMS et des organisations telles qu'ALIMA n'étaient pas en mesure de réunir les capacités requises (logistique, communications ou personnel médical expérimenté) pour intervenir dans une contrée aussi inaccessible.
- **Les lève-tôt.** Répondre immédiatement à la MVE, en participant à la préparation de la concertation, de la recherche des contacts, du traitement et de l'arrivée des acteurs, avant de se retirer (ou de passer au second plan) en temps opportun. L'OCB bénéficie ici de ses capacités remarquables de surveillance épidémiologique et de mobilisation rapide, ainsi que de son indépendance financière.

- **Les spécialistes.** Comme le nom l'indique, l'idée serait pour l'OCB de bâtir une capacité ciblée et d'amener le MSP à la reconnaître. Le risque serait toutefois que le MSP se focalise sur la capacité de traitement de MSF, privant l'organisation des fonctions plus vitales d'engagement communautaire, recherche des contacts ou (dans le futur ?) vaccination.

Ces discussions sont en cours et doivent se poursuivre, mais pourraient exiger une réflexion supplémentaire. Si ces solutions alternatives ont leur intérêt dans le « nouveau » paysage, **elles laissent entrevoir non pas de futurs modèles potentiels, mais un espace où reproduire l'ancien** et permettre à l'OCB d'esquiver les nouvelles réalités. L'impression de nombreux KI qu'un renforcement du pouvoir de négociation et de la concertation avec le MSP permettrait à l'OCB de récupérer son espace traditionnel est tout aussi problématique. Les options susmentionnées pourraient être prometteuses dans certaines circonstances, mais elles négligent le besoin pour l'OCB de pouvoir se fondre dans la réponse générale en RDC.

Derrière la discussion de l'« espace » opérationnel se dessine en filigrane une question critique : dans quelle mesure la transformation du paysage de la réponse à Ebola en RDC (voire dans le monde, cf. Guinée en 2021, p. ex.) **remet-elle en question l'avantage comparatif de l'OCB ?** En clair, la capacité et l'appétit du risque accrus des autres acteurs de la MVE érodent la valeur ajoutée de l'OCB.

Par le passé, les avantages comparatifs de MSF lui donnaient les coudées franches pour travailler et accéder à des fonctions de leadership. Les experts de la MVE de l'OCB craignent maintenant le phénomène inverse : **si MSF ne participe pas activement à tous les piliers de la réponse, il perdra ses compétences, son expérience** et ses avantages comparatifs. Les trois épidémies en RDC exigeaient des compétences et une expertise dans un domaine constituant un désavantage comparatif pour l'OCB : la capacité de collaboration⁴¹. On peut en outre douter que le simple fait de travailler dans des zones isolées ou aux premiers stades de la MVE permette à l'OCB de préserver son leadership mondial ou une réserve suffisante d'employés compétents et expérimentés. La perte d'« espace » est donc une menace existentielle pour la capacité de l'OCB à répondre à la MVE.

- Si beaucoup de KI en ont fait un avantage comparatif clé de MSF, **rien ne garantit la pérennité de la supériorité financière historique de l'organisation**. Divers KI externes ont loué le financement précoce et rapide de la Banque mondiale ; la disponibilité de ces fonds signifie qu'à l'avenir, MSF pourrait ne plus être le seul acteur à même d'intervenir rapidement. (Il est également possible que la COVID-19 prive Ebola d'une partie des fonds).
- La combinaison de la valeur ajoutée institutionnelle de MSF et de la létalité potentielle d'Ebola sous-tend bon nombre des modes opératoires de l'OCB dans ce domaine. **Le spectre complet des décisions ou calculs opérationnels (arbitrages et compromis) doit être recalibré**. Par exemple, la vitesse d'action (médicale) l'emporte-t-elle toujours sur les bénéfices d'une collaboration ou d'un engagement communautaires adéquats ? Les bénéfices du non-respect des règlements administratifs du gouvernement l'emportent-ils toujours sur le coût des « pots cassés » à réparer par la suite ? Le risque de pénurie de stock/matériel l'emporte-t-il toujours sur celui de gaspillage ?
- Quelques KI ont lancé un intéressant pavé dans la mare, avançant que le principal avantage comparatif de MSF et l'OCB réside non pas dans la réponse à Ebola, mais dans une **capacité**

⁴¹ La nécessité pour l'OCB d'améliorer sa capacité de collaboration avec le MSP et sa participation aux piliers dans le cadre d'un effort concerté plus large a été discutée plus haut.

remarquable à transférer le traitement de la MVE au système de soins de santé primaires. En plus de contribuer à réduire la stigmatisation, cette « normalisation » serait à l'avenir plus adaptée au caractère endémique et moins létal de la MVE imputable aux avancées thérapeutiques et aux vaccins. Les KI estimaient toutefois que l'OCB devrait pour ce faire mettre un terme à sa propre « stigmatisation » (exceptionnalisation) d'Ebola.

Enfin, l'étiollement de l'avantage comparatif soulève la question institutionnelle du coût d'opportunité : **l'OCB doit-il chercher à préserver son expertise de la MVE**, ou l'utilisation des ressources disponibles à d'autres fins contribuerait-elle davantage à la mission de MSF ? Des KI tant du terrain que du siège se demandaient si les ressources disproportionnées que l'OCB consacre à la MVE étaient encore justifiées. Il s'agit là d'un sujet de discussion intéressant et crucial pour les années à venir.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La présente évaluation rétrospective est également tournée vers le futur. Les difficultés qu'a rencontrées l'OCB, et notamment la remise en cause de sa prééminence mondiale dans la réponse à Ebola – un élément central de son identité – ont rendu nécessaire une meilleure compréhension du déroulement des trois épidémies en RDC afin de mieux affronter les suivantes. Forts des leçons tirées de l'expérience en RDC, de nombreux membres de l'OCB ont engagé des discussions et opéré des changements. La présente évaluation apporte sa pierre à l'édifice en identifiant, dans les sections Observations et Analyse, les problèmes à régler et questions à poser, en veillant à ne pas dupliquer les efforts susmentionnés, qui ont adopté un angle plus opérationnel. Cette section Conclusion souligne les préoccupations les plus critiques au regard des futures réponses à Ebola et de la culture organisationnelle ambiante.

Le Groupe consultatif ayant commandité l'évaluation a demandé à l'équipe d'évaluation de générer des éléments de réflexion et d'analyse sur les événements des trois épidémies, et de proposer des pistes pour l'avenir. Plutôt que la traditionnelle liste de recommandations, nous fournissons ci-dessous un nombre limité de propositions précises. À l'OCB ensuite de les discuter et les débattre, afin de décider du futur de l'organisation.

RECOMMANDATION 1 : Pour se positionner plus efficacement dans la réponse aux crises, l'OCB (et MSF) doit analyser et évaluer le secteur de l'aide humanitaire dans son ensemble, le système mondial de santé publique et la dynamique des crises régionales, avant d'y déterminer sa place.

« MSF est un acteur qui ne croit pas aux systèmes » – médecin et politicien congolais. Pour banale qu'elle soit, cette observation résume parfaitement les deux facettes du succès de MSF : premièrement, sa vision sans compromis et sa volonté inébranlable de sauver des vies et réduire les souffrances. Hélas, cette ferveur même empêche MSF de réaliser à quel point il incarne les intérêts et comportements du système actuel de l'aide internationale. On ne peut nier que MSF possède une capacité de réponse d'urgence transfrontalière extrêmement efficace, et est financièrement indépendant et libre d'agir à sa guise. Le but n'est pas ici de se demander si MSF souhaite participer au système : c'est déjà le cas. Comment jouer un rôle stratégique unique au sein de ce système ? Voilà la question existentielle. À la lumière de ses objectifs généraux, comment l'OCB veut-il répondre aux crises sanitaires et spécifiquement à la MVE, au sein d'une structure de plus en plus contrôlée par l'État ? Deuxièmement, quelles opportunités l'OCB peut-il identifier au sein du système dirigé par l'État pour améliorer la reproductibilité, l'efficacité et la fiabilité du MSP lors des futures épidémies ? L'OCB et MSF ont-ils établi des relations leur permettant d'anticiper et de s'adapter dès à présent à l'« espace » de réponse d'une future épidémie de MVE en RDC ou ailleurs (p. ex., en s'adressant directement à l'OMS à Brazzaville et Genève ou à la Banque mondiale à Kinshasa et Washington D.C.) ?

[Recommandations 2-5 \(sur 5\) →](#)

RECOMMANDATION 2 : Une réponse à Ebola efficace en RDC exige d'établir une concertation plus robuste, stratégique et durable avec le MSP.

Cette concertation doit passer par des relations personnelles/professionnelles, invariablement respectueuses et fondées sur la confiance mutuelle. Elle doit également replacer les opérations de l'OCB en RDC dans un contexte régional dynamique. Les conversations à l'échelle du siège et de la mission suggèrent déjà diverses pistes prometteuses (p. ex., missions conjointes PUC-MSP, formation à la réponse d'urgence du personnel dédié du MSP), qui pourraient être empruntées non pas à titre « caritatif » ou à des fins de « développement », mais en tant que valeurs fondatrices et intérêts propres de MSF. Cependant, pour difficile qu'il soit de s'accorder sur la voie à suivre avec le MSP, il sera plus ardu encore de surmonter les obstacles internes à l'OCB et au mouvement MSF. Il est peu probable que l'OCB parvienne à fixer les modalités de concertation avec le MSP avec le plein soutien des autres OC, ce qui serait bien sûr idéal. Une concertation OCB-MSP unilatérale pourrait être inévitable, mais risque de compromettre l'influence et la réputation du mouvement.

- Recommandation particulière : La reddition de comptes mutuelle d'un cadre coopératif devrait étayer de solides rapports individuels avec des responsables du MSP à Kinshasa ou des employés des zones de santé/le MCZ. L'OCB devrait négocier un tel accord-cadre afin de clarifier les rôles et responsabilités respectives de l'OCB et du MSP.
- Recommandation particulière : Le personnel du MSP et des organismes basés en RDC (ALIMA, OMS, agences de l'ONU) est en quelque sorte une fraternité d'ex-employés de MSF (souvent du PUC). Dans quelle autre région du monde l'OCB est-il implanté aussi profondément dans le système, et donc en mesure d'instaurer une concertation qualitativement différente ? Au vu de sa capacité opérationnelle à concrétiser ces relations potentielles, l'OCB devrait exploiter les efforts actuels de formation d'une association reconnue en RDC. Ces connexions peuvent-elles être étendues à l'échelon régional ?

RECOMMANDATION 3 : En matière d'Ebola et de santé publique mondiale, grâce au travail et à l'expérience accumulés, l'OCB est idéalement placé pour comprendre ses actions et leurs conséquences systémiques.

Publié par l'OCB, l'ouvrage *The Politics of Fear* éclaire de nombreuses questions curieusement négligées lors des récentes réponses à Ebola de l'OCB en RDC (lien entre l'exceptionnalisme d'Ebola et les politiques de genre, origine ethnique et classe, impact d'une préoccupation mondiale croissante pour la sécurité sur la réponse à la MVE, etc.). Au cours de nos très longues recherches, la discussion n'a pratiquement jamais reflété ces éclairages (conceptuels) de l'épidémie d'Afrique de l'Ouest, dont le leadership aurait dû activement dériver une compréhension de ses opérations, rôles et responsabilités en RDC allant au-delà des discours réflexifs de l'action technique.

- Recommandation particulière : Dans le cadre de l'élaboration de sa vision stratégique de la réponse à Ebola (dans le monde et en RDC), l'OCB devrait discuter et exprimer plus clairement sa position vis-à-vis des contradictions entre exceptionnalisme d'Ebola, sécurité de la santé publique mondiale et santé humanitaire. Ce positionnement reposera sur une prise de décision reflétant une analyse contextuelle et un réseautage optimisés.

Recommandations 4-5 (sur 5) →

RECOMMANDATION 4 : Pour s'adapter aux changements de l'environnement externe global et du contexte propre à chaque réponse, l'OCB a besoin d'une direction stratégique accrue et partagée et d'une gestion dédiée du changement.

L'OCB, qui fait figure de leader planétaire de la réponse à Ebola, ne peut être aveugle aux changements de l'environnement de la réponse, en particulier concernant le leadership du MSP/de l'OMS. L'amélioration de la situation dépendra de la concrétisation des recommandations 1 et 2 ci-dessus, puis du développement (a) d'une vision stratégique du rôle de l'OCB dans de futurs scénarios d'Ebola ; (b) d'une stratégie interne – et non d'un plan d'action – pour adapter l'organisation en conséquence (de la coordination EPool-PUC au recalibrage des avantages comparatifs de l'OCB) et surmonter les obstacles internes ; et (c) d'un processus de gestion du changement faisant le lien entre la stratégie et ces nouveaux processus, capacités et structures. Toute réorganisation stratégique doit identifier les éventuels domaines d'expertise (p. ex., nouveaux traitements, vaccination) nécessaires à la préservation de l'influence et de l'accès.

- Recommandation particulière : Les priorités correspondantes comprennent la clarification de l'objectif et du rôle futurs de la promotion de la santé et de l'engagement communautaire dans la réponse à la MVE et une meilleure définition de la place du développement/de la pérennité dans le travail humanitaire de l'OCB, spécialement dans les contextes de crise chronique tels que la RDC.

RECOMMANDATION 5 : Des orientations plus détaillées prenant la forme d'une stratégie, d'un leadership et d'une clarification des principes et de l'éthique doivent être mises en place afin d'améliorer la qualité et la cohérence de la prise de décision opérationnelle.

Selon l'évaluation, deux sujets de préoccupation exigent une attention particulière au niveau du leadership, de la stratégie et des politiques : les discours simplistes et négatifs (vis-à-vis des autres OC, des rapports siège-terrain de l'OCB, des bailleurs, du MSP, du gouvernement de RDC, etc.) entravant la délibération et la prise de décision, et l'impact disproportionné des décisions improvisées et de nature trop individuelle. Par ailleurs, les questions éthiques liées aux principes humanitaires n'ont pas été reconnues de manière constructive ni utilisées pour éclairer la prise de décision (p. ex., indépendance et complicité instrumentalisées pour tuer le débat).

- Recommandation particulière : L'OCB devrait explorer la possibilité de s'appuyer sur des experts dédiés (éthicien, p. ex.) guidant la prise de décision opérationnelle éthique (par opposition aux capacités existantes d'éthique médico-clinique).

BIBLIOGRAPHIE

Benton, A. (2019). Whose Security? Militarization and Securitization During West Africa's Ebola Outbreak. In M. Hofman et S. Au, *The Politics of Fear: Médecins Sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*. Oxford : Oxford University Press, 2019, p. 25-50.

Buth, P et al. (2018). 'He who helps the guilty, shares the crime'? INGOs, moral narcissism and complicity in wrongdoing. *Journal of Medical Ethics*. 2018, vol. 0, p. 1-6.

Crawford, N, Holloway, K et al. (2021). La 10^e réponse à Ebola en République démocratique du Congo : Leçons sur le leadership et la coordination internationaux. Overseas Development Institute, Humanitarian Policy Group.

Hofman, M. et S. Au. (2019). Introduction. In M. Hofman et S. Au, *The Politics of Fear: Médecins Sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*. Oxford : Oxford University Press, 2019, p. xv-xxix.

Nunes, J. Doctors Against Borders: Médecins Sans Frontières and Global Health Security. In M.

Hofman et S. Au, *The Politics of Fear: Médecins Sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*. Oxford : Oxford University Press, 2019, p. 3-24.

Slim, H. Humanitarian Ethics: A guide to the morality of aid in war and disaster. London : Hurst & Company, 2015

ANNEXE : TABLEAU DES QUESTIONS D'ÉVALUATION

Tel que présenté dans les TdR.

QE1	Pertinence ? Dans quelle mesure les interventions de l'OCB étaient-elles pertinentes au vu des besoins, des principes de MSF et du contexte ? Comment la pertinence peut-elle être améliorée à l'avenir ?
1.1	Quels étaient les besoins des populations en crise ? Comment ont-ils été évalués et intégrés aux stratégies/approches de l'OCB ?
1.2	Comment les besoins de la population ont-ils évolué ? Dans quelle mesure l'OCB est-il parvenu à s'adapter en conséquence ?
1.3	Comment les grands principes et idéaux de l'OCB ont-ils façonné les stratégies, objectifs et approches de ses interventions ?
QE2	Caractère approprié ? Comment les interventions de l'OCB pourraient-elles être plus appropriées au vu du contexte ?
2.1	L'OCB a-t-il fixé des objectifs et résultats attendus pour guider ses interventions, et si oui, lesquels ? Ces objectifs ou résultats ont-ils évolué ? Si oui, en quoi ?
2.2	Quelles approches ont été adoptées au cours des trois épidémies ? Quelles étaient les approches alternatives ?
2.3	Comment les décisions d'intervenir ou non ont-elles été prises ? Comment les différentes stratégies d'intervention ont-elles été décidées ? Dans quelle mesure ces stratégies tenaient-elles compte de la position des diverses parties prenantes ?
2.4	Les interventions étaient-elles adaptées aux spécificités du contexte de chaque épidémie ? Ont-elles promptement été adaptées aux changements ?
QE3	Efficacité ? Quelle a été l'efficacité des interventions de l'OCB ?
3.1	Quels résultats ont été obtenus et dans quelle mesure remplissaient-ils les objectifs des interventions ?
3.2	Quels difficultés et risques (attendus ou inattendus) ont été rencontrés ? Comment l'OCB les a-t-il affrontés ?
3.3	Quels ont été les éventuels effets inattendus de l'approche choisie lors de chaque épidémie ?
QE4	Efficiences ? Les interventions de l'OCB ont-elles été efficaces ?
4.1	Dans quels cas l'utilisation des ressources s'est-elle avérée particulièrement efficace ou inefficace ?

4.2	L'OCB s'est-il penché sur les questions du coût d'opportunité lors des trois interventions ? Si oui, comment ?
QE5	Interdépendance ? Comment optimiser l'interdépendance des interventions de l'OCB ?
5.1	Comment l'OCB a-t-il travaillé et assuré la coordination avec les autres OC de MSF ? Avec les principales agences de réponse internationales ?
5.2	Sur le plan stratégique, comment l'OCB a-t-il travaillé en coordination avec le MoH et les autres autorités de RDC ? Comment l'intervention de l'OCB a-t-elle été intégrée à la réponse globale et comment cet aspect pourrait-il être amélioré dans le futur ?
5.3	À quel point les interventions de l'OCB s'imbriquaient-elles dans le système de santé local ? Comment ont-elles exploité les capacités existantes du MSP et de MSF ?

Stockholm Evaluation Unit
(Unité d'évaluation de Stockholm)
<http://evaluation.msf.org/>
Médecins Sans Frontières

Rédigé de manière indépendante par
Marc DuBois et Edward Rackley
Decembre 2021