

# UNE ÉVALUATION DU POOL D'URGENCE (PUC) EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Septembre 2025

Cette publication a été réalisée à la demande de Médecins Sans Frontières (MSF) – Centre Opérationnel Bruxelles (OCB) sous la direction de l'Unité d'Évaluation de Stockholm (SEU).

Tous les évaluateurs engagés par la SEU doivent respecter les directives éthiques de la SEU pour les évaluations.

L'évaluation a été menée indépendamment par Amelia Goldsmith et Claire Weil, et le rapport a été produit par Amelia Goldsmith.

## AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées par les auteurs dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Médecins sans Frontières ou de l'Unité d'évaluation de Stockholm.

Ce rapport est une traduction du rapport original produit en anglais. Malgré le soin apporté à la traduction, notamment pour refléter nuances et choix des formulations, merci aux lecteurs de se référer en cas de doute à la version anglaise.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	3
ACRONYMES .....	4
RÉSUMÉ.....	5
INTRODUCTION.....	9
RÉSULTATS .....	17
Pertinence .....	17
Efficacité .....	23
Efficience .....	27
Cohérence .....	33
CONCLUSIONS.....	38
RECOMMANDATIONS .....	39
ANNEXE 1 : TERMES DE RÉFÉRENCE .....	44
ANNEXE 2 : DOCUMENTS D'EXAMEN DOCUMENTAIRE .....	51
ANNEXE 3 : THÉORIE DU CHANGEMENT .....	53
ANNEXE 4 : GRILLE DE VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES .....	54
ANNEXE 5 : CRITÈRES RELATIFS À LA FORCE DE LA PREUVE.....	60
ANNEXE 6 : SOURCES DE DONNÉES ET OUTILS UTILISÉS POUR LA COLLECTE DES DONNÉES PRIMAIRES	61

## LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Le système de V-D réparti dans les 15 provinces où le CPV est actif .....	10
Figure 2 : Opinion des répondants au sondage sur le positionnement du PUC pour intervenir en cas de crise, par type de scénario .....	19
Figure 3 : Procédure de validation d'une intervention .....	28
Figure 4 : Pourcentage de répondants (n=29) qui perçoivent une collaboration efficace avec le MSPP..	33
Figure 5 : Pourcentage des répondants au sondage (n=29) qui estiment que le PUC collabore efficacement avec d'autres acteurs .....	35
Tableau 1 : Critères d'évaluation et questions correspondantes .....	12
Tableau 2 : Répondants aux KII en fonction de leur affiliation organisationnelle .....	14
Tableau 3 : Nombre de répondants du PdR par lieu d'intervention.....	14
Tableau 4 : Pourcentage d'alertes par type de scénario et par année selon le rapport annuel du PUC de 2024 (arrondi aux nombres entiers) .....	20
Tableau 5 : Nombre et types d'interventions du PUC par année .....	22
Tableau 6 : Analyse des intervalles de temps entre les alertes et les interventions au cours de l'année écoulée, sur la base des Termes de Référence du PUC.....	29
Tableau 7 : Analyse des intervalles de temps entre la fin d'une exploration/évaluation et le début d'une intervention au cours de l'année écoulée .....	30

## ACRONYMES

ACF : Action Contre la Faim  
BALI : Bureau d'Appui et de Liaison Intersection  
DPS : Division Provinciale de la Santé  
RDC : République Démocratique du Congo  
ESP : Equipe Support Pays  
FGD : Discussion de groupe  
HQ : Siège de MSF OCB  
INRB : Institut National de la Recherche Biomédicale  
KII : Entrevue avec un informateur clé  
MSF : Médecins Sans Frontières  
MSPP : Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale  
OCB : Centre Opérationnel Bruxelles  
OCBA : Centre Opérationnel Barcelone-Athènes  
OCP : Centre Opérationnel Paris  
OMS : Organisation mondiale de la Santé  
PdR : Pool de Réserve  
PUC : Pool D'Urgence Congo  
RH : Ressources Humaines  
RST : Équipe support régionale  
SEU : Unité d'évaluation de Stockholm  
SoE : Force des preuves (Strength of evidence)  
TdC : Théorie du changement  
USAID : Agence des États-Unis pour le développement international  
UNHAS : Service aérien humanitaire des Nations Unies  
V&D : Veille et Détection  
WACA : Direction Opérationnelle (MSF) d'Afrique de l'Ouest et du Centre  
WASH : Eau, hygiène et assainissement

## RÉSUMÉ

Le Pool d'Urgence Congo (PUC) de Médecins Sans Frontières (MSF) est un projet d'intervention d'urgence administré par MSF en République démocratique du Congo (RDC), au sein du Centre Opérationnel de Bruxelles (OCB). Il couvre 15 provinces de l'ouest de la RDC et se concentre sur la détection et la réponse rapides aux crises sanitaires et humanitaires. La RDC connaît de fréquentes épidémies et des urgences médico-humanitaires, souvent dans des endroits difficiles d'accès en raison d'une géographie diverse et complexe. Le PUC maintient un vaste réseau de surveillance dans 293 zones de santé, effectuant une surveillance passive et proactive par l'intermédiaire de sept bureaux de surveillance qui recueillent des données sur les épidémies et les crises par le biais de réseaux locaux. Lorsque les *alertes* de crise atteignent des seuils établis en interne, la PUC peut déployer des équipes d'intervention rapide pour vérifier les informations par le biais d'une *exploration*, puis confirmer et documenter la crise par le biais d'une *évaluation*, avant une potentielle *intervention*. En 2019, le PUC a fait l'objet d'une importante restructuration afin d'adresser les défis perçus en matière de réactivité et de flexibilité, et d'améliorer sa rapidité et son efficacité s'agissant de réduire morbidité et mortalité en temps de crise.

Cette évaluation externe menée en 2025 par le biais de l'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU) de MSF, a évalué la pertinence du PUC, son positionnement stratégique et l'efficacité de son approche opérationnelle pour répondre aux besoins d'urgence en RDC. L'évaluation a adopté une approche compréhensive basée sur la théorie. L'équipe d'évaluation a d'abord élaboré la théorie du changement du PUC lors d'un atelier organisé en personne à Kinshasa en mars 2025 avec le personnel du PUC. La TdC a permis à l'évaluation de tester le fondement conceptuel du modèle opérationnel actuel du PUC. En mai et juin 2025, l'équipe d'évaluation a conduit une revue documentaire, et collecté des données au moyen d'une approche à méthodes mixtes, qui comprenait des entretiens avec différentes parties prenantes, des discussions de groupe avec le<sup>1</sup> personnel du Pool de Réserve (PdR), un sondage en ligne et une analyse des interventions récentes, afin d'évaluer le modèle opérationnel du PUC par rapport à la TdC.

L'évaluation montre que malgré de nombreux changements au cours des trente dernières années, les activités du PUC restent très pertinentes par rapport aux besoins actuels en RDC. Le système Veille et Détection (V&D) du PUC comble une lacune critique dans l'architecture de surveillance des maladies en RDC, en fournissant des données opportunes et détaillées qui complètent les rapports du Ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPP dans ce rapport). Cependant, le système V&D semble moins capable de détecter les crises humanitaires et les événements atypiques et pourrait devenir plus sensible avec l'appui de seuils de crise révisés. La couverture géographique et le mandat actuel du PUC contribuent également à une faible exposition aux crises humanitaires. En raison du contexte épidémiologique, le PUC intervient très fréquemment lors des épidémies de rougeole, ce qui peut limiter son exposition à d'autres types de crises et entraîné une certaine spécialisation.

---

<sup>1</sup> Note de l'équipe d'évaluation : alors que le terme « pool » est plus courant en français et utilisé par le PUC, le terme « roster » est plus couramment utilisé en anglais pour décrire ce type de structure RH.

La capacité logistique exceptionnelle du PUC est l'un de ses plus grands atouts et le distingue de ses pairs, mais, en raison de la taille des 15 provinces où il opère, il se doit d'être sélectif dans ses décisions d'interventions. La dépendance à l'égard des compagnies aériennes commerciales ou des vols UNHAS complique la mobilité et l'efficacité. Le PUC doit également maintenir un équilibre entre l'obtention d'informations auprès de son réseau d'informateurs communautaires et des interventions uniquement lorsque cela est nécessaire, tout en gérant les attentes de la communauté.

Les processus multicouches de prise de décision et de validation budgétaire du PUC prennent beaucoup de temps. Cela limite la réactivité du PUC et crée des tensions entre le PUC et les autres entités de MSF-OCB (mission, cellule et siège) impliquées dans la validation des interventions. À l'heure actuelle, le processus d'approbation ne comprend pas d'analyse *systématique* des tendances en matière de prise de décisions pour l'ensemble des interventions, malgré la disponibilité de données clés en interne et les progrès récents pour établir des processus proactifs d'apprentissage organisationnel. L'information provenant d'interventions antérieures est recueillie, mais n'est pas utilisée à des fins de gestion adaptative, afin de s'assurer que les discussions sur les changements systémiques soient éclairées par des données. Le recours aux systèmes papier et les compétences numériques insuffisantes du personnel du PUC (p. ex., Excel avancé) nuisent à une documentation efficace et adéquate.

L'engagement et la gestion RH du PUC s'agissant du personnel du Pool de Réserve (PdR) prend beaucoup de temps. Le personnel du PdR interrogé estime n'avoir pas suffisamment d'informations sur les critères de sélection. Cela pourrait contribuer à des taux d'attrition plus élevés qui pourraient aussi être imputables à d'autres facteurs tels que la nature temporaire des contrats et les possibilités d'emploi concurrentielles. Malgré les améliorations, la taille des équipes d'intervention est toujours considérée comme grande.

Une collaboration étroite avec le MSPP a été décrite, mais des préoccupations subsistent quant à l'existence d'une certaine dépendance liée à des faiblesses structurelles au sein du MSPP. Le PUC doit investir davantage dans l'intégration et les partenariats avec le MSPP lors des interventions afin de parvenir à plus d'efficacité. Bien qu'il y ait un intérêt envers et une collaboration effective avec des partenaires externes, la culture d'indépendance du PUC et les différences dans les modèles opérationnels ont parfois rendu cela difficile. Malgré cela, le personnel du PUC souhaite formaliser davantage la collaboration avec d'autres acteurs humanitaires, en collaborant avec le MSPP et d'autres entités de MSF, notamment pour améliorer l'efficacité budgétaire, en particulier compte tenu des restrictions de financement actuelles.

## RECOMMANDATIONS

- **Mitiger le risque de spécialisation de la rougeole** : Augmenter l'exposition à des scénarios plus diversifiés, via des interventions le cas échéant, et organiser une formation trimestrielle spécifique aux scénarios pour d'autres maladies infectieuses et crises humanitaires afin d'assurer une exposition plus large à ce type de crises.
- **Innover le système actuel de V&D pour accroître la sensibilité** : Compléter les indicateurs si nécessaire, étendre les contacts du réseau secondaire dans les zones silencieuses et définir

stratégiquement des seuils pour la réponse du PUC aux crises humanitaires, vis-à-vis ou en complément d'autres acteurs y compris MSF.

- **Envisager des processus de validation simplifiés qui pourraient accélérer les interventions** tels que des packages d'intervention pré-validés par exemple pour la rougeole. **Envisager d'augmenter les seuils de validation budgétaire** : afin de permettre une plus grande autonomie budgétaire et une plus grande confiance envers le PUC tout en maintenant un examen minutieux des budgets supérieurs à la moyenne.
- **Comparer les coûts d'achat d'un avion dédié** vis-à-vis de la dépendance actuelle envers les compagnies aériennes commerciales ou de l'UNHAS, en tenant compte de la valeur organisationnelle liée à l'amélioration de la vitesse et de la mobilité.
- **Évaluer de manière critique les meilleures opportunités d'intégrer du personnel polyvalent dans les interventions** : Identifier les compétences qui pourraient être enseignées au personnel existant et les partenaires qui gagneraient à intégrer plusieurs capacités techniques pour créer des équipes plus légères.
- **Moderniser les systèmes de gestion des données et d'apprentissage** : Passez de la documentation papier à la tenue de dossiers numériques, investir dans la formation aux compétences numériques et dans des tablettes pour les interventions.
- **Systématiser l'apprentissage organisationnel** par le biais de réflexions stratégiques trimestrielles menées avec et par les différents départements afin d'institutionnaliser les meilleures pratiques et de mieux relever les défis. Bien qu'il existe des échanges d'apprentissage entre les différents pools d'urgence MSF en RDC, ils devraient être organisés plus régulièrement.
- **Créer un système pour suivre et normaliser l'enregistrement des points clés entre les phases d'alerte et d'intervention** : suivre systématiquement le temps écoulé entre chaque étape, grâce à un outil dédié visible à tous les niveaux de prise de décision, afin de permettre des discussions éclairées par les données, sur les retards par exemple. Analyser systématiquement ces intervalles dans le cadre d'initiatives d'apprentissage organisationnel plus larges.
- **Organiser un atelier entre tous les niveaux de décision du processus de validation** : utiliser des données chronologiques pour structurer le dialogue sur les ajustements prioritaires afin de permettre une capacité de réponse plus rapide et de fixer des objectifs quantitatifs pour un rythme idéal.
- **Améliorer la communication et l'engagement avec le personnel du PdR** : Établir un point focal dédié à la gestion du PdR, s'assurer que le personnel du PdR comprend mieux l'ensemble du système et les critères de sélection, ainsi que les mécanismes de retour d'information, et leur offrir davantage de possibilités de formation entre les interventions.
- **Formaliser les opportunités de mutualisation et de collaboration accrues avec d'autres entités MSF** : Développer un cadre opérationnel avec WACA, systématiser des échanges d'apprentissage réguliers entre les pools d'urgence en RDC et prioriser les opportunités de mutualisation des ressources. Pour ce faire, les échanges et collaborations entre les pools d'urgence nécessitent un accompagnement institutionnel et un cadre plus formel au niveau des centres opérationnels.

- **Investir dans une intégration plus poussée au sein du MSPP** : Évaluer les domaines dans lesquels le PUC pourrait collaborer davantage avec le MSPP, afin de permettre un partenariat et une appropriation accrus.
- **Formaliser les approches de partenariat en dépassant une mentalité plus indépendante** : Effectuer une cartographie stratégique des acteurs de partenariat et fournir une formation interne pour promouvoir la préparation à la collaboration lorsque cela est possible.
- **Investir davantage dans des stratégies de sortie et de transfert** : communiquer plus stratégiquement avec l'ensemble des acteurs concernés, y compris pas non limité au MSPP, établir des protocoles de transfert plus standardisés, et partager les leçons apprises et les meilleures pratiques.
- **Continuer sur la lancée de davantage d'engagement avec le BALI, le bureau d'appui et de liaison intersectoriel de MSF en RDC, afin d'améliorer les efforts de plaidoyer** : augmenter les opportunités de s'engager avec BALI lors des discussions gouvernementales, clarifier les protocoles de communication et veiller à ce que l'expertise du PUC soit prise en compte dans les discussions nationales sur la santé.

# INTRODUCTION

## APERÇU DU PROJET

La République démocratique du Congo (RDC) a une longue histoire de crises humanitaires et d'épidémies de maladies infectieuses en raison d'une combinaison de facteurs, notamment la faible gouvernance, l'instabilité politique, les conflits et les infrastructures limitées. Les interventions d'urgence doivent faire face à des défis logistiques complexes dans un large éventail de zones géographiques, y compris des forêts denses et des systèmes fluviaux, avec des routes limitées en dehors des zones urbaines. Le Pool d'Urgence Congo (PUC) est une unité d'intervention d'urgence axée sur les épidémies et les crises humanitaires dans 15 provinces de la RDC. Il est administré par le programme pays RDC au sein du Centre Opérationnel de Bruxelles (OCB). Avec environ 80 agents permanents et 300 membres du personnel de Pool de Réserve (PdR) disponibles, le PUC vise à réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations touchées par les situations d'urgence, grâce au déploiement rapide d'équipes d'urgence. Le PUC maintient un vaste réseau de surveillance, connu en interne sous le nom de « Veille et Détection » (V&D), par le biais de points de surveillance établis, qui surveillent activement les épidémies de maladies infectieuses et les urgences humanitaires afin de permettre une détection précoce. Le système V&D assure une surveillance active dans 293 zones de santé grâce à un contact direct avec les responsables du Ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et Prévoyance Sociale (MSPP) aux niveaux provinciaux et des zones de santé, tout en examinant les rapports et les données des établissements de santé. Ces informations sont triangulées avec des informations provenant de sources secondaires, notamment des dirigeants communautaires, des organisations de la société civile, des responsables religieux, des médias sociaux et d'autres relations locales.

Après avoir suivi et triangulé les informations relatives à une urgence potentielle pour confirmer sa véracité et son exactitude, le PUC émet une alerte avant de déterminer si une visite sur le terrain avec une petite équipe, connue sous le nom d'exploration ou d'évaluation<sup>2</sup>, est justifiée. Dans le cas d'une épidémie de maladie infectieuse, le seuil d'alerte est basé sur des seuils épidémiologiques standard pour des maladies spécifiques telles que la rougeole, la fièvre jaune ou le choléra, basés sur les normes suivies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le MSPP. À la fin d'une visite sur le terrain, le PUC détermine s'il y a lieu de lancer une intervention, en fonction de divers critères, tels que le potentiel de sauver des vies, les besoins simultanés dans les 15 provinces, le coût et d'autres facteurs. Ces interventions comprennent plusieurs activités opérationnelles telles que les soins aux patients, les campagnes de vaccination et les activités de promotion de la santé. Les interventions sont conçues pour être limitées en termes de portée et de temps, avec une sortie prévue dans un délai de 8 à 12 semaines.

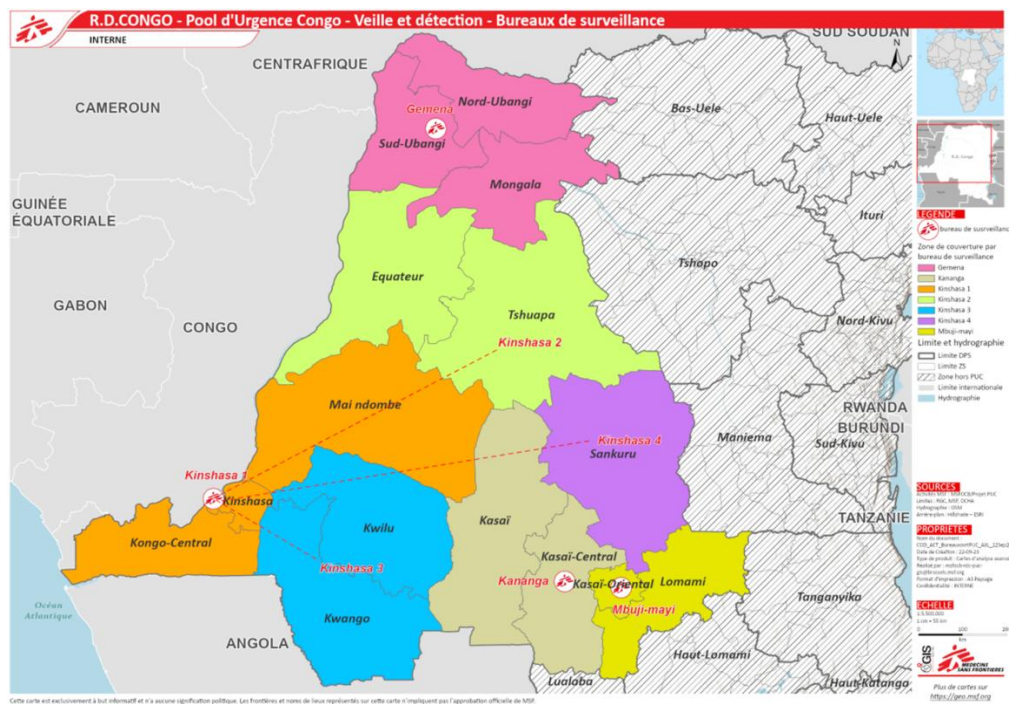
---

<sup>2</sup> La PUC utilise les termes « exploration » et « évaluation » pour décrire ses missions d'évaluation menées pour confirmer les épidémies. Bien qu'il existe certaines différences entre les deux, l'évaluation a trouvé que le PUC a récemment souvent mené l'une ou l'autre, plutôt que l'une à la suite de l'autre. Pour cette raison, et pour éviter toute confusion entre une « évaluation » des besoins sur le terrain et un exercice d'évaluation externe, seul le terme exploration ou exploration/évaluation est utilisé dans ce rapport pour décrire les activités d'évaluation sur le terrain menées par le PUC.

La capacité actuelle du PUC permet deux interventions simultanées et une exploration/évaluation pour évaluer la situation sur le terrain. Au cours de l'année 2024, le PUC a touché plus de 535 000 personnes, vacciné plus de 320 000 enfants, fourni des soins ambulatoires à environ 13 000 patients et des soins hospitaliers à plus de 1 800 patients<sup>3</sup>.

Depuis sa création en 1995, le PUC a connu de nombreux changements et restructurations, notamment le transfert de plusieurs provinces à d'autres équipes d'intervention d'urgence administrées par d'autres entités MSF et la mise en place de satellites dédiés à la surveillance au niveau provincial. Il a également fait l'objet d'une évaluation externe en 2013 et d'une restructuration importante en 2019. Les 15 provinces actuellement couvertes par le PUC comprennent les provinces de l'Ouest au nord de Kinshasa, le long des frontières des régions de l'ex-Katanga, à l'ouest des provinces du Maniema, de la Tshopo et du Bas-Uélé.

Figure 1 : Le système de V-D réparti dans les 15 provinces où le CPV est actif



<sup>3</sup> Rapport annuel 2024 du PUC.

## OBJECTIF ET PORTEE DE L'EVALUATION

### OBJECTIFS

Cette évaluation visait à fournir une analyse globale de la pertinence du PUC en fonction de l'évolution du contexte humanitaire en RDC, de son positionnement stratégique et de l'efficacité de son approche opérationnelle. L'évaluation a évalué les processus du projet et son alignement avec sa mission principale en produisant des preuves concrètes qui ont permis de valider les approches existantes ou d'identifier les points à améliorer. L'efficacité du PUC a été évaluée en fonction de la question de savoir si son approche est actuellement optimale pour atteindre ses objectifs. Bien que ces objectifs comprennent la réduction de la morbidité et de la mortalité, cette évaluation s'est concentrée sur les processus et les procédures de travail plutôt que sur ces cibles finales que ce soit à l'échelle globale ou pour des interventions spécifiques.

### ÉVALUATION THEORIQUE ET THEORIE DU CHANGEMENT

Cette évaluation a utilisé une approche théorique qui a permis de tester les hypothèses sous-jacentes et les conditions préalables qui constituent la théorie du changement (TdC) du projet (disponible à l'annexe 3 et grille de test des hypothèses disponible à l'annexe 4).

La TdC qui sous-tend cette évaluation a été co-élaborée lors d'un atelier de deux jours qui s'est tenu à Kinshasa du 25 au 27 mars 2025. Animé par l'équipe d'évaluation, l'atelier a réuni 20 membres permanents du personnel du PUC dans le but de documenter et de visualiser les processus et les résultats sous-jacents à un PUC pertinent et efficace. Ce document a créé un cadre pour guider l'évaluation et représentait les perceptions internes du PUC.

Au cours de l'atelier, les participants ont participé à des séances de brainstorming, à des analyses SWOT et à des discussions de groupe afin d'identifier les principaux facteurs et les points faibles qui influencent la performance du PUC. Malgré les contraintes de temps qui ont limité toutes les activités prévues, le groupe a réussi à articuler une vision d'un PUC idéal :

*« Un PUC qui détecte rapidement et précisément les épidémies et les crises humanitaires, qui répond rapidement par des soins de qualité là où d'autres entités ne peuvent pas intervenir, tout en maintenant une synergie avec d'autres acteurs. »*

La TdC qui en résulte s'articule autour de trois voies principales pour atteindre ses objectifs :

1. **Veille et détection** : Cette voie décrit comment la détection rapide et précise des épidémies<sup>4</sup> dépend d'un réseau fiable d'informateurs, d'une collecte de données solide et d'une triangulation rigoureuse. Des conditions préalables telles que la formation du personnel, l'engagement communautaire, l'accès à des réseaux de laboratoires fonctionnels et des définitions de cas

---

<sup>4</sup> A noter que les discussions sur l'intervention et la réponse aux crises humanitaires ont été globalement absentes des discussions lors de l'atelier, s'agissant des activités principales du PUC. Le dialogue était presque exclusivement centré sur la détection des épidémies et la réponse à celle-ci.

harmonisées ont été identifiées comme essentielles pour permettre une détection précoce et précise des crises.

2. Intervention et réponse aux crises : Une fois qu'une épidémie ou une crise est détectée, la capacité du PUC à réagir rapidement avec des soins de qualité dépend de plusieurs facteurs interconnectés. Il s'agit notamment de processus décisionnels clairs, d'une autonomie logistique, de mécanismes de déploiement efficaces, d'équipes qualifiées et de taille appropriées, et de la capacité à fournir des soins adaptés aux besoins et aux contextes des populations touchées.
3. Synergie avec d'autres acteurs : La troisième voie a souligné l'importance de la coordination avec le MSPP, d'autres entités de MSF et des partenaires humanitaires. Des rôles clairement définis, des structures de rémunération et des modèles opérationnels compatibles, ainsi qu'un partage ouvert de l'information ont été jugés essentiels pour éviter les doubles emplois et renforcer l'impact collectif.

Chaque voie a ensuite été décomposée en conditions préalables et en hypothèses, qui ont servi de base analytique à l'évaluation (voir l'annexe 5). Le processus de collecte de données visait à confirmer si le PUC fonctionne actuellement comme prévu sur ces voies. Cela a permis à l'évaluation de déterminer si le déroulement attendu des activités et des résultats se produit réellement dans la pratique et quels facteurs le facilitent ou l'entravent.

### CRITERES D'EVALUATION

Cette évaluation a permis d'observer ces trajectoires et les hypothèses à l'appui à l'aide de données primaires et secondaires sur l'ensemble des critères d'évaluation DAC de l'OCDE en matière de *pertinence*, *d'efficacité*, *d'efficience* et de *cohérence*. Les questions suivantes ont été examinées en même temps que les critères d'évaluation correspondants.

Tableau 1 : Critères d'évaluation et questions correspondantes

Critères	Questions correspondantes
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les mécanismes de détection et d'intervention (p. ex., réseaux de surveillance, validation des alertes, processus de mobilisation) sont-ils pertinents pour les types d'urgences que le PUC vise à traiter ?</li> <li>• Dans quelle mesure les interventions du PUC sont-elles pertinentes dans le contexte opérationnel actuel en RDC et du dispositif national d'intervention d'urgence, en tenant compte des principes et priorités de MSF ?</li> <li>• Dans quelle mesure le modus operandi du PUC est-il pertinent pour répondre aux épidémies ?</li> <li>• Quelle est la pertinence du modus operandi du PUC dans la réponse aux urgences humanitaires ?</li> </ul>
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure le PUC est-il efficace pour identifier et répondre rapidement aux crises à un stade précoce ?</li> <li>• La structure et les processus du PUC sont-ils adéquats pour atteindre son objectif ultime de réduction de la morbidité et de la mortalité en période de crise ?</li> </ul>

Efficiences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les processus décisionnels sont-ils optimisés et adaptés pour permettre la détection, l'intervention et la coordination en temps opportun avec d'autres intervenants ?</li> <li>• Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et logistiques internes et externes sont-elles mobilisées et utilisées de manière efficace/rationnelle lors des interventions ?</li> <li>• Quels sont les principaux catalyseurs et contraintes internes et externes qui affectent l'efficacité opérationnelle du PUC ?</li> <li>• Dans quelle mesure les processus décisionnels favorisent-ils ou entravent-ils le déploiement rapide ?</li> </ul>
Cohérence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelle mesure les interventions du PUC sont-elles complémentaires ou redondantes aux réponses d'autres acteurs ?</li> <li>• Dans quelle mesure le PUC assure-t-il la coordination avec les autres entités de MSF opérant en RDC ?</li> <li>• Quels sont les principaux facteurs favorables et contraignants dans la coordination du PUC avec d'autres acteurs ?</li> </ul>

## METHODOLOGIE

### METHODES DE COLLECTE DES DONNEES

L'évaluation a utilisé une méthodologie mixte basée sur des données primaires provenant d'entretiens avec des informateurs clés (KII), de discussions de groupe (FGD), d'une enquête en ligne et d'une analyse rapide des interventions récentes. Des méthodes mixtes ont été utilisées afin de corroborer les résultats de différentes sources de données à des fins de triangulation. Toutes les données ont été recueillies entre le 12 mai 2025 et le 9 juin 2025. Les données ont été recueillies en personne à Kinshasa entre le 12 et le 23 mai, tandis que des entretiens supplémentaires et des groupes de discussion ont été menés à distance après le départ de l'équipe d'évaluation de Kinshasa.

#### Examen documentaire

Divers documents internes du PUC et de MSF ont été examinés au cours de la phase de démarrage, de la collecte de données et de la phase d'analyse du projet afin d'appuyer la conception des outils d'évaluation et de corroborer les thèmes émergents (une liste complète des documents est disponible à l'annexe 2).

#### Analyse des interventions du PUC au cours de l'année écoulée

L'évaluation a permis d'analyser 8 interventions du PUC qui ont eu lieu entre février 2024 et février 2025 afin de déterminer le temps qui s'est écoulé entre les moments clés de la prise de décision, avant qu'une intervention ne soit lancée. Ces intervalles comprennent la date à laquelle une alerte a été reçue, le moment où le PUC a décidé de lancer une exploration ou évaluation, la date à laquelle celle(s)-ci se sont terminées et la date à laquelle une intervention a été lancée. Cette analyse visait à évaluer la rapidité avec laquelle le PUC réagit aux crises, parallèlement aux perceptions de cette rapidité telles que décrites dans les entretiens avec les informateurs clés.

## ÉCHANTILLONNAGE

*KII avec les principales parties prenantes* : Au total, 54 KII ont été réalisées, notamment avec le personnel permanent du PUC, le personnel de soutien de MSF, les autorités sanitaires, les acteurs humanitaires externes et les membres de la communauté. Les membres du personnel de soutien MSF interrogés occupaient des postes au sein de l'organisation, notamment au siège de l'OCB, de l'équipe support régionale (RST), de l'équipe support pays (ESP),<sup>5</sup> d'autres entités MSF et du Bureau d'Appui et de Liaison Intersection (BALI).

L'échantillonnage de tous les participants aux KII était intentionnel. Toutes les coordonnées provenaient directement d'une combinaison d'informations provenant du PUC, de la SEU et d'un échantillonnage en boule de neige qui a été utilisé jusqu'à ce que l'équipe d'évaluation soit certaine de la saturation des données. Les types de répondants sont classés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Répondants aux KII en fonction de leur affiliation organisationnelle

Personnel permanent du PUC	Personnel de soutien MSF	Autorités sanitaires	Parties prenantes externes/acteurs humanitaires	Membres de la communauté
21	11	6	12	4

*FGD avec personnel du PdR* : Les répondants du PdR qui ont participé aux FGD ont été sélectionnés en fonction de leur participation à des interventions récentes avec le PUC. Chaque FGD comprenait des contacts obtenus directement auprès du personnel des ressources humaines du PUC et incluait du personnel PdR qui avait été engagé pour des interventions à Lusambo en février 2025, Bikoro en octobre 2024 et Iboko en septembre 2024. Au total, 15 membres du PdR ont participé à ces discussions de groupe qui ont été organisées et menées à distance via WhatsApp.

Tableau 3 : Nombre de répondants du PdR par lieu d'intervention

Bikoro	Lusambo	Iboko
4	7	4

<sup>5</sup> Cette structure était toujours en place pendant la période de collecte des données, mais au moment de la finalisation du présent rapport, elle n'est plus utilisée. L'OCB est récemment revenu à l'utilisation d'une structure cellulaire au lieu de l'approche RST. De même, le personnel de l'ESP relève désormais de la structure de coordination pays. Cependant, pour respecter l'ancrage de l'évaluation dans le temps, le corps du rapport fait référence par exemple à l'Équipe d'appui régional (RST) et à l'Équipe d'appui pays (CST) au lieu des équipes de cellule et de coordination respectivement.

*Enquête en ligne* : Une enquête en ligne a été publiée et distribuée par le personnel de direction du PUC à 80 membres du personnel permanent du PUC et à 300 membres du PdR. L'éligibilité à cette enquête était exclusivement basée sur le fait d'avoir un contrat actif en tant que membre du personnel du PUC ou une inscription active sur la liste du PdR.

## ANALYSE ET RAPPORTS

L'analyse des données qualitatives a été menée en deux étapes principales : l'identification des thématiques émergentes et le codage qualitatif à l'aide du logiciel Dedoose. Au cours de la collecte des données, l'équipe d'évaluation a extrait des citations directes dans une grille d'analyse organisée par catégories à partir des trois voies de la TdC, répertoriés avec les critères d'évaluation. Cette approche de codage inductif a permis d'identifier une liste de codes préliminaires en préparation de la deuxième phase d'analyse. Après l'extraction des données, l'équipe a pris cette liste de codes préliminaire issue du processus d'extraction de la grille d'analyse et l'a importée dans Dedoose, ce qui lui a permis d'étendre ces codes et de mener une analyse plus approfondie de ces thèmes.

Les données quantitatives de l'enquête en ligne et l'analyse des interventions ont produit des statistiques descriptives de base comprenant des pourcentages, des fourchettes et des moyennes. Les résultats de ces analyses ont été triangulés avec les informations disponibles dans l'examen documentaire. La triangulation des parties prenantes a été effectuée en croisant les données et les idées des parties prenantes interrogées afin de tenir compte de divers points de vue et de tester chaque hypothèse.

La force de la preuve (SoE) des constatations a été établie en classant l'état de preuve en trois catégories : limitée, modérée ou élevée. Les critères de catégorisation peuvent être consultés à l'annexe 6. Les résultats préliminaires de ces thèmes ont été présentés au groupe de consultation de l'évaluation (personnel MSF du PUC, équipes d'appui pays et régionales, ainsi que le siège y compris support technique) en juin 2025. Ce processus visait à permettre une approche inclusive et solide pour promouvoir une compréhension commune des constatations de l'évaluation.

## ÉTHIQUE

Les directives éthiques de la SEU<sup>6</sup> ont été strictement suivies lors de la collecte des données afin d'assurer un engagement respectueux avec les participants. Les répondants ont été aiguillés vers l'équipe d'évaluation en fonction de leurs rôles professionnels plutôt que de leurs caractéristiques démographiques. Avant de participer, les répondants ont été informés de l'objectif de l'évaluation, du processus d'échantillonnage, du respect de l'anonymat et de l'absence d'incitations. On leur a également

---

<sup>6</sup> Unité d'évaluation de Stockholm (2022) Lignes directrices éthiques. Disponible ici : [https://evaluation.msf.org/sites/default/files/2023-01/GUI\\_2022\\_SEU\\_MAIN\\_EthicalGuidelines.pdf](https://evaluation.msf.org/sites/default/files/2023-01/GUI_2022_SEU_MAIN_EthicalGuidelines.pdf)

dit que les entrevues seraient enregistrées, transcrites, anonymisées et supprimées après l'évaluation. Le consentement verbal de tous les participants a été obtenu avant l'enregistrement.

## LIMITATIONS

**Activités en cours pendant l'évaluation** : Le PUC est un projet d'urgence et a poursuivi ses activités de surveillance et d'intervention tout au long de l'atelier sur la TdC et de la période de collecte de données. Malgré les efforts déployés pour participer pleinement, le personnel du PUC a été confronté à des défis en raison des obligations opérationnelles et déplacements, ce qui a entraîné une baisse de la participation le deuxième jour de l'atelier et des difficultés à faire le suivi de certains détails.

**Changements dans le paysage des bailleurs humanitaires** : La période d'évaluation (mars-juin 2025) a coïncidé avec des changements importants dans le paysage des bailleurs humanitaires en raison de la dissolution brutale de l'USAID. Ce changement a suscité des inquiétudes parmi le personnel de MSF et les personnes interrogées quant à d'éventuelles coupes dans les programmes de lutte contre les maladies infectieuses et des réductions d'effectifs. Le biais des répondants peut avoir influencé l'information communiquée, les répondants pouvant être préoccupés par la sécurité d'emploi de leur emploi et des restructurations potentielles. Les mesures d'atténuation comprenaient la validation croisée des réponses, l'inclusion d'un large éventail de participants et la recherche de précisions.

**Échantillonnage raisonné non représentatif pour les données qualitatives** : L'évaluation a utilisé un échantillonnage intentionnel pour les données qualitatives, qui peuvent ne pas refléter pleinement la diversité des expériences des intervenants. Près de la moitié des répondants étaient des employés permanents du PUC, ce qui pourrait surreprésenter les points de vue internes. Ces informations ont été contrebalancées par des informations provenant d'autres niveaux de prise de décision de MSF.

**Taux de réponse insuffisants pour le sondage en ligne** : Seulement 29 des plus de 380 employés (permanents et PdR) du PUC ont participé au sondage en ligne, ce qui a limité la représentativité des résultats quantitatifs. Les raisons de cette faible réponse n'ont pas été explorées, mais pourraient inclure de nombreux facteurs, notamment une disponibilité et une connectivité limitées en raison d'interventions en cours, des coordonnées obsolètes ou une réticence à participer. L'évaluation s'est appuyée davantage sur des preuves qualitatives et n'a présenté des réponses quantitatives que lorsque des informations qualitatives étendues étaient disponibles pour la triangulation.

**Triangulation limitée** : Certains résultats n'ont pas pu être entièrement validés par plusieurs sources, ce qui a affecté la robustesse de certaines conclusions. L'équipe d'évaluation a signalé les constatations avec une triangulation limitée, a mis l'accent sur l'uniformité entre les sources et a clarifié la force des preuves.

**Analyse épidémiologique et qualité des soins hors de la portée de l'évaluation** : L'évaluation n'a pas inclus d'analyse épidémiologique de l'efficacité ou de la qualité des soins du PUC, et s'est concentrée sur les perceptions des processus et des structures plutôt que sur les résultats quantifiables en matière de santé. L'évaluation s'est concentrée sur les méthodes de travail du PUC et l'objectif général de celui-ci

plutôt que sur une évaluation des interventions individuelles. Cette limite doit être prise en compte lors de l'interprétation des résultats.

## RÉSULTATS

### PERTINENCE

#### VOIE 1 : VEILLE & DETECTION

**Constatation 1 : Les activités de surveillance du PUC comblent une lacune importante et ne font pas double emploi avec les processus existants. (SoE : élevée).**

Les activités de surveillance et de détection (V&D) du PUC comblent une lacune critique dans le système de surveillance des maladies de la RDC, sans dupliquer les activités existantes. Le système V&D du PUC couvre 293 zones de santé et plus de 6 500 aires de santé grâce à un réseau sophistiqué de sources d'information primaires et secondaires pour identifier les épidémies et les crises émergentes. Cette approche à plusieurs niveaux intègre des données provinciales sur la santé, des appels de vérification proactifs, des communications avec les travailleurs de la santé et des activités de sensibilisation régulières « Promo PUC » pour renforcer la confiance locale. Ce réseau est crucial pour la surveillance des « zones silencieuses » où la surveillance traditionnelle est entravée par des problèmes de connectivité et d'infrastructure.

Les acteurs humanitaires et les autorités sanitaires nationales reconnaissent le rôle du PUC dans la fourniture de données fiables et détaillées grâce à une triangulation rigoureuse, par rapport aux rapports mensuels unidimensionnels du MSPP. La collecte de données indépendante du PUC sert d'outil de comparaison pour le MSPP, aidant à identifier les divergences dans les rapports sur les zones de santé. Les résultats du sondage montrent que 64 % des répondants considèrent le système du PUC comme complémentaire aux processus existants. Le PUC collabore activement avec le MSPP, en participant à des réunions nationales de surveillance épidémiologique deux fois par mois. Cette collaboration permet d'identifier les écarts dans les rapports officiels, les données du PUC servant de mécanisme d'assurance qualité.

L'Institut national de recherche biomédicale (INRB) reconnaît le rôle du PUC dans le comblement des lacunes s'agissant de la collecte et du transport des échantillons pour la confirmation des épidémies. De nombreux centres de santé à travers le pays n'ont pas été correctement formés pour collecter des échantillons, ce qui a pour conséquence, selon le personnel interrogé de l'INRB, qu'environ 40 % des échantillons reçus par l'INRB sont de qualité sous-optimale. Avec seulement deux laboratoires opérationnels à Goma et à Kinshasa, le rôle proactif du PUC dans la collecte d'échantillons de qualité et le transport rapide a permis d'accélérer la confirmation des épidémies. Ce rôle est particulièrement important en raison de la taille de la RDC, du manque d'infrastructures dans les zones rurales et de la fréquence des épidémies.

## Constatation 2. L'évolution de la dynamique humanitaire peut menacer davantage l'intégrité des données de surveillance. (SoE : Modérée)

Certains intervenants se sont dit préoccupés par le fait que les informateurs de V&D pourraient exagérer plus souvent les éclosions de maladies pour être prioritaires pour les interventions, à mesure que les programmes d'urgence dépendant du financement américain réduisent leur capacité ou ferment. Le personnel du PUC a noté des cas d'informations gonflées provenant d'informateurs espérant que le PUC interviendrait, ce qui conduit à de fausses alertes. Cette question, bien qu'elle ne soit pas entièrement nouvelle, souligne l'importance d'une triangulation exhaustive. Des rapports inexacts peuvent être coûteux, démotiver le personnel, nuire aux relations communautaires et réduire la capacité d'intervention du PUC.

De nombreuses parties prenantes ont observé une augmentation des alertes depuis la fermeture de l'USAID, bien que la documentation interne ne permette pas de suivi systématique des fausses alertes. Cela peut refléter des inquiétudes concernant l'évolution du paysage humanitaire et de santé publique en RDC alors que le financement étranger diminue, plutôt qu'une véritable augmentation de la fréquence des fausses alertes. Un membre du personnel interne de V&D a noté que la réduction des activités des ONG pourrait entraîner une augmentation des demandes envers le PUC. Les intervenants ont également signalé que certains partenaires retardent déjà des projets, réduisent leur main-d'œuvre et prévoient d'autres compressions. Ces préoccupations soulignent l'importance du processus rigoureux de triangulation du PUC pour éviter les explorations inutiles et coûteuses.

## VOIE 2 : INTERVENTION ET REPONSE AUX CRISES

### Constatation 3 : La capacité d'intervention du PUC est constamment décrite comme étant très adaptée et pertinente pour les épidémies en RDC, en particulier pour les épidémies de rougeole, mais le PUC doit être très sélectif quant aux crises dans lesquelles il intervient.

Les capacités d'intervention du PUC, en particulier pour les épidémies de rougeole, sont reconnues pour leur qualité et leur efficacité exceptionnelles. Parmi les répondants à l'enquête, 84 % étaient d'avis que le PUC était bien placé pour répondre aux épidémies en RDC. Les intervenants ont souligné les forces opérationnelles du PUC, notamment la rapidité, la réactivité, l'expertise spécialisée et la logistique supérieure. La capacité du PUC à accéder aux zones difficiles d'accès, son personnel expérimenté et son indépendance opérationnelle permettent une adaptation rapide et un déploiement flexible des ressources. Comme l'a décrit un acteur humanitaire, « *il n'y a pas d'autre acteur aussi flexible et mobile à l'Ouest [de la RDC]... une capacité vraiment unique de couvrir une si grande partie du pays, et de bien la couvrir* ». Les autorités sanitaires ont noté que les interventions du PUC ont contribué à réduire la morbidité et la mortalité pendant les épidémies.

Le modèle de réponse du PUC est très pertinent en raison du contexte épidémiologique et opérationnel unique de la RDC, caractérisé par des épidémies récurrentes dans des environnements difficiles. L'agilité logistique du PUC, qui utilise diverses méthodes de transport, lui permet de mettre en place des interventions complètes dans les 72 heures suivant son arrivée, en fournissant des ensembles intégrés

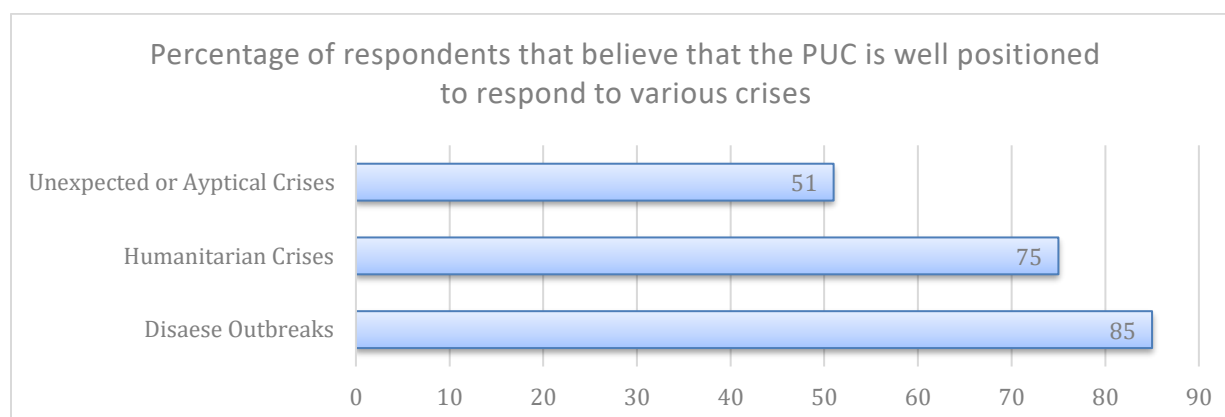
d'activités de gestion de cas, de vaccination, de surveillance, d'engagement communautaire et d'activités WASH. Les répondants de l'ONU et d'autres ONG ont indiqué qu'ils n'avaient pas l'agilité opérationnelle ou réglementaire nécessaire pour réagir aussi rapidement. Un responsable du MSPP a décrit ces paquets d'intervention comme particulièrement utiles pour fournir un soutien complet dans plusieurs domaines clés.

Malgré sa grande capacité de surveillance, la capacité d'intervention du PUC est limitée à deux interventions simultanées et à une exploration, ce qui signifie que le PUC doit être sélectif. Seulement 31 % des répondants au sondage étaient d'accord pour dire que la capacité opérationnelle actuelle était suffisante, et beaucoup ont souligné les alertes sans réponse et la nécessité d'accroître la capacité d'exploration. En 2024, 3,5 % des alertes ont abouti à une intervention<sup>7</sup>. Les intervenants ont également noté que le respect rigide par le PUC de calendriers d'intervention prédéterminés ne correspond pas toujours au contexte opérationnel, ce qui peut obliger le PUC à conclure des interventions avant que les crises ne soient entièrement résolues.

**Constatation 4 : Le rôle et la préparation du PUC à intervenir en cas de crise humanitaire sont moins bien définis, en partie en raison d'un manque de clarté sur la portée et les critères des interventions, ainsi que d'une exposition récente limitée. (SoE : élevée)**

En partie lié à son mandat en termes géographiques, le positionnement du PUC pour répondre aux crises humanitaires est moins clairement articulé par rapport à son rôle dans la réponse aux maladies infectieuses, et son exposition aux crises humanitaires est également plus limitée. Dans l'ensemble, 75 % des répondants au sondage estiment que le PUC est bien placé pour répondre aux crises humanitaires, contre 85 % pour les épidémies de maladies infectieuses. Cependant, seulement 51 % ont estimé que le PUC était préparée à des crises atypiques ou inattendues.

Figure 2 Opinion des répondants au sondage sur le positionnement du PUC pour intervenir en cas de crise, par type de scénario



<sup>7</sup> Rapport annuel 2024 du PUC

Contrairement à la surveillance épidémique qui a établi des seuils et des protocoles, les interventions en cas de crise humanitaire ont un cadre plus souple. Un membre du personnel de soutien du PUC a expliqué: « Pour les crises humanitaires, nous n'avons pas de seuils rigides. C'est vraiment un faisceau d'arguments qui valide le déploiement d'une mission. » Cette ambiguïté a par exemple rendu difficile l'évaluation d'une alerte d'inondation à Kinshasa au début de l'année 2025, car le personnel V&D du PUC a noté des difficultés à en déterminer l'ampleur, en raison d'un manque de dénominateurs clairs. Le personnel interne a également exprimé des inquiétudes quant à sa préparation à la coordination avec les acteurs externes lors de crises humanitaires.

Bien que le PUC ait fixé des seuils spécifiques pour les personnes déplacées et les taux de mortalité, ces critères sont insuffisants pour divers scénarios de crise. D'autres facteurs tels que les risques liés à l'eau et à l'assainissement, les taux de natalité élevés et la dégradation de la dignité humaine sont pris en compte, mais ne sont pas suffisamment développés pour une évaluation appropriée. Certains répondants ont recommandé d'établir des paramètres plus clairs sur les positions du PUC pour répondre aux mouvements de population et autres crises humanitaires, au niveau national tant que du siège MSF-OCB. Le PUC reçoit peu d'alertes d'urgences d'origine humaine (1 % en 2024) ou de catastrophes naturelles (3 % en 2024)<sup>7</sup>, limitant l'exposition du personnel à ces scénarios. En 2024, le système a détecté neuf alertes humanitaires, dont six catastrophes naturelles et trois incidents liés à des personnes déplacées ou à des violences.

Tableau 4 : Pourcentage d'alertes par type de scénario et par année selon le rapport annuel du PUC de 2024 (arrondi aux nombres entiers)

Année	Situations d'urgence d'origine humaine (déplacement, conflit ou violence)	Catastrophes naturelles (inondations, incendies ou liés au climat)	Maladie infectieuse
2019	5%	1%	94%
2020	3%	1%	96%
2021	10%	0%	90%
2022	5%	1%	94%
2023	4%	3%	93%
2024	1%	3%	96%

Des accords géographiques avec d'autres entités MSF ont réduit la couverture par le PUC des zones touchées par les conflits, car les provinces connaissant des déplacements fréquents sont couvertes par d'autres entités MSF. De nombreux membres du personnel du PUC interrogés dans le cadre de l'enquête en ligne et des entretiens ont décrit n'avoir jamais participé à une intervention humanitaire avec le PUC.

Après une alerte pour une crise humanitaire à Mai Ndombe en 2024, l'absence d'un cadre clair de collaboration entre le PUC et la Direction opérationnelle Afrique de l'Ouest et du Centre (WACA) de MSF a créé des problèmes de coordination qui ont empêché une intervention humanitaire conjointe. Un membre du personnel permanent du PUC a noté que les frontières géographiques floues entre le PUC et WACA, ainsi que l'absence d'un cadre de collaboration formel entravaient la collaboration, malgré un intérêt commun. L'équipe d'évaluation externe n'a trouvé aucun compte rendu formel du dialogue décisionnel entre le PUC et WACA qui a finalement conduit au choix *de ne pas* intervenir conjointement. Ce dialogue s'est fait via des échanges de courriels et discussions verbales ; ceux-ci n'ont pas été consignés dans des notes, limitant ainsi la possibilité d'analyse du processus de prise de décision pour Mai Ndombe.

La capacité du personnel limite la capacité d'adaptation du PUC aux crises humanitaires, qui nécessitent plus qu'une expertise médicale. Un membre permanent du PUC a déclaré : « *Le PUC excelle pour la rougeole. Mais pour les crises humanitaires, nous ressentons un manque d'expertise. Nous devons renforcer la polyvalence* ». Les parties prenantes ont décrit le modus operandi du PUC comme étant « *trop standardisé et vertical, avec une approche très efficace pour des interventions courtes et ciblées mais mal adaptée aux crises complexes* ». Par conséquent, bien que le PUC ait fait preuve d'une compétence exceptionnelle dans des scénarios bien établis, sa capacité à aller au-delà et s'adapter à des situations atypiques n'est pas claire. Au cours de l'atelier de TdC, le personnel du PUC a souvent omis la réponse aux crises humanitaires dans la description de leurs activités de base.

#### Constatation 5 : Les préoccupations des intervenants au sujet de la spécialisation pour la rougeole pourraient avoir une incidence sur la pertinence stratégique et l'adaptabilité du PUC vis-à-vis de crises aux dimensions changeantes. (SoE : Modérée)

Le mandat du PUC exige qu'il se concentre sur les crises qui entraînent le plus de morbidité et de mortalité. Ces dernières années, les besoins épidémiologiques dominants ont découlé des épidémies de rougeole<sup>8</sup>. Étant donné que la majorité des interventions récentes du PUC ont été en réponse à des épidémies de rougeole, cela a permis d'affiner les compétences techniques du personnel dans ce domaine. Cependant, cela risque également de rendre le PUC techniquement plus préparé à la rougeole qu'à d'autres types de crises. Sur 50 interventions entre 2019 et 2024, 34 concernaient la rougeole, et environ 85 % de toutes les explorations et interventions étaient consacrées aux épidémies de rougeole.

---

<sup>8</sup> Il convient de noter qu'au moment de la réalisation de cette évaluation, la rougeole était le besoin épidémiologique dominant au cours des années précédentes dans la zone de couverture du PUC, mais que ce n'est pas toujours le cas.

Tableau 5 : Nombre et types d'interventions du PUC par années

Année	Choléra	COVID	Fièvre hémorragique virale	Typhoïde	Mal-nutrition	Mouvements de population	Variole simienne (Mpox)	Rougeole	Total
2019						3		4	7
2020		1	1		1		1	4	8
2021	2					1		6	9
2022			1			1		9	11
2023							1	4	5
2024						1	2	7	10
Total	2	1	2	0	1	6	4	34	50

Cette concentration est due à plusieurs facteurs, notamment la couverture géographique et répartition actuelles entre PUC et autre entités MSF et le fait que la rougeole est endémique en RDC, tandis que les épidémies moins courantes comme Ebola sont plus rares. Lorsqu'il est confronté à différents types de crises, le PUC évalue toujours la pertinence d'une intervention par le biais des mêmes processus. Cependant, ce fonctionnement peut limiter la capacité du PUC à adopter des approches alternatives et à penser de manière créative. Comme l'a fait remarquer un membre du personnel permanent du PUC : « Nous avons beaucoup discuté de la pertinence de différents scénarios de crise, en particulier de la rougeole, parce que nous ne nous occupons que de la rougeole... au départ, nous l'avons appelé PUR, l'unité d'urgence contre la rougeole<sup>9</sup>, puis c'est devenu le PUC. Mais en fin de compte, nous nous retrouvons toujours à faire majoritairement de la rougeole ». Les parties prenantes insistent sur la nécessité de se diversifier pour maintenir la pertinence stratégique et la préparation technique. Le personnel permanent du PUC reconnaît le risque de devenir trop routinier et plaide pour une réponse à des crises plus diverses afin de repousser les limites du PUC. Bien que la préparation aux situations d'urgence pour d'autres scénarios soit maintenue, les intervenants soulignent la nécessité pour le PUC d'évoluer afin d'éviter de manquer de futures crises. Il est essentiel de trouver un équilibre entre l'efficacité de la lutte contre la rougeole et la diversification stratégique pour être pertinent à long terme.

---

<sup>9</sup> Il est noté que ce nom est anecdotique, mais illustrant bien une tendance dominante de réponse du PUC.

## EFFICACITE

### VOIE 1 : VEILLE & DETECTION

**Constatation 6. Les activités de V&D associées aux explorations sont rapides et précises, mais les répondants ont cité des exemples où certaines crises ont été manquées. (SoE : Modérée)**

Le système V&D du PUC est très apprécié pour sa vitesse et sa précision. Les résultats de l'enquête montrent que 86 % des personnes interrogées perçoivent le système V&D comme permettant une identification plus rapide des crises que les autres acteurs. Les données opérationnelles le confirment, indiquant que 78,5 % des alertes liées aux épidémies sont détectées dans les sept jours et 73,1 % grâce à des stratégies de surveillance active.

L'avantage du système provient de cycles d'alerte hebdomadaires, d'une triangulation complète des données et d'appels proactifs, permettant une vérification précoce des situations émergentes. Comme l'a fait remarquer un membre du personnel de MSF, « *Ils [le PUC] ont une liste de contacts vraiment à jour... Ils font ces appels proactifs et analysent les bases de données à l'avance... Cela nous permet de gagner quelques jours.* » Les indicateurs de performance démontrent l'efficacité opérationnelle du système, avec une détection et une confirmation à 100 % des alertes dans les zones d'intervention du PUC et 84,1 % des alertes détectées partagées dans les 24 heures<sup>7</sup>. Cependant, 21,5 % des alertes épidémiques ne respectent pas l'objectif de détection de sept jours<sup>10</sup> en raison de problèmes de communication et d'accessibilité. Les retards sont souvent causés par la médiocrité des infrastructures et le manque de formation à la détection précoce parmi les prestataires de santé ruraux.

Les échecs de détection importants mettent en évidence les vulnérabilités potentielles. La détection tardive de la variole simienne à Kinshasa en 2024 a représenté une lacune critique. Le personnel de soutien de MSF a reconnu : « *Nous avons appris l'existence de la variole simienne à Kinshasa grâce à des réseaux parallèles. C'est de Bruxelles qu'on nous a dit que ça chauffait à Kinshasa... Nous disposions d'une équipe de surveillance et de détection qui aurait normalement dû lire la situation épidémiologique.* » Ces exemples suggèrent que si le système V&D fonctionne bien dans l'ensemble, des scénarios moins courants et des crises dans les zones silencieuses peuvent engendrer une sensibilité moindre, créant ainsi des vulnérabilités dans une architecture de surveillance par ailleurs robuste.

**Constatation 7 : Le fait que le système de V&D s'appuie sur des appels proactifs et un réseau secondaire d'informateurs communautaires est sa force, mais peut créer des attentes envers une intervention qui pourrait ne pas avoir lieu. (SoE : élevée)**

Le système V&D du PUC est très efficace pour identifier et confirmer les crises en couplant les activités de surveillance et les missions d'exploration. Cette efficacité découle de relations de longue date, de la confiance de la communauté et d'un réseau d'intervenants, notamment des autorités sanitaires, des

---

<sup>10</sup> Rapport interne des opérations médicales PUC 2024

dirigeants communautaires, des ONG et des organismes des Nations Unies. Parmi les répondants au sondage, 80 % estimaient que le PUC entretient des relations solides avec les membres de la communauté et les informateurs. Ces relations permettent d'obtenir des indicateurs de performance impressionnants, notamment des taux d'appels réussis de plus de 90 % et une sensibilisation proactive à 95 % des zones de santé en alerte en 2024.

Cependant, cette dépendance à l'égard de la bonne volonté de la communauté est vulnérable lorsque les attentes éventuelles ne sont pas satisfaites. L'approche de surveillance proactive suscite l'anticipation de la communauté à l'égard d'une intervention, et une surveillance répétée sans action risque de nuire à la confiance et à la volonté de partager l'information. Cette dynamique est aggravée par une infrastructure de communication inadéquate et une mauvaise qualité des données de la DPS (Division Provinciale de la Santé), ce qui intensifie la dépendance envers les réseaux secondaires. L'extraction d'informations sans intervention peut semer la confusion chez les partenaires locaux et affecter leur intérêt pour un engagement futur. Le personnel permanent du PUC et les acteurs humanitaires ont fait état des commentaires de la communauté sur le fait que ces dynamiques ont créé une frustration occasionnelle de la part des informateurs.

**Constatation 8 : Bien que leur partenariat soit efficace, la capacité de V&D établie du PUC, associée à la capacité limitée de surveillance du MSPP à l'échelle infranationale, s'accompagne d'un risque de dépendance. (SoE : Modérée)**

Le système de V&D fonctionne au sein d'une infrastructure nationale de surveillance de la santé compromise, où les lacunes en matière de capacité au niveau de la DPS créent des dépendances qui menacent la durabilité. Malgré des améliorations au niveau national, les capacités infranationales du MSPP restent insuffisantes. Le personnel sur le terrain n'est pas suffisamment préparé en raison du manque de fournitures, ressources, et formation technique. Cela empêche les services de santé provinciaux de s'acquitter de leurs responsabilités de surveillance et de confirmer les épidémies à l'échelle locale, et les oblige à compter sur le PUC pour le transport des échantillons.

L'efficacité du PUC masque par inadvertance des faiblesses systémiques dans l'architecture nationale de surveillance. Le personnel de coordination du PUC informe souvent les bureaux de la DPS des événements sanitaires dans leur propre juridiction, soulignant ainsi l'inversion des flux d'informations attendus. Des données contradictoires provenant des autorités sanitaires provinciales nécessitent une vérification régulière du PUC à l'échelle des zones de santé, ce qui positionne le PUC comme un mécanisme d'assurance de la qualité du système national.

Ces défis structurels soulèvent des questions sur le rôle de la structure V&D lorsqu'elle compense, plutôt que de renforcer, les capacités nationales. Certains répondants du staff permanent du PUC ont exprimé des préoccupations selon lesquelles cette dynamique pourrait dissuader le MSPP de procéder aux ajustements internes nécessaires. Certaines autorités sanitaires accueillent favorablement l'idée que le PUC assume un rôle plus large et ont demandé une « *présence permanente* » dans certaines zones, suggérant que le MSPP s'est habitué à ce que le PUC compense certaines lacunes.

Malgré les préoccupations liées à la dépendance, la collaboration entre l'équipe de surveillance et de détection du PUC et les laboratoires de l'INRB a permis d'établir une relation de travail fonctionnelle. Le PUC et l'INRB se disent satisfaits du délai actuel de confirmation de 3 à 5 jours pour les échantillons traités. Les intervenants ont confirmé que cette approche intégrée a accéléré la capacité de l'INRB à confirmer les épidémies, mais n'ont pas pu fournir d'exemples de nouvelles compétences de l'INRB à la suite de ce partenariat.

## VOIE 2 : INTERVENTION ET REPONSE AUX CRISES

**Constatation 9 : La capacité logistique du PUC est unique, mais limitée par des facteurs externes qui influent sur sa rapidité et son efficacité, notamment en raison des restrictions de mobilité. (SoE : élevée)**

Les capacités logistiques du PUC le distinguent des autres acteurs humanitaires en RDC, mais son agilité est limitée par des facteurs indépendants de la volonté de MSF. Malgré de solides compétences logistiques dès le début d'une intervention, la portée opérationnelle du PUC a été limitée par la perte d'un avion dédié<sup>11</sup> et la dépendance vis-à-vis des compagnies aériennes ou du service aérien humanitaire des Nations Unies (UNHAS). Cette dépendance crée des défis opérationnels, avec 62 annulations de vols sur 273 réservations au troisième trimestre 2024<sup>7</sup>, facteur contribuant à ce qu'aucune intervention n'atteigne l'objectif de déploiement de 14 jours. Lorsque les vols sont annulés, le PUC est de plus toujours responsable des réservations d'hôtel, des indemnités journalières du personnel et d'autres coûts associés.

Dans l'ensemble, 68 % des répondants au sondage ont indiqué que les limites logistiques externes nuisaient considérablement à l'efficacité et à l'efficacité, ce qui en fait le défi le plus souvent cité par le PUC. Au-delà des perturbations des transports, l'évolution de la réglementation pharmaceutique crée des retards dans la chaîne d'approvisionnement, ce qui entraîne des ruptures de stock obligeant à recourir à des emprunts d'urgence auprès d'autres projets. La réglementation de la RDC sur les importations de produits pharmaceutiques contribue à ces retards, notamment une règle exigeant que les médicaments importés soient étiquetés en français, ce qui limite les options d'approvisionnement. Les retards dans le traitement douanier peuvent signifier que les commandes ne sont pas remises au PUC avant des mois, ce qui limite la durée de conservation des médicaments une fois qu'ils sont disponibles.

**Constatation 10 : La rapidité de déploiement une fois que le PUC a commencé une intervention est perçue par les intervenants comme étant appropriée compte tenu des limites contextuelles. (SoE : élevée)**

Malgré les contraintes logistiques externes, la rapidité de déploiement du PUC une fois les interventions commencées est constamment reconnue par les parties prenantes comme étant exceptionnelle dans le contexte difficile de la RDC. La capacité de réponse rapide découle de systèmes opérationnels bien établis

---

<sup>11</sup> Le PUC pouvait auparavant s'appuyer sur un avion MSF/CICR, mais ce n'était plus le cas au moment de la réalisation de cette évaluation.

et d'équipes de terrain expérimentées qui peuvent rapidement établir une infrastructure de soins de santé fonctionnelle en milieu rural. Comme l'a fait remarquer un membre du personnel de l'ESP : « *Une fois que l'équipe est déjà sur le terrain, étant donné qu'il s'agit d'une équipe très expérimentée, elle a la capacité [...] de concevoir rapidement les choses pour fournir des soins médicaux dans de bonnes conditions.* »

Cette agilité est permise par des outils opérationnels préétablis tels que des instruments de collecte de données, des cadres d'évaluation, des systèmes de géolocalisation épidémique et des structures budgétaires et RH prédéterminées, permettant aux équipes de « *répondre aux besoins spécifiques des populations là où le ministère de la Santé ne peut pas se déplacer* ». De nombreux intervenants qualifient le PUC de « *machine logistique bien huilée* » capable d'établir rapidement des interventions complètes une fois que les décisions de déploiement sont finalisées. Les intervenants de tous les groupes se sont dits satisfaits de ces capacités de déploiement améliorées et distinguent le PUC de ses pairs.

**Constatation 11 : Les mécanismes de capitalisation et d'apprentissage sont minimaux, ce qui signifie que la PUC a peu de capacité d'adaptation proactive ; cela le limite à une réactivité constante avec peu de planification stratégique et proactive. (SoE : Modérée)**

La capacité du PUC en matière d'adaptation proactive et de planification stratégique est limitée par l'insuffisance de capitalisation des connaissances et de mécanismes d'apprentissage organisationnel, ce qui le maintient dans un cycle de réponse réactive aux crises. Bien qu'il génère des données substantielles grâce à des opérations continues sur le terrain, le projet ne dispose pas de processus systématiques pour transformer l'expérience opérationnelle en processus améliorés à long terme. Un membre du personnel de l'ESP a observé que « *le PUC est également le dépositaire d'une importante quantité de données... Il va sur place, donc ils savent ce qui se passe sur le terrain. Je pense qu'il faut prendre conscience de la richesse de toutes ces données.* » Ces données restent largement sous-utilisées parce que des séances de « pause et réflexion » ne sont pas systématiquement menées et que les analyses d'intervention croisées ne sont pas effectuées.

Le rythme opérationnel continu exacerbe ce problème, le personnel sur le terrain travaillant dans des délais serrés, ce qui affecte la qualité des données. Cette réalité et cette mentalité réactives rendent difficile la création de temps consacré à la réflexion et à l'apprentissage. Alors que 83 % des rapports d'intervention sont partagés dans les six semaines suivant l'achèvement de celles-ci, seulement 62,5 % des interventions produisent des analyses de fond avec des recommandations ciblées basées sur l'exploitation des données secondaires et les leçons apprises. Si ces analyses sont réalisées pour plus de la moitié des interventions, les réflexions sur ces enseignements ne sont pas systématiquement organisées à intervalles réguliers. L'absence de mécanismes d'apprentissage robustes signifie que le PUC ne tire pas parti de sa vaste expérience pour la planification stratégique et l'adaptation proactive. Bien que des efforts aient été faits pour mettre en place des sessions « inter-PUC » au sein des équipes d'intervention d'urgence de MSF, celles-ci ne sont pas devenues routinières et gagneraient à être systématisées.

## EFFICIENCE

### VOIE 2 : INTERVENTION ET REPONSE AUX CRISES

**Constatation 12 :** Il y a des opinions fermes et partagées au sein de la chaîne décisionnelle sur l'efficacité et l'importance des exigences de validation budgétaire au sein de l'enveloppe budgétaire préapprouvée. (SoE : élevée)

Les entretiens ont révélé des tensions de longue date entre les niveaux de décision de MSF-OCB (ESP, RST, HQ) et le personnel permanent du PUC s'agissant de la validation budgétaire. Les inquiétudes concernant le détournement de l'aide et la fraude en RDC ont été mises en évidence : « *Au Congo, nous savons que c'est un terrain fertile pour de nombreux problèmes... Il est facile d'avoir de la corruption.* » Le personnel de la RST, de l'ESP et du siège privilégie la surveillance financière pour prévenir la fraude et le gaspillage, tandis que le personnel du PUC souligne que la capacité d'intervention rapide est ainsi compromise. Le personnel du PUC a demandé à plusieurs reprises une plus grande autonomie budgétaire dans le cadre du budget d'urgence pré-alloué, décrivant le processus actuel comme étant trop lent et entravant la réponse aux épidémies, malgré des efforts concertés et certaines améliorations correspondantes. Un membre du personnel du PUC a déclaré que malgré la nécessité de réagir immédiatement aux crises, « *il y a trop de ping-pong entre les acteurs sur le budget* ».

Bien que les échelons décisionnels supérieurs soient certains que la prévention de la fraude est une dimension inévitable et cruciale de leur travail, certains intervenants se demandent si ces multiples niveaux d'approbation et les processus actuellement en place sont réellement efficaces pour prévenir la fraude. Certains membres du personnel de MSF ont expliqué que ces processus non seulement ne suffisent pas à prévenir la fraude, mais qu'ils risquent de donner à MSF une fausse confiance dans le fait que la fraude a été évitée. Un membre du personnel de MSF l'a décrit en disant : « *Nous avons inondé le projet de processus, mais en fait... Il est encore plus facile de commettre une fraude... Parce qu'il suffit de montrer que l'on respecte le processus. Derrière, vous pouvez faire encore plus de corruption.* » Par conséquent, il existe un profond désaccord au sein de la chaîne décisionnelle concernant l'efficacité et l'utilité de ces pratiques qui, selon beaucoup, devraient être structurellement révisées et rationalisées.

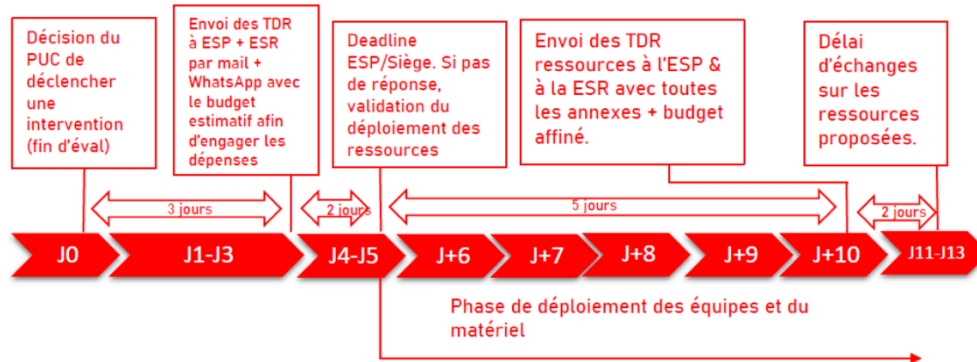
**Constatation 13 :** La rapidité de la prise de décision interne est un point sensible considérable pour lequel une analyse systématique des données est nécessaire, afin de bien comprendre quelles parties du processus de prise de décision sont les plus problématiques. (SoE : Modérée)

La rapidité de la prise de décision interne à MSF est un goulot d'étranglement majeur pour le PUC, mais l'absence de suivi systématique limite la capacité d'identifier la cause des retards. Bien que de nombreuses données soient collectées et disponibles dans des documents tels que les rapports d'intervention, le PUC ne dispose pas d'un suivi et d'une analyse *centralisés* des intervalles critiques entre les dates de réception de chaque alerte, les dates de début et de fin des exploration/évaluation, les dates des approbations clés et les dates de lancement des interventions. Bien que les dates liées à la surveillance existent dans le système V&D du PUC, celles-ci ne sont pas systématiquement suivies et analysées dans

un seul fichier ou système, et mises en parallèle des moments de prise de décision, tels que les demandes tout au long de la chaîne décisionnelle et les approbations. L'évaluation visait à comprendre et à recouper les récits sur la vitesse et les retards, mais n'a pas été en mesure de le faire en raison de ce manque de surveillance systématique et normalisée, y compris une terminologie standard pour le suivi des moments clés.

Figure 3 : Procédure de validation d'une intervention

4-3 Frise chronologique pour le lancement d'une intervention :



Bien que le personnel du PUC constate la lenteur du processus d'approbation à plusieurs niveaux, les intervenants à chaque niveau décisionnel estiment que leur étape n'est pas à blâmer. Les répondants ont fourni des exemples anecdotiques pour expliquer la source des retards, mais n'ont pas pu citer de tendances quantitatives pour l'ensemble des interventions. Par conséquent, les opinions sur les véritables sources des retards restent impressionnistes et subjectives plutôt que fondées sur des données.

Tableau 6 : Analyse des intervalles de temps entre les alertes et les interventions au cours de l'année écoulée, sur la base des Termes de Référence du PUC

Province	Localité	Date de l'alerte	Date du début de l'intervention	Type d'alerte	Intervalle de temps entre l'alerte et l'intervention en jours	Intervalle de temps entre l'alerte et l'intervention en semaines
Équateur	Lotumbe	9/19/23	19/02/2024	Variole simienne et rougeole	153	21.9
Équateur	Ingendé	16/01/2024	03/04/2024	Rougeole	78	11.1
Sankuru	Katakokombe	29/02/2024	05/06/2024	Rougeole	97	13.9
Équateur	Iboko	26/03/2024	09/09/2024	Rougeole	167	23.9
Tshuapa	Bokungu	24/01/2024	18/09/24	Rougeole	238	34
Équateur	Bikoro	04/02/2024	28/10/2024	Rougeole	267	38.1
Tshuapa	Bokungu	30/09/2024	20/11/24	La variole simienne	51	7.3
Sankuru	Lusambo	16/12/2024	19/02/2025	Fièvre typhoïde et choléra	67	9.3
Moyenne					140 jours	20 semaines

L'analyse des interventions de 2024 a montré qu'il s'est écoulé en moyenne 140 jours entre la réception de l'alerte et le début de l'intervention, avec des délais allant de 2 jours à 7 mois. La majeure partie de ce temps est consacrée à la surveillance active des alertes avant que celles-ci n'atteignent les seuils d'exploration/évaluation. Pour les explorations pour lesquelles des données étaient disponibles, l'intervalle de temps entre l'atteinte du seuil d'alerte et le lancement d'une évaluation variait de 2 jours à 31 jours. Aucune des interventions du PUC au cours de l'année écoulée n'a été lancée dans le délai de 14 jours à compter de la fin d'une exploration. Le personnel du PUC a expliqué que cet intervalle est attribuable à divers facteurs, notamment des seuils propres à la maladie (p. ex., la rougeole nécessite une augmentation des cas sur 3 semaines consécutives), des lacunes dans le système de surveillance nécessitant une triangulation des données, une capacité d'intervention limitée et des priorités concurrentes lorsque plusieurs alertes se produisent simultanément. Le PUC doit économiser ses ressources et être sélectif s'agissant des crises pour lesquelles il intervient. Les alertes sont suivies pendant de longues périodes afin de garantir la sélection des crises où l'impact peut être le plus important.

Tableau 7 : Analyse des intervalles de temps entre la fin d'une exploration/évaluation et le début d'une intervention au cours de l'année écoulée

Province	Localité	Date à laquelle l'évaluation ou l'exploration est terminée	Date du début de l'intervention	Intervalle de temps entre fin de l'évaluation/exploration et début de l'intervention en jours	Intervalle de temps entre fin de l'évaluation/exploration et début de l'intervention en semaines
Équateur	Lotumbe	01/02/2024	19/02/2024	18	2.6
Équateur	Ingendé	12/03/2024	03/04/2024	22	3.1
Sankuru	Katakokombe	N/A	05/06/2024	N/A	N/A
Équateur	Iboko	17/08/2024	09/09/2024	23	3.3
Tshuapa	Bokungu	23/08/24	18/09/24	26	3.7
Équateur	Bikoro	29/09/2024	28/10/2024	29	4.1
Tshuapa	Bokungu	N/A	20/11/24	N/A	N/A
Sankuru	Lusambo	N/A	19/02/2025	N/A	N/A
<b>Moyenne</b>				<b>23.5</b>	<b>3.4</b>

Une analyse de la documentation interne du PUC a révélé qu'aucun acteur n'a accès à toutes les dates de début et de fin des approbations en un seul endroit, bien que certains points clés de la vérification et de la traduction soient systématiquement partagés entre certains acteurs de la chaîne décisionnelle. Les dates clés, y compris les dates des demandes d'approbation et les dates des approbations finales, sont éparpillées dans les échanges de courriels et les termes de référence non normalisés. De plus, la documentation ne contient pas suffisamment d'éléments de contexte concernant la rapidité des approbations aux différents niveaux. Les enregistrements de toutes les étapes clés et de tous les moments de prise de décision sont stockés en silos, pas systématiquement analysés et omettent parfois certaines dates clés.

Bien que certaines de ces informations soient prises en compte, il n'existe pas d'emplacement centralisé pour l'enregistrement de ces dates clés, ni d'effort transversal pour analyser les intervalles entre les dates clés et les détails contextuels correspondants. Bien que certaines de ces informations fassent l'objet d'une réflexion et que certains acteurs sachent où certaines dates sont enregistrées, l'absence de suivi et d'analyse transversaux entre les interventions signifie que les questions fondamentales sur le calendrier et la validation ne peuvent pas être vérifiées en externe. Les données partagées lors du processus de validation sont reléguées à des informations pratiques qui permettront d'évaluer la demande à différents niveaux de décision. Par conséquent, bien que de nombreux répondants aient des opinions bien arrêtées

sur ce processus, certaines de ces opinions peuvent ne pas être étayées par des données probantes qui pourraient être générées si des analyses transversales entre les interventions étaient disponibles.

#### Constatation 14 : Plusieurs moments clés du processus de validation entraînent des retards et une documentation incomplète du cadre de référence. (SoE : Modérée)

Malgré les difficultés rencontrées pour trianguler les réponses qualitatives sur les retards, les parties prenantes du PUC et de MSF aux niveaux de l'ESR, de l'ESP et du siège ont identifié les principaux domaines où des retards se produisent. De nombreux employés permanents du PUC croient que ces retards sont principalement liés à des déficiences structurelles dans le processus décisionnel de l'ESR et de l'ESP, mais celles-ci n'ont pas pu être vérifiées de manière définitive par des données. Selon certains informateurs clés, la prise de décisions en dehors des heures de bureau normales peut entraîner des retards<sup>12</sup>, ce qui est exacerbé par le fait que certains termes de référence peuvent manquer de détails clés, ce qui donne lieu à de longs échanges avant d'être entièrement terminés. Malgré cela, le management insiste sur la nécessité de maintenir des normes élevées, ce qui est considéré comme étant réalisable étant donné que le PUC travaille sur des schémas épidémiques récurrents.

#### Constatation 15 : Le recrutement et le déploiement de RH optimales demandent des efforts qui nuisent à l'efficacité du PUC. (SoE : élevée)

Le recrutement et le déploiement des RH constituent un défi structurel pour le PUC, qui offre à la fois une flexibilité en matière de dotation en personnel, mais entraîne également des retards. Le système PdR permet de rationaliser le recrutement de professionnels spécialisés sur une base contractuelle, mais seulement 31 % des répondants au sondage le trouvent efficace, tandis que 38 % sont de l'avis contraire, le reste étant sans opinion ou neutre à cet égard. Les RH disposent d'une fenêtre de deux semaines pour pourvoir les postes avant le lancement d'une intervention, mais la disponibilité du personnel est problématique, certains membres du personnel PdR étant indisponibles après de longues périodes sans déploiement. Le processus de recrutement sur papier crée une charge administrative, et le PUC a du mal à attirer et à retenir du personnel spécialisé en raison de la concurrence pour des postes plus stables ou mieux rémunérés.

La répartition géographique du personnel du PdR à travers la RDC exacerbe ces défis. Ceux qui se trouvent à l'extérieur de Kinshasa manquent de possibilités de formation entre les interventions. De nombreux membres du personnel du PdR sont frustrés par les longs intervalles entre les contrats et les critères de sélection peu clairs à leurs yeux. Le PUC a mis en place un système de recrutement numérique pour privilégier l'équité, mais le personnel de PdR ne semble pas au courant de ces mesures. Le manque d'engagement augmente le risque que les membres du PdR soient recrutés par d'autres organisations. La situation sécuritaire en RDC complique encore le déploiement, le personnel du PdR basé dans l'est étant

---

<sup>12</sup> Il convient de noter que cela était le cas au moment de la collecte des données, mais que cet élément a été solutionné au moment de la finalisation de ce rapport.

dépendant de la plaque tournante de Goma pour les transports. Goma tombée aux mains des rebelles du M23 et les vols à destination de Kinshasa étant suspendus, le personnel du PdR doit emprunter des itinéraires alternatifs longs et coûteux. Malgré ces défis, le PUC a fait des efforts pour améliorer sa structure des ressources humaines, et de nombreux employés permanents sont satisfaits du modèle actuel.

**Constatation 16 : La taille des équipes a été jugée trop importante par certains membres du personnel du PUC et de MSF, tandis que d'autres ont exprimé un intérêt à donner la priorité à la formation sur la polyvalence pour le personnel du PUC ou à recruter du personnel polyvalent pour le PdR. (SoE : élevée)**

La réduction de la taille des équipes d'intervention est une priorité, car les équipes actuelles peuvent être inutilement grandes dans certains scénarios, ce qui gaspille des fonds et limite la capacité du PUC. Bien que la taille des équipes soit passée de 60 à 65 à une moyenne de 40 personnes par intervention depuis la restructuration de 2019, d'autres réductions pourraient être bénéfiques. Plusieurs répondants de MSF et du PUC ont suggéré d'investir davantage dans un personnel polyvalent, formé dans plusieurs domaines, plutôt que de simplement réduire la taille de l'équipe. Par exemple, les logisticiens pourraient être plus systématiquement formés aux compétences WASH et de construction, et les campagnes de vaccination pourraient être gérées plus efficacement avec moins de rôles spécialisés. Cette approche permettrait au PUC de déployer des équipes plus petites et plus polyvalentes sans compromettre les compétences nécessaires.

Cependant, cette stratégie nécessite une formation et un développement des compétences intentionnels. Les répondants ont souligné qu'il ne faut pas s'attendre à ce que le personnel remplisse plusieurs rôles sans une préparation adéquate. Le personnel du PdR a particulièrement souligné la nécessité d'une formation structurée et spécifique à des scénarios pour permettre cette polyvalence, notant que la formation actuelle est en grande partie informelle et en cours d'emploi. En investissant dans des programmes de formation plus complets, le PUC peut s'assurer que le personnel est mieux équipé pour assumer de multiples responsabilités, afin d'avoir des interventions plus efficaces et efficaces.

**Constatation 17 : Les compétences numériques limitées et la dépendance à l'égard des systèmes papier limitent la qualité de la documentation et la réflexion stratégique. (SoE : Modérée)**

Le PUC est confronté à des défis considérables en matière de gestion des données et d'analyse stratégique en raison notamment de compétences numériques limitées et de la dépendance à l'égard de systèmes manuels sur papier pour la documentation et la production de rapports lors des interventions. Malgré le test d'outils numériques comme Kobo, l'utilisation des tablettes reste limitée en raison de problèmes d'accès, d'une mauvaise connectivité, de la sécurité et d'un manque de formation. Cette dépendance à l'égard des méthodes manuelles rend la saisie et le suivi des données difficiles et entrave l'analyse stratégique des interventions du PUC. Comblé ce fossé en matière de littératie numérique par la formation améliorerait l'efficacité et la qualité des données et de la documentation.

Le contexte opérationnel en RDC rurale et l'environnement de travail rapide au sein du PUC compliquent encore la gestion des données. La mauvaise connectivité rend les documents papier attrayants, car les flux de travail n'ont pas besoin d'être interrompus lorsque le Wi-Fi n'est pas disponible. Cependant, cette dépendance au papier s'accompagne de risques, notamment la perte ou l'endommagement potentiel de dossiers papier lors du transport de retour à Kinshasa. L'évaluation a cependant constaté que le PUC a déjà déployé des efforts pour remédier à ce problème en investissant dans l'archivage et la gestion de l'information.

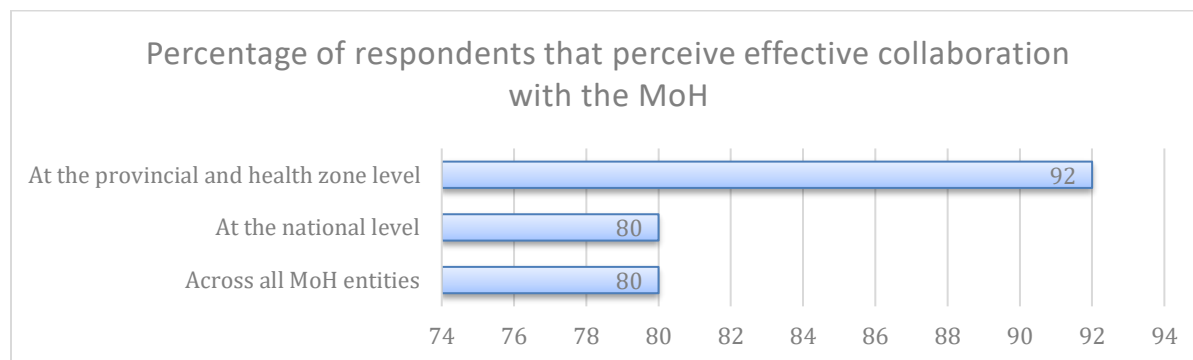
## COHÉRENCE

### VOIE 3 : SYNERGIE AVEC D'AUTRES ACTEURS

**Constatation 18 : La collaboration avec le MSPP à plusieurs niveaux est constamment perçue comme positive. (SoE : élevée)**

La collaboration avec le MSPP à plusieurs niveaux administratifs est constamment perçue comme positive et efficace, avec des partenariats particulièrement solides au niveau infranational. Les données de l'enquête montrent que 80 % des personnes interrogées indiquent une collaboration efficace avec les entités du MSPP dans leur ensemble, 80 % au niveau national et 92 % au niveau infranational.

Figure 4 : Pourcentage de répondants (n=29) qui perçoivent une collaboration efficace avec le MSPP



Ces partenariats s'appuient sur des ententes formalisées et des cadres opérationnels clairs qui guident la collaboration lors des explorations et des interventions. La collaboration au niveau national témoigne d'une certaine maturité institutionnelle, le PUC désignant des points focaux qui participent aux réunions de coordination et donnent leur avis sur les recommandations. Au niveau infranational, la collaboration est fluide pendant les épidémies, les accords signés facilitant l'alignement sur les approches et les seuils. Cependant, les partenaires infranationaux sont intéressés par une responsabilité accrue et des possibilités de renforcement des capacités. Malgré ces atouts, la collaboration devient moins formalisée et plus ponctuelle dans les crises humanitaires non épidémiques, où les rôles, les responsabilités et les canaux de communication manquent de clarté.

**Constatation 19 : Le personnel du PUC croit en l'importance d'accroître les synergies et les partenariats avec les acteurs externes, mais ne sait pas comment les intégrer en raison des divergences entre les modèles opérationnels et les priorités. (SoE : élevée)**

Le personnel du PUC s'est engagé à renforcer les partenariats avec les acteurs externes, en particulier le MSPP, afin d'améliorer l'efficacité et la cohérence. Il est largement reconnu que le PUC doit évoluer pour devenir plus collaboratif. Comme l'a remarqué un membre du personnel du PUC, « *le partenariat signifie moins d'autonomie décisionnelle... Nous avons besoin d'un changement de posture : passer d'une intervention 'parallèle' à une véritable approche partenariale avec les autorités.* »

Les autorités sanitaires sollicitent l'expertise de MSF et sont ouvertes à des formations sur les seuils d'intervention et le déploiement des équipes. Cependant, la mise en œuvre pratique est difficile en raison des divergences opérationnelles et d'une certaine résistance interne au changement au sein de MSF. Les différences dans les styles de travail, les normes de qualité, le rythme et les systèmes internes font que certains membres du personnel du PUC ne savent pas comment surmonter ces écarts pour soutenir la collaboration. Un membre du personnel du PUC a expliqué que le MSPP ne travaille pas au même rythme que le PUC, ce qui signifierait qu'un partenariat accru pourrait se faire au détriment de la rapidité.

Les parties prenantes MSF et non MSF ont indiqué que la culture très indépendante de MSF peut parfois engendrer un sentiment de supériorité. Un membre de l'ESP a observé : « *C'est un changement de mentalité, parce que je pense que nous sommes un peu formatés comme ça, quand nous arrivons, nous sommes les mieux informés, nous avons beaucoup d'expertise* », tandis que le personnel du PUC a reconnu : « *Nous travaillons comme des cavaliers solitaires.* » Les répondants de MSF étaient partagés sur la question de savoir si les interventions seraient moins efficaces s'il fallait plus de temps pour mettre en œuvre la formation des partenaires afin d'assurer le même niveau de qualité lors des interventions, ou si le fait d'avoir moins de contrôle était le coût nécessaire de la collaboration avec d'autres.

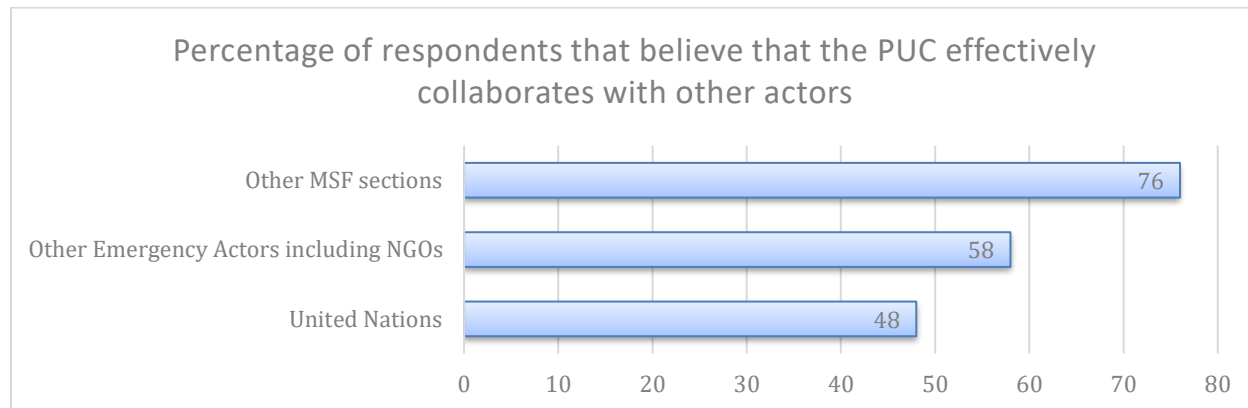
**Constatation 20 : Le mandat du PUC d'opérer là où les autres sont absents peut rendre le partenariat moins prioritaire, mais la collaboration a tendance à mieux fonctionner lorsque la capacité technique et les attentes s'harmonisent. (SoE : élevée)**

Le mandat du PUC le place souvent dans une position où il comble les lacunes laissées par d'autres acteurs humanitaires qui n'ont pas la capacité logistique d'intervenir dans des zones reculées. Cela renforce la pertinence du PUC, mais limite les possibilités de collaboration. Les données de l'enquête montrent que 48 % des personnes interrogées pensent que la collaboration avec les entités de l'ONU est adéquate ou forte, tandis que 48 % sont incertaines et 4 % la trouvent insuffisante. De plus, seulement 58 % sont d'accord pour dire que le PUC se coordonne efficacement avec d'autres acteurs humanitaires, à l'exclusion des autres entités de MSF. La direction du PUC le reconnaît, notant : « *Le plus souvent, nous y allons seuls... Là où personne ne veut aller, c'est là que nous allons.* »

Lorsque des acteurs disposant de capacités techniques suffisantes sont présents, le PUC collabore efficacement. Parmi les exemples de partenariats réussis, citons les explorations conjointes avec WACA, les missions exploratoires permettant à d'autres entités de MSF d'établir des projets et la coordination avec la DPS pour des campagnes de vaccination ciblées. Les résultats de l'enquête le confirment : 76 %

des personnes interrogées s'accordant à dire que la coordination entre le PUC et les autres entités de MSF est efficace.

Figure 5 : Pourcentage des répondants au sondage (n=29) qui estiment que le PUC collabore efficacement avec d'autres acteurs



Ces résultats suggèrent que les partenariats peuvent réussir lorsqu'ils disposent des capacités techniques appropriées et d'une vision commune. La documentation du PUC montre que celui-ci a envisagé des partenariats et évalué leur faisabilité lors d'explorations récentes. Cependant, les échanges de courriels avec des partenaires potentiels comme ACF révèlent la complexité de la coordination, où le désalignement des capacités peut empêcher les partenariats. Les observations sur le terrain confirment qu'une collaboration réussie nécessite à la fois la capacité des partenaires et des cadres opérationnels clairs établis à l'avance, plutôt qu'un simple intérêt pour le partenariat.

**Constatation 21 : La PUC n'a pas investi stratégiquement dans des stratégies de sortie qui peuvent entraîner des défaillances dans les processus de transfert. (SoE : élevée)**

Les interventions du PUC sont limitées à trois mois, ce qui peut signifier que les épidémies peuvent encore être en cours après le départ du PUC. Les pratiques actuelles de sortie reposent sur des arrangements informels qui peuvent compromettre la continuité des soins et potentiellement limiter l'efficacité des interventions si les transferts ne sont pas correctement effectués. Le PUC n'a pas actuellement de stratégie de sortie globale ; les autorités communautaires sont informées verbalement de la poursuite des activités, mais ces processus ne sont pas officialisés. La direction du PUC et les partenaires humanitaires reconnaissent qu'il s'agit d'une approche problématique et sujette aux erreurs. Certains partenaires ont décrit de la confusion pendant les épidémies après le retrait du PUC, avec des incertitudes quant aux activités qui avaient été menées et ce qui devrait être priorisé pour la suite. En l'absence de documentation structurée, de formation officielle sur les partenariats externes et d'un engagement communautaire proactif, la PUC peut compromettre les résultats en matière de santé et la confiance envers le PUC peut être affectée. L'absence d'identification systématique des partenaires pour poursuivre les activités exacerbe encore ce problème.

**Constatation n° 22 : La mutualisation des ressources et l'échange accru de connaissances avec d'autres entités de MSF sont attrayantes en théorie, mais ne permettent pas d'avancer de manière structurée. (SoE : élevée)**

La valeur et la nécessité de la mutualisation des ressources entre les entités de MSF sont largement reconnues. Le PUC a tout à gagner de la mutualisation des ressources et du personnel, en particulier dans l'environnement financier actuel où de nombreux acteurs ont dû fermer des programmes ou licencier du personnel en raison de la perte de financements. Un membre du personnel du PUC a souligné les avantages potentiels de la réduction des coûts salariaux du PdR en disant : « *La mutualisation des personnels du PdR ou la collaboration avec le personnel du ministère de la Santé pourrait réduire les coûts salariaux.* » Les autorités sanitaires nationales ont observé que la mutualisation ne semble se produire que « *dans des conditions extrêmes* » ou en cas de problèmes imprévus, suggérant que l'approche actuelle est plus ponctuelle que planifiée.

La collaboration actuelle se fait principalement par des canaux informels et reste dépendante de la personne plutôt que structurée de manière systématique. Le détachement de staff entre l'OCB et le Centre Opérationnel de Paris (OCP) représente le mécanisme de partage le plus développé. Le partage pratique des ressources comprend les actifs opérationnels et les fournitures médicales entre les projets, mais ces pratiques ont été mises en œuvre davantage sur la base de manifestations d'intérêt du management plutôt que d'un cadre clair.

Les entretiens avec d'autres entités de MSF ont révélé un grand respect pour le PUC et un intérêt clé pour davantage d'opportunités d'échange de connaissances. Le partage des connaissances entre le PUC et les autres entités de MSF reste informel, tandis que des initiatives positives telles que les ateliers inter-PUC ont perdu de leur élan. Malgré le potentiel de collaboration et la reconnaissance du fait que le partage des ressources et des connaissances est mutuellement bénéfique, l'absence de cadres formels signifie qu'une collaboration significative dépend de l'initiative individuelle plutôt que de la priorisation institutionnelle.

**Constatation 23 : La collaboration avec le BALI n'a pas toujours été fluide et efficace, mais le PUC pourrait tirer parti d'une nouvelle trajectoire. (SoE : Limitée)**

La relation entre le PUC et BALI est passée d'une dynamique historiquement tendue à une dynamique montrant des signes d'amélioration. Le BALI sert de « *bureau d'appui et de liaison intersectorielle... dont l'objectif est de mutualiser les contraintes et les difficultés communes à chaque section [MSF] et de les adresser aux autorités compétentes, par exemple au ministère de la Santé pour éviter que chaque section n'aborde individuellement certaines questions* ». Cependant, cet arrangement institutionnel a créé des tensions avec les modèles opérationnels établis du PUC. Le PUC fonctionne de manière quelque peu indépendante et dispose d'une grande autonomie par rapport à l'ESP, par exemple. Un collègue de l'ESP a souligné : « *Tout le monde doit reconnaître sa place... Le PUC ne peut pas aller voir le ministère sans passer par BALI.* »

La racine de cette tension réside dans les trois décennies de relations directes du PUC avec les autorités sanitaires, créant une situation où le travail par le biais de BALI est un ajustement pour les deux parties. L'évolution de la relation exige une attention continue à la clarification des rôles. Cela a créé une dynamique où les représentants du PUC ne sont pas toujours présents ou impliqués dans le dialogue direct et les réunions lorsque BALI plaide au nom du PUC. Parmi les répondants au sondage, seulement 50 % croyaient que le PUC défendait efficacement sa valeur à l'échelle nationale. Bien que les rôles restent « flous » et créent parfois des tensions, les parties prenantes reconnaissent que la relation est « *bien meilleure qu'avant* ». Le PUC a l'occasion d'investir davantage dans ce mécanisme de communication collaborative en tirant parti de ses relations établies sur le terrain et du positionnement stratégique de BALI pour un plaidoyer et un engagement politique de plus haut niveau.

#### Constatation 24 : La PUC sert de terrain d'entraînement pour les principales épidémies et le personnel d'urgence dans tout le pays. (SoE : élevée)

Les répondants ont décrit à maintes reprises le PUC comme « *une école* » en raison de son efficacité démontrée dans le développement des compétences du personnel, fonctionnant comme un centre de développement professionnel pour le personnel d'intervention d'urgence. Le personnel formé au PUC apporte son expertise à d'autres projets au sein de MSF. Le PdR bénéficie également de la rigueur et des normes du PUC, qui aident le personnel à progresser dans ses capacités techniques. L'expérience au sein du PUC est reconnue par les partenaires externes comme une préparation précieuse pour d'autres rôles d'urgence, en raison de la formation officielle avant les interventions et de l'exposition sur le terrain pendant les interventions.

Au-delà du développement des compétences internes de MSF, le PUC contribue donc à élargir les capacités nationales d'intervention d'urgence, car certains membres du personnel national du PUC accèdent à des rôles au sein du MSPP<sup>13</sup>. Malgré cette perception positive, le personnel du PUC a exprimé des doutes quant à savoir si leurs partenaires du MSPP avaient mis en œuvre des changements concrets à la suite de leur collaboration avec le PUC. Cela suggère que, bien qu'il existe de nombreuses preuves de transfert de compétences au sein du PUC, le personnel n'était pas convaincu que le transfert des compétences techniques aux organisations partenaires était le résultat d'une simple collaboration.

---

<sup>13</sup> Il convient de noter que l'inverse est également vrai : certains membres du personnel du PUC sont d'anciens membres du personnel du MSPP.

## CONCLUSIONS

Le PUC a connu de nombreux changements au cours de ses trente ans d'existence, mais a réussi à maintenir sa pertinence jusqu'à aujourd'hui. Il continue de combler les principales lacunes en matière de capacité nationale d'intervention face aux fréquentes épidémies et aux situations d'urgence dans les quinze provinces où il exerce ses activités. Le PUC a fait preuve d'un engagement soutenu à répondre aux besoins des communautés touchées par la crise dans les régions les plus reculées de la RDC.

Les activités de V&D sont considérées comme complémentaires à celles mises en œuvre par le MSPP, grâce à un réseau proactif d'appels et à la triangulation des sources de données secondaires afin d'approfondir les données recueillies par le MSPP. Les rapports de situation (« sitrep ») sont publiés sur une base hebdomadaire et lus à la fois par le MSPP et d'autres organisations humanitaires à travers le pays. Malgré les processus hautement spécialisés de V&D du PUC, qui sont efficaces pour détecter les épidémies de maladies infectieuses en RDC, en particulier la rougeole, les critères utilisés pour détecter les crises humanitaires ne sont pas aussi clairement définis, ce qui laisse certaines parties prenantes incertaines de la capacité du PUC à détecter les crises humanitaires et les situations atypiques. Étant donné que la rougeole constitue à la fois le fardeau de maladie le plus élevé dans les provinces où le PUC exerce ses activités, et le type de crise le plus fréquent auquel le PUC répond, celui-ci risque de se spécialiser dans la détection et la réponse à la rougeole. Bien que le système V&D soit largement efficace, il n'a pas toujours la sensibilité nécessaire pour détecter les crises qui se développent lentement ou qui sont atypiques.

Les parties prenantes internes et externes ont une grande estime envers la capacité logistique du PUC et considèrent qu'elle le distingue des autres acteurs humanitaires. Cela est dû à la fois à la capacité du PUC à utiliser plusieurs modes de transport et à son expérience de réponse aux épidémies dans certaines des régions les plus reculées du pays. Malgré ces fortes compétences internes, l'agilité du PUC est freinée par sa dépendance vis-à-vis des compagnies aériennes commerciales et de l'UNHAS. Cela peut entraîner des retards coûteux dans le déploiement en raison d'annulations de vols, ce qui entraîne divers coûts connexes, notamment le paiement d'indemnités quotidiennes et le logement du personnel qui ne peut pas être déployé. Pourtant, le PUC a conservé une réputation de capacité de déploiement rapide et les parties prenantes externes croient en sa rapidité d'action une fois sur le terrain.

Bien que les processus décisionnels internes du PUC, y compris ses processus de validation budgétaire et technique, aient été ajustés à de nombreuses reprises, il existe un fort désaccord au sein de MSF-OCB et du PUC sur la question de savoir si le processus d'approbation actuel à plusieurs niveaux est la meilleure approche pour prévenir la fraude et le gaspillage ou s'il entraîne des retards inutiles. MSF-OCB s'accorde à dire que le PUC ne répond pas assez rapidement aux crises, et le PUC n'a atteint son objectif de déploiement de 14 jours après l'achèvement d'une évaluation pour aucune de ses interventions en 2024. Bien que tous les répondants interrogés aux différents niveaux décisionnels aient des opinions tranchées sur les processus budgétaires et de validation actuels, les exemples justifiant leur position étaient anecdotiques et non fondés sur des données. Cela est dû à un manque d'analyse systémique des points clés et du rythme de prise de décision, depuis la réception d'une alerte jusqu'au lancement d'une intervention. Cela a corroboré un thème plus large dans l'ensemble des activités de V&D et d'intervention

du PUC, selon lequel la documentation d'informations clés n'est pas systématiquement suivie ou analysée à des fins de gestion adaptative et d'intégration des leçons tirées de la vaste expérience du PUC. Cela est dû en partie à la dépendance excessive du PUC à l'égard des systèmes papier, à l'absence de mécanismes de rapportage suffisamment normalisés et à la mentalité d'intervention d'urgence selon laquelle le personnel réagit aux crises plutôt que d'officialiser les processus pour permettre la planification proactive.

Bien qu'il y ait des domaines clés à améliorer, l'expérience professionnelle du PUC est très respectée au sein de MSF et dans toute la RDC. De nombreux acteurs d'urgence ont perfectionné leurs compétences techniques au cours de leur(s) séjour(s) au PUC, ce qui les a aidés à progresser dans leur carrière et leur a permis d'apporter ces compétences ailleurs. L'environnement opérationnel du PUC a radicalement changé au cours des trois dernières décennies, tout comme la capacité de son principal partenaire, le MSPP. Le personnel du PUC et le personnel du MSPP sont désireux d'investir davantage dans leur partenariat afin de permettre au MSPP de s'approprier davantage les interventions, notamment en y intégrant davantage son personnel. Cela aurait le potentiel d'améliorer l'efficacité interne du PUC, d'accroître la capacité du PUC à répondre à davantage de crises et d'accroître l'impact de ses interventions.

L'indépendance du PUC et l'accent mis sur la qualité s'accompagnent également du risque de créer des dépendances au sein du MSPP, en particulier en ce qui concerne les activités de surveillance des maladies. Alors que la volonté de travailler davantage avec des acteurs externes et des organisations partenaires a été exprimée par le personnel du PUC, certains ne savaient pas comment dépasser des pratiques bien établies où MSF est habitué à une mentalité de « *loup solitaire* », pour mieux s'adapter à travailler avec des organisations ayant des niveaux de capacité technique différents et des structures opérationnelles diverses. De même, le PUC n'a pas suffisamment investi dans les stratégies de sortie malgré sa propre exigence de mettre fin aux interventions après trois mois. Cela donnerait au PUC l'occasion à la fois de mieux officialiser sa relation de travail avec d'autres entités de MSF et les acteurs externes, ainsi que d'approfondir sa collaboration technique avec le MSPP afin d'améliorer son efficacité et de mieux s'intégrer dans l'architecture humanitaire nationale.

## RECOMMANDATIONS

### PERTINENCE

**Aborder le risque de spécialisation de la rougeole** : Le PUC pourrait s'attaquer au risque de devenir trop spécialisé dans la détection et la réponse à la rougeole en essayant de s'exposer stratégiquement à des scénarios plus diversifiés. Cela devrait se faire tout en restant à l'écoute des besoins les plus pressants dans sa zone d'action. Le PUC devrait s'assurer d'organiser des formations trimestrielles sur des épidémies moins courantes, des crises humanitaires et des situations complexes qui permettraient de développer davantage les capacités de réflexion critique du personnel du PUC, afin de mieux se préparer aux événements inattendus.

**Innover le système actuel de V&D pour accroître la sensibilité** : Le PUC devrait envisager de formaliser des indicateurs complémentaires, notamment la gravité des cas, la capacité d'intervention locale, la présence d'autres acteurs et l'accessibilité géographique, et d'élargir ses contacts secondaires du réseau aux personnes qui se déplacent fréquemment dans des zones silencieuses. De même, le PUC pourrait investir davantage dans la définition stratégique de seuils pour les crises humanitaires afin de mieux se positionner vis-à-vis d'autres acteurs, y compris MSF, s'agissant de potentielles interventions dans des crises plus diverses.

## EFFICACITE

**Envisager des processus de validation rationalisés qui pourraient accélérer les interventions** : Le PUC pourrait notamment envisager d'établir des programmes d'intervention pré-validés spécialement conçus pour les interventions contre la rougeole.

**Envisager d'augmenter les seuils de validation budgétaire pour les explorations et les évaluations** : Alors que les interventions bénéficient de l'enveloppe annuelle prédéfinie de 4 millions d'euros et ne nécessitent pas d'approbations basées sur des seuils, les explorations et les évaluations sont soumises à des seuils de validation de 25 000 € pour le coordinateur de projet et de 50 000 € pour le coordinateur pays. Le PUC pourrait envisager d'augmenter ces seuils de validation pour les explorations et les évaluations afin de réduire le fardeau administratif tout en maintenant une surveillance appropriée. Étant donné que les explorations et les évaluations sont des activités préparatoires essentielles qui éclairent les décisions d'intervention, la rationalisation de leur processus d'approbation pourrait améliorer la réactivité du PUC. Tout ajustement des seuils devrait être fondé sur une analyse financière et une évaluation des risques rigoureuses, car cela n'a pas fait partie de la présente évaluation.

## EFFICIENCE

**Effectuer une analyse coûts-avantages de l'achat d'un avion pour le PUC** : Le PUC doit effectuer une analyse coûts-avantages de l'achat d'un avion dédié. Cela devrait prendre en compte le coût initial de l'achat d'un avion par rapport au coût de la dépendance aux compagnies aériennes commerciales et UNHAS, et au gaspillage qui se produit lorsque les vols sont annulés. Bien que certains éléments puissent être quantifiés, le PUC devrait également tenir compte de la valeur ajoutée qu'apporte l'augmentation de sa capacité à mieux remplir son mandat en améliorant la rapidité de ses interventions. Cela permettra également d'adopter une approche plus préventive de la transmission des maladies en intervenant plus tôt en cas de crise.

**Évaluer de manière critique les meilleures opportunités d'intégrer du personnel polyvalent dans les interventions** : La formation à la polyvalence pour le personnel du PUC pourrait permettre aux équipes du PUC d'être plus légères et d'augmenter l'efficacité des interventions. Le PUC devrait procéder à une évaluation critique des compétences qui pourraient être les plus facilement enseignées au personnel existant et déterminer quels partenaires devraient intégrer plusieurs capacités techniques.

**Moderniser la gestion des données et normaliser la documentation** : Des efforts ont déjà été déployés en matière de gestion de l'information et des connaissances, et le PUC doit poursuivre les investissements dans ce domaine, notamment en passant à la tenue de documents numériques, au-delà des documents papier. Le PUC gagnerait aussi à investir dans davantage de formation du personnel aux compétences numériques afin d'accroître la confiance et la capacité de gérer les documents numériques. Le PUC devrait également investir dans des tablettes pour collecter les données et enregistrer les informations lors des interventions, puis les télécharger dès que la connectivité est disponible, afin de réduire le fardeau du transport des documents papier et risques associés, et de normaliser les enregistrements.

**Établir des séances d'apprentissage régulières pour les principales activités du PUC** : Le PUC devrait systématiser l'apprentissage organisationnel par le biais de davantage de réflexions stratégiques sur les leçons apprises, les meilleures pratiques et la recherche de moyens d'éviter les défis lors des interventions. Cela pourrait être fait trimestriellement pour différentes spécialisations ou départements tels que V&D, RH et coordination sur le terrain. Ces efforts pourraient être appuyés par une tenue de registres plus normalisée et plus régulière.

**Créer un système pour enregistrer et normaliser la documentation des points clés des intervalles entre alertes et interventions, par le biais d'un document de capitalisation formalisé** : Décrire les points clés entre la réception d'une alerte et le lancement d'une intervention afin de mieux suivre et comprendre le temps qui s'écoule entre chaque étape, en incluant les éléments de contexte clés, y compris les approbations et les raisons des retards éventuels. Cela devrait être visible à tous les niveaux de prise de décision pour permettre aux discussions sur les retards d'être éclairées par les données. Après plusieurs interventions, les analyses permettraient d'identifier des tendances et de mieux éclairer les discussions sur l'optimisation.

**Organiser un atelier entre tous les niveaux décisionnels du processus de validation afin de cartographier les domaines d'optimisation** : une fois que le PUC dispose de davantage d'analyse sur la temporalité des processus décisionnels, ces informations pourraient aider à structurer le dialogue autour des ajustements prioritaires des processus afin de permettre des interventions plus rapides. Un atelier devrait être envisagé comme une opportunité de compromis entre les processus actuels et les révisions qui favoriseraient des réponses plus rapides. Des objectifs quantitatifs précis doivent être fixés pour mieux définir le rythme idéal à chaque étape avant les interventions, et détailler les changements prioritaires pour augmenter la rapidité.

**Améliorer l'engagement avec le personnel du PdR** : Le PUC pourrait améliorer la communication avec le personnel du PdR par le biais d'un point focal véritablement dédié et d'une transparence accrue autour des critères de sélection. Le PUC doit s'efforcer de mieux gérer les attentes du PdR concernant la fréquence des interventions afin que le personnel de PdR ne s'attende pas à des opportunités tout au long de l'année. Le personnel du PdR devrait également avoir davantage de possibilité de formation afin de réaffirmer l'engagement du PUC à leur égard et d'accroître les contacts entre les interventions.

## COHERENCE

**Formaliser les opportunités de mutualisation et de collaboration accrues avec d'autres entités MSF :** Le PUC et les autres entités MSF sont intéressées par la formalisation des opportunités de partenariat. Pour les autres entités MSF, cela est principalement lié à un intérêt à apprendre du PUC. Les collègues permanents du PUC souhaitent un cadre opérationnel plus clair avec WACA, en raison de leur chevauchement géographique et de la nécessité pour WACA d'être davantage exposé à la formation en tant que nouveau programme d'urgence. L'officialisation de la mutualisation des ressources pourrait être utile en raison des coupes budgétaires et alors que le PUC évalue si l'achat d'un avion est viable. La mise en place d'échanges d'apprentissage plus réguliers entre les différents pools d'urgence en RDC (inter-PUC) pourrait faire progresser ces efforts et permettre simultanément au personnel du PUC d'en apprendre davantage sur la réponse aux crises humanitaires. Les échanges et collaborations entre les pools d'urgence nécessitent un accompagnement institutionnel et un cadre plus formel au niveau des centres opérationnels.

**Investir davantage dans le partenariat avec le MSPP :** Le PUC devrait évaluer les domaines dans lesquels il pourrait collaborer davantage avec le personnel du MSPP et l'intégrer dans ses interventions. Si le PUC peut compter sur le MSPP pour effectuer certaines tâches lors des évaluations et des interventions, cela pourrait réduire la charge envers le PUC, améliorer l'efficacité budgétaire et potentiellement permettre au PUC d'accroître sa capacité opérationnelle actuelle. Les activités de surveillance pourraient être un domaine prioritaire pour envisager une intégration plus poussée avec le MSPP dans le but de transférer certaines responsabilités. Cela pourrait également contrebalancer les risques de créer par inadvertance une dépendance du MSPP à l'égard du PUC. Bien que le PUC soit un programme d'urgence, il dépend d'une infrastructure permanente au sein du MSPP, ce qui rend une collaboration étroite essentielle pour la coordination et le développement des compétences pour MSF et le MSPP.

**Formaliser les approches de partenariat en dépassant une mentalité historiquement indépendante :** Réaliser une cartographie stratégique des acteurs avec lesquels le PUC peut s'associer lors de certains types d'interventions afin de mieux appréhender la préparation et les opportunités de partenariat. Cette cartographie peut aider à identifier les principaux domaines où les faiblesses d'autres acteurs peuvent être atténuées. Une formation interne devrait être dispensée pour promouvoir l'ouverture d'esprit et la préparation à la collaboration avec d'autres acteurs et fournir des stratégies pour relever les défis anticipés.

**Investir davantage dans les stratégies de sortie et de transfert :** Le PUC devrait communiquer de manière plus stratégique avec tous les acteurs concernés, y compris mais sans se limiter au MSPHPS, afin de limiter encore les risques de confusion et clarifier ce qui a été fait et reste à faire. Investir dans l'établissement de protocoles de transfert standardisés aux partenaires afin de s'assurer que les communautés sont servies le plus adéquatement possible après le départ du PUC. Cela comprend une cartographie claire des acteurs qui peuvent reprendre certaines activités après le départ du PUC et une communication plus fine, y compris sur les activités que le PUC a terminées avant de clôturer une intervention. Les leçons apprises, les défis et les bonnes pratiques devraient également être davantage partagés afin d'optimiser les activités des acteurs qui restent après l'intervention de 2-3 mois du PUC.

***Continuer sur la lancée de davantage d'engagement avec le BALI afin d'améliorer les efforts de plaidoyer pour le PUC :*** Le PUC devrait privilégier les occasions de s'engager avec le BALI et d'être physiquement présent lors des discussions de plaidoyer avec le gouvernement. La clarification de certains rôles et protocoles de communication entre le PUC, BALI et le MSPP pourrait clarifier les paramètres de leurs responsabilités de travail et améliorer encore les relations. Cela pourrait également garantir que l'expertise technique du PUC soit davantage prise en compte dans les discussions au niveau national et pourrait éclairer le renforcement des systèmes de santé et le plaidoyer en faveur de la préparation aux situations d'urgence au niveau national, ce qui pourrait soutenir la prévention des épidémies et des crises.

## ANNEXE 1 : Termes de Référence

Médecins Sans Frontières (MSF) est une organisation humanitaire médicale internationale déterminée à apporter des soins médicaux de qualité aux personnes en crise dans le monde entier, au moment et à l'endroit où elles en ont besoin, indépendamment de leur religion, de leur origine ethnique ou de leurs opinions politiques. Nos principes fondamentaux sont la neutralité, l'impartialité, l'indépendance, l'éthique médicale, le témoignage et la responsabilité.

L'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU), basée en Suède, est l'une des trois unités de MSF chargées de gérer et d'orienter les évaluations des projets opérationnels de MSF, et travaille principalement avec le Centre opérationnel de Bruxelles. Pour plus d'informations, consultez notre site Web [evaluation.msf.org](http://evaluation.msf.org).

La promotion d'une culture d'évaluation est une priorité stratégique pour la responsabilisation, la recherche d'améliorations continues et l'apprentissage organisationnel. MSF n'évalue pas uniquement en fonction d'exigences externes, par exemple celles liées aux donateurs. Les présents ToR doivent être considérés comme un point de départ pour le processus d'évaluation. Le(s) évaluateur(s) sont invités à les challenger et à suggérer par exemple des perspectives différentes ou supplémentaires, s'ils le jugent opportun lors de la phase de démarrage. Le processus d'évaluation doit s'appuyer sur une méthodologie solide pour obtenir des résultats crédibles et doit également s'assurer de mettre les valeurs et l'utilisation à l'avant-plan. L'évaluation doit impliquer et inclure différents acteurs et homologues de manière adéquate tout au long du processus.

### CONTEXTE

---

L'objectif du Pool d'Urgence Congo (PUC), tel qu'il est formulé dans la documentation de projet, est de réduire la mortalité et la morbidité parmi les populations touchées par les urgences médicales et humanitaires dans les 15 provinces couvertes par le PUC.<sup>14</sup> Le PUC se compose de 2 piliers : 1) la surveillance et la détection précoce des urgences, et 2) l'intervention d'urgence.<sup>15</sup> Le PUC peut lancer une réponse à huit scénarios clés : choléra ; rougeole ; MPox ; fièvre hémorragique virale ; fièvre jaune; typhoïde; grand nombre de victimes et crises humanitaires.<sup>16</sup> D'autres scénarios sont également possibles, mais ne font pas partie des principaux. La nature du PUC est d'agir lorsqu'aucun autre acteur médical ou humanitaire n'est présent ou n'a pas la capacité d'intervenir efficacement.

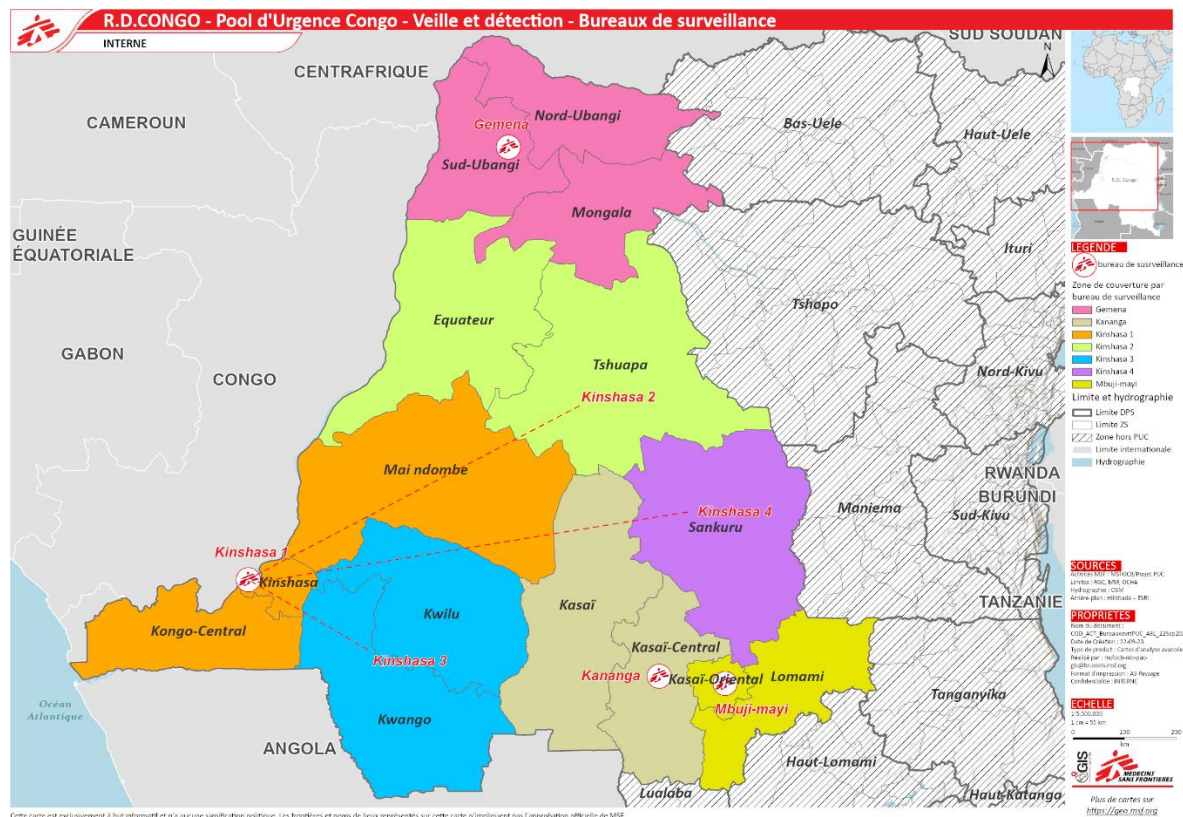
#### **Carte des avant-postes et provinces de surveillance (15) couverts par le PUC :**

---

<sup>14</sup> « La mortalité et la morbidité des populations affectées par les urgences médicales et humanitaires dans les 15 provinces où le PUC intervient sont réduites » (Cadre logique, 2025)

<sup>15</sup> Document de projet 2020

<sup>16</sup> Récit stratégique 2025



Depuis sa création il y a 29 ans, le PUC a connu plusieurs changements. Au cours des dernières années, une évaluation externe menée en 2013<sup>17</sup> a conduit à certains ajustements structurels. En 2019, le PUC a subi d'importants changements pour régler un certain nombre de problèmes relevés, tels que le manque de réactivité et de souplesse, la lenteur de la gestion des urgences et le manque de détection précoce des urgences. La restructuration s'est articulée autour de trois piliers principaux : restructuration des ressources humaines ; révision des scénarios et du mode de fonctionnement ; examen de la surveillance et de la détection.

La vision de la restructuration a été énoncée dans le Plan d'action de 2019 : *"Le but de ce plan d'action est de redonner au PUC la capacité de revenir à l'essentiel sans pour autant revenir en arrière. Un PUC qui redevient réactif, qui soit capable de prendre des décisions rapidement, basées sur une détection précoce tant au niveau épidémique qu'au niveau contexte humanitaire. Un PUC qui soit capable de faire des évaluations rapides dans le but de confirmer et décrire les situations. Un PUC qui soit capable de faire des interventions pertinentes et adaptées au contexte avec des budgets et des organigrammes raisonnables. Des RH capables de faire des stratégies, de suivre leur budget et d'être force de proposition. Et enfin une coordination PUC qui ait pour rôle de donner du support au terrain, de faire*

<sup>17</sup> Évaluation pilotée par l'Unité d'Évaluation de Stockholm, Évaluation [du Projet « Pool d'Urgence Congo », MSFOCB, RDC \(FR\) | Groupe d'évaluation intersectionnelle de MSF](#)

*effet miroir et non de faire à la place ou d'imposer au terrain.*<sup>18</sup> Les résultats de cette restructuration n'ont pas encore été évalués.

#### Faits saillants PUC 2024 :

- Effectif total : 85 agents permanents et 262 réservistes
- Budget : 7,8 millions d'euros (4 millions pour les urgences et 3,6 millions pour les coûts opérationnels)
- Huit activités d'enquête (« explorations »)

N°	Typologie	Zone de santé	Province
1	Choléra	Mushenge	Kasai
2	Rougeole et variole simienne	Lotumbe	Equateur
3	La variole simienne	Budjala, Bulu	Sud-Ubangi
4	Catastrophe naturelle	Kananga, Ndesha	Kasaï Oriental
5	La variole simienne	Monkoto, Lingomo et Ikela	Tshuapa
6	Rougeole	Ntongo	Equateur
7	Rougeole	Lisala	Mongale
8	La variole simienne	Bokungu	Tshuapa

- Onze évaluations

N°	Typologie	Zone de santé	Province
1	Rougeole et variole simienne	Lotumbe	Equateur
2	Rougeole	Ingende	Equateur
3	Déplacement	Kwamouth	Mai-Ndombe
4	La variole simienne	Bikoro	Equateur
5	Rougeole	Katako-Kombe	Sankuru
6	Rougeole	Bolomba	Equateur
7	Rougeole	Bokungu	Tshuapa
8	La variole simienne	Pimu	Mongale
9	Rougeole et variole simienne	Iboko	Equateur
10	Rougeole	Bolomba	Equateur
11	Rougeole	Bikoro	Equateur

- Dix interventions d'urgence

Ci-dessous les types de réponses et le nombre de patients

<sup>18</sup> Plan d'action 2019



preuve qui peuvent appuyer des réajustements du fonctionnement ou confirmer que le fonctionnement actuel est adapté à l'objectif.

La période d'évaluation s'étend de la restructuration de 2019 à aujourd'hui.

L'évaluation contribuera aux discussions lors de l'examen annuel des opérations en 2025 et, par conséquent, le rapport final devrait être terminé d'ici juillet 2025 afin d'être utile à cet égard.

## APPROCHE D'ÉVALUATION

---

L'approche d'évaluation suggérée doit être considérée comme un point de départ pour le travail d'évaluation. Les évaluateurs sont encouragés à apporter leurs propres réflexions et à confirmer ou revoir l'approche.

1. **De manière participative<sup>19</sup>,**
  1. **Confirmer ou développer la théorie du changement du PUC<sup>20</sup>** afin de générer une compréhension et une appropriation partagées ;
  2. **Définir ce qu'est la « pertinence » pour le PUC.**
  
2. **À l'aide des résultats de l'étape 1, évaluer :**
  1. Dans quelle mesure le PUC réussit-il aujourd'hui à atteindre son objectif ?
  2. Est-il toujours pertinent ? (y compris, mais sans s'y limiter : pertinence par rapport au contexte, aux besoins, la raison d'être des décisions d'intervention, les principes de MSF, etc.)
  3. Quels sont les principaux catalyseurs et contraintes ?

On s'attend à ce que les questions et les critères d'évaluation précis soient dégagés à la suite de l'étape 1.

## LIVRABLES ATTENDUS

---

**Les livrables finaux doivent être produits en anglais, mais étant donné que les principaux utilisateurs et publics de l'évaluation sont les PUC, ils seront traduits en français par le SEU.**

### 1. Théorie du changement

---

<sup>19</sup> Une approche participative garantirait une compréhension partagée, la confiance et l'appropriation, ainsi qu'un processus et des résultats utiles. Un groupe plus large de participants pourrait être identifié pour dialoguer avec les évaluateurs, idéalement en personne, en particulier dans cette première étape.

<sup>20</sup> Le PUC dispose d'un cadre logique mis à jour en 2024, mais n'a pas élaboré sa théorie de programme ou sa théorie du changement.

À la suite d'un processus participatif, présentez la théorie du changement du PUC et quelle est sa pertinence.

## 2. Rapport initial

Sur la base de la première étape, confirmez les questions d'évaluation et proposez une proposition d'évaluation détaillée pour y répondre, y compris la méthodologie.

*Public principal : commissaire et groupe de consultation pour l'évaluation – version abrégée pour les participants à l'évaluation / à des fins de communication.*

## 3. Session(s) de validation

Au moins une, plus au besoin, séances de travail avec le commissaire et le groupe de consultation pour l'évaluation. Un échantillon de participants à l'évaluation pourrait également être inclus. Dans le cadre du processus visant à aboutir aux constatations, ces séances visent à créer un espace de discussion vers une compréhension commune des constatations, à faciliter les discussions sur les leçons apprises, à co-crée des recommandations et à améliorer l'utilisation des évaluations.

## 4. Ébauche et rapport final d'évaluation

Selon les normes SEU. Il répondra aux questions d'évaluation et comprendra des conclusions, des leçons apprises et des recommandations, en tenant compte des commentaires reçus lors des séances de validation et de la boucle de rétroaction écrite.

## 5. D'autres livrables peuvent être suggérés par le(s) évaluateur(s) et/ou discutés avec la SEU et les parties prenantes de l'évaluation au cours du processus d'évaluation.

## OUTILS ET MÉTHODOLOGIE PROPOSÉS

En plus de la proposition d'évaluation initiale soumise dans le cadre de la demande (voir le chapitre sur les exigences), un protocole d'évaluation détaillé doit être préparé par les évaluateurs au cours de la phase de démarrage. Il comprendra une explication détaillée des méthodes proposées et de leur justification sur la base d'une ou plusieurs théories validées. Il sera examiné et validé dans le cadre de la phase de démarrage, en coordination avec le SEU.

## MISE EN ŒUVRE PRATIQUE DE L'ÉVALUATION

Nombre d'évaluateurs	À proposer par le(s) candidat(s), suggestion 2
Moment de l'évaluation	Février-Juin 2025 On s'attend à ce que l'évaluation nécessite au moins une visite en RDC, peut-être plus. Les suggestions à faire dans le cadre de la proposition soumise, et à discuter et à confirmer avec l'UES et les parties prenantes de l'évaluation.

## PROFIL/EXIGENCES POUR LE(S) ÉVALUATEUR(S)

---

▪ **Exigences:**

- Compétences avérées en évaluation, y compris une expérience avérée dans la direction et l'animation de processus d'évaluation participative.
- Compétences avérées dans la conception et la mise en œuvre de projets humanitaires.
- Compétences avérées dans la conception et l'évaluation de théorie de programme (logique de projet/théorie du changement)
- Compétences et expérience en gestion et en leadership.
- Exigences linguistiques : Anglais et français (courant)

▪ **Atouts:**

- Expérience dans l'intervention médicale d'urgence humanitaire.
- Expérience et/ou compréhension de MSF.
- Expérience en RDC et/ou compréhension du contexte RDC.

## ANNEXE 2 : REVUE DOCUMENTAIRE

**Les documents examinés dans le cadre de l'examen documentaire comprennent :**

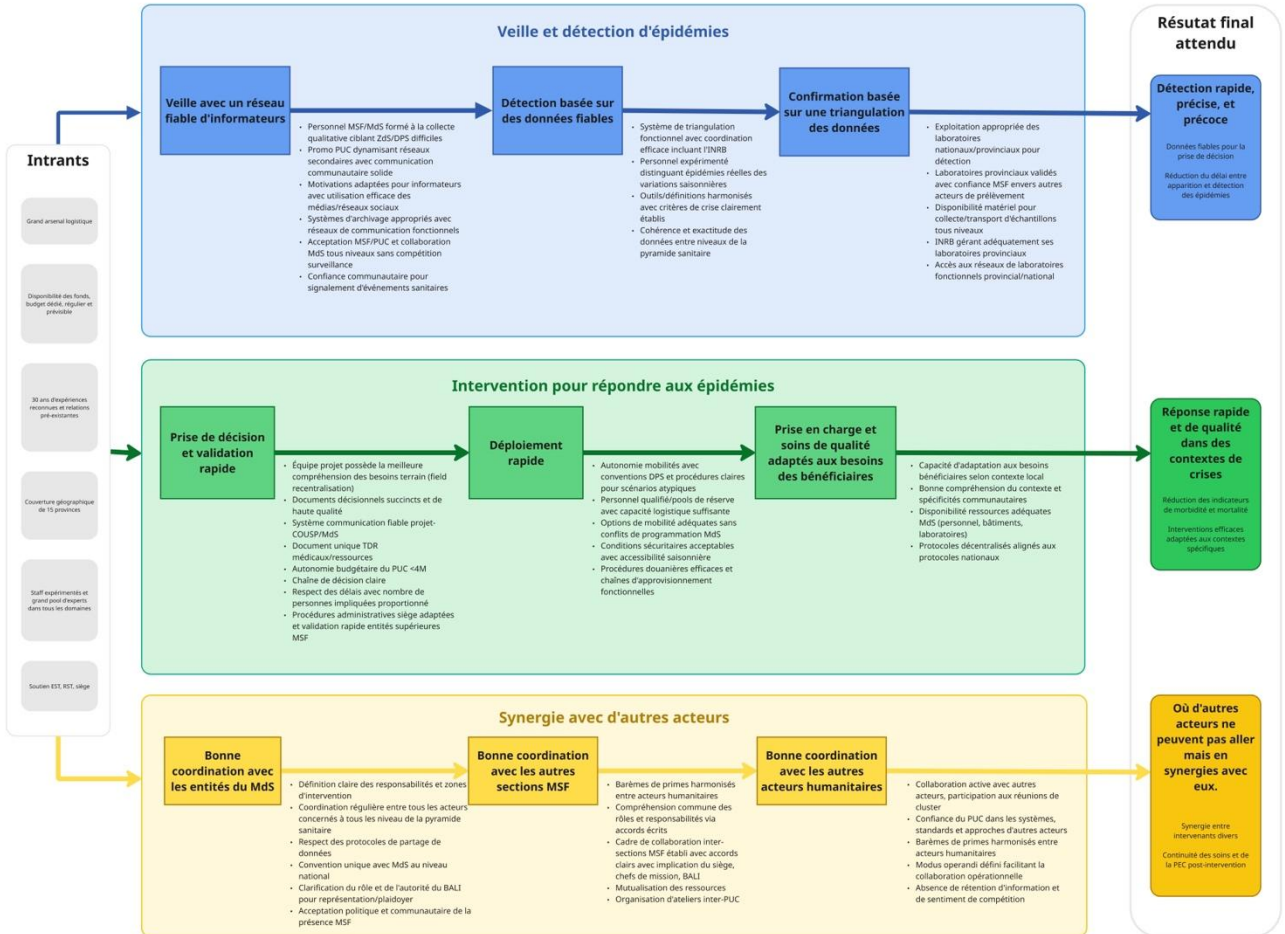
- Narratif OPS-ProjetPUC\_CDR\_OCB\_Sep-2022\_FR.docx
- Organigramme\_PUC\_RDC\_OCB\_202405\_FR.xlsx
- Présentation\_PUC\_MYARO-2025\_RDC\_OCB\_20241014\_FR.pptx
- Tout le personnel Briefing et di-Meeting Recording.mp4
- Évaluation Report\_MSFOCB\_PUC\_DRC\_2013\_FRE\_FINAL\_INCL\_ANNEXES.pdf
- EVL\_2025\_PUC\_briefing\_AllStaff\_Dec18.pdf
- EVL\_2025\_PUCEV\_SCO\_ScopingQuestions\_notes.docx
- Copie de Données Inter-Eval-Explo.xlsx
- Document\_Projet\_PUC\_2000.doc
- MAP\_COD\_ACT\_BureauxovrtPUC\_A3L\_22Sep2023.png
- MAP\_COD\_ACT\_PUCEvals-Inters2024\_A4L\_27Décembre2024.png
- Organigramme PUC ARO 25\_staff permanents.xlsx
- Plan d'action PUC\_2019\_FINAL.doc
- VF\_Cadre logique PUC 25.xlsx
- VF\_nettoyee\_Narratif\_stratégique\_Med\_Ops\_ARO\_PUC 2025.docx
- Procédures Réponses PUC Révisée\_Mai\_2024.docx
- Document\_Projet\_PUC\_2020.doc
- PUC-Cadre Logique\_2024\_T4.xlsx
- VF\_PUC\_Rapport Annuel 2024\_26\_02\_2025.docx
- 2025\_Présentation PUC (photos).pptx
- VIRAPPORT FINAL\_INTER\_ROUGEOLE-MPOX IBOKO
- TDR + Rapport Eval\_Rougeole\_ZS-KATAKO KOKOMBE
- Table de Validation Terrain Dec 2024.pdf
- Table d'octroi d'avance terrain Dec 2024.pdf
- Table d'octroi d'avance Coordo PUC Dec 2024.pdf
- Standards opérationnels utilisés par la Veille et détection
- SitRep\_InterRGL\_Katako\_S26.xlsx
- Sitrep\_2025\_Bureau\_kin II\_S19.xlsx
- Seuils PUC\_2020\_A3.docx
- Septembre\_TDR intervention stratégique -RGL ZS Bokungu
- Septembre\_TDR ROUGEOLE\_ZS IBOKO\_FINAL.docx
- RAPPORT HP FIN-INTER FT. ZS LUSAMBO 2025.docx
- Rapport Eval\_RGL Iboko docx VF.docx
- Procédures Réponses PUC 2023\_VF\_29062023 (002).pdf
- Octobre\_TdR Ressources\_InterRGL\_ZS BIKORO.docx
- Novembre\_TDR\_intervention -MPOX ZS Bokungu-DPS T
- Juin\_TDR\_Unique\_Inter Katakokombe.docx
- Février\_TDR\_Intervention\_Lotumbe.docx

- Avril\_TDR RESSOURCES INTER ZS\_INGENDE-DPS EQUATEUR
- Analyse coût Int 2024.xlsx
- Alertes\_PUC\_2020-2024.pdf
- 20250216\_TdRs STRATÉGIQUES \_INTER FT \_ZS LUSAMBO
- Conseils de 20250114\_RIOD Framework\_MSF fonctionnement
- 20190228\_Rapport finale d'Intervention - IDPs Yumbi 2
- 2022\_06 Table de validation.pdf

# ANNEXE 3 : THÉORIE DU CHANGEMENT

## Théorie de changement pour un bon PUC pertinent et efficace

**Contexte / Problème :** Les avis sont partagés sur le mode de fonctionnement et la pertinence du PUC aujourd'hui à répondre à des crises sanitaires et humanitaires nécessitant une réponse rapide et efficace



## ANNEXE 4 : GRILLE DE VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

La grille ci-dessous présente toutes les hypothèses qui ont été élaborées lors de l'atelier sur la théorie du changement et qui ont été testées au cours de l'évaluation.

Niveau de changement	Hypothèses et risques	Tient	Maintient partiellement	Ne tient pas	Pas assez de données
Veille	Les ZdS et DPS à difficulté sont identifiés et ciblés dans les formations				x
Veille	Formation adéquate du personnel MSF et MSPP pour assurer une collecte de données de qualité		x		
Veille	Un contact régulier en personne avec les communautés	x			
Veille	Une Promo PUC qui dynamise les réseaux secondaires	x			
Veille	Collaboration solide avec les leaders communautaires et d'autres parties prenantes pour renforcer le réseau de détection secondaire	x			
Veille	Des motivations (financières ou pas) adéquates pour mobiliser les informateurs			x	
Veille	Utilisation efficace des médias et des réseaux sociaux pour le suivi des rumeurs				x
Veille	Disponibilité de systèmes d'archivage et de capitalisation appropriés			x	
Veille	Existence de réseaux de communication fonctionnels (téléphones, internet) pour le partage d'informations		x		
Veille	Collaboration efficace et positive avec le MSPP au niveau des ZdS, DPS, et national où les superviseurs DPS et des ZdS sont impliqués dans la V&D		x		
Veille	Pas de compétition avec d'autres acteurs dans leur mandat de surveillance	x			
Veille	Confiance suffisante des communautés pour signaler les événements sanitaires		x		

Veille	Acceptation de MSF et du PUC par les autorités locales et les responsables sanitaires	x			
Veille	Un turnover élevé des superviseurs qui assurent la formation et la supervision de la collecte des données				x
Veille	Rétention d'informations par d'autres acteurs ou autorités	x			
Veille	Manque de confiance de la communauté envers les équipes de surveillance ou demande de motivations financières		x		
Veille	Présence de biais dans la collecte des données (intérêts politiques, économiques)				x
Veille	Compétition avec d'autres sections MSF pour les mêmes informations				x
Veille	Accusation d'espionnage et autres, particulièrement dans des crises humanitaires				x
Veille	Rumeurs et infodémies	x			
Détection	Existence et bon fonctionnement d'un système de triangulation des informations	x			
Détection	Présence de personnel expérimenté capable de distinguer les véritables épidémies des variations saisonnières normales	x			
Détection	Bonne coordination et harmonisation avec d'autres acteurs, y compris l'INRB, pour une triangulation	x			
Détection	Définitions, cas, et outils de détection harmonisés avec d'autres acteurs	x			
Détection	Les critères et scénarios pour des crises sanitaires et humanitaires sont bien définis et compris		x		
Détection	Insuffisance des outils de collecte de données			x	
Détection	Faible capacité à analyser les données de surveillance correctement et personnel insuffisamment expérimenté pour analyser les signaux épidémiologiques			x	
Détection	Cohérence et exactitude des données partagées entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire	x			
Détection	Le système de V&D du PUC est complémentaire aux autres systèmes de veille, et non pas parallèle.	x			

Détection	Le cycle de collecte des données est efficace et rapide. (autonomisé, archivé, analysé)	x			
Confirmation	Exploitation appropriée des laboratoires nationaux et provinciaux pour les tests de détection et confirmation	x			
Confirmation	Tous les laboratoires provinciaux sont validés pour la détection			x	
Confirmation	MSF fait confiance aux autres acteurs de prélèvement			x	
Confirmation	Disponibilité du matériel pour la collecte et le transport des échantillons au niveau des communautés et dans les laboratoires provinciaux			x	
Confirmation	L'INRB gère adéquatement ses laboratoires provinciaux			x	
Confirmation	Accès à des réseaux de laboratoires fonctionnels et bien équipés aux niveaux provincial et national			x	
Confirmation	Le matériel de prélèvement et les moyens de transports sont disponibles			x	
Confirmation	Pas de délais excessifs pour obtenir les résultats des laboratoires	x			
Prise de décision	Le PUC possède la meilleure compréhension des besoins sur terrain (field recentralisation)	x			
Prise de décision	Les docs nécessaires pour la prise de décision sont succincts, de qualité, centrés sur les infos essentielles			x	
Prise de décision	Disponibilité d'un seul document TdR, centralisé sur la stratégie med			x	
Prise de décision	Automnie budgétaire complète en dessous des 4M alloués			x	
Prise de décision	Un système de communication et de coordination fiable et rapide existe entre le projet et le COUSP/MSPP	x			
Prise de décision	Leadership PUC possède une analyse critique pour mieux adapter les interventions et aller au-delà de la routine pour plus d'innovation / allant au-delà de la routine		x		
Prise de décision	Interprétation homogène des procédures			x	
Prise de décision	Chaine de décision claire et reflète des approches similaires à d'autres projets			x	

Prise de décision	Nbr de personnes dans la prise de décision est adaptée et proportionnée au type de réponse			x	
Prise de décision	Procédure admin au niveau du siège sont adaptées à la nature du projet			x	
Prise de décision	Validation rapide des entités MSF au niveau supérieur (ESP, RST, siège)			x	
Prise de décision	Toutes les personnes dans la chaîne de décision respectent les délais.			x	
Prise de décision	Pas de pression externe sur le PUC pour intervenir dans certains cas « high profile »				x
Prise de décision	Pas d'interférence du siège dans des décisions opérationnelles		x		
Déploiement	Autonomie en termes de mobilités		x		
Déploiement	Conventions signées avec les DPS	x			
Déploiement	Procédures et systèmes clairs existent pour répondre à des scénarios inattendus ou atypiques			x	
Déploiement	Disponibilité du personnel permanent qualifié et pools de réserve compétent			x	
Déploiement	Capacité logistique suffisante	x			
Déploiement	Capacité opérationnelle limitée (2 interventions, 1 éval)	x			
Déploiement	Ruptures de stocks des intrants essentiels		x		
Déploiement	Options de mobilités suffisantes			x	
Déploiement	Absence de conflits de programmation		x		
Déploiement	Conditions de sécurité acceptables dans les zones d'intervention	x			
Déploiement	Procédures douanières efficaces pour l'importation de fournitures essentielles			x	
Déploiement	Chaînes d'approvisionnement fonctionnelles pour les matériels médicaux et logistiques	x			
Déploiement	Instabilité politique et sécuritaire affecte d'autres partenaires et fournisseurs	x			
Déploiement	Dépendance à un seul transporteur aérien pour le fret	x			

Déploiement	Le PUC capitalise sur les leçons apprises des interventions précédentes et ajuste progressivement ses approches			x	
PEC	Capacité d'adaptation aux besoins des bnf selon le contexte	x			
PEC	Bonne compréhension du contexte et des spécificités de la communauté locale dans les zones	x			
PEC	Personnel suffisamment qualifié pour les scénarios comme les crises humanitaires			x	
PEC	Disponibilités des ressources adéquates au niveau du MSPP		x		
PEC	Protocoles décentralisés s'alignent aux protocoles nationaux				x
PEC	Pas de chevauchement des activités du MSPP		x		
MSPP	Définition claire des responsabilités et des zones d'intervention		x		
MSPP	Tenue régulière de réunions de coordination		x		
MSPP	Existence et création de protocoles de partage de données			x	
MSPP	Convention unique du PUC avec le MSPP au niveau national		x		
MSPP	Clarté concernant le rôle du BALI et l'autorité de la représentation		x		
MSPP	BALI fait le plaidoyer pour les priorités du PUC			x	
MSPP	Acceptation sociale et politique de la présence de MSF	x			
MSPP	Impact de certaines personnalités qui affectent le MSPP				x
MSPP	Confusion entre les différents mandats des sections MSF dans le pays				x
CO MSF	Barème de primes harmonisé			x	
CO MSF	Compréhension commune des rôles et responsabilités basée sur des accords écrits			x	
CO MSF	Volonté des autres OC de collaborer et partager les ressources		x		

CO MSF	Accords clairs au niveau des sièges concernant les cadres de collaboration			x	
CO MSF	Implication des décideurs de haut niveau (siège, chefs de mission, BALI) dans le développement des accords de collaboration			x	
CO MSF	Modus operandi de chaque OC permet la collaboration			x	
CO MSF	Absence de sentiment de compétition entre acteurs			x	
CO MSF	Atelier inter-PUC organisés			x	
Autres acteurs	Les sitreps et données du PUC sont partagées et utilisées par les autres acteurs	x			
Autres acteurs	Volonté de collaborer avec d'autres acteurs			x	
Autres acteurs	PUC a confiance dans le système, les standards, et approches des autres			x	
Autres acteurs	Volonté de participer aux réunions de cluster et systèmes de coordination			x	
Autres acteurs	Barème de prime harmonisés		x		
Autres acteurs	Modus operandi de chaque acteur permet la collaboration			x	
Autres acteurs	Absence de rétention d'information				x
Autres acteurs	Absence de sentiment de compétition entre acteurs			x	
Autres acteurs	Divergences sur les approches aux crises				x
Autre	Le financement international de réponse aux crises pour les acteurs qui complètent le travail du PUC ne diminuent pas.			x	
Autre	Le financement et les ressources de MSF pour le PUC ne diminuent pas.		x		
Autre	Les ressources du MSPP pour la réponse aux crises ne diminuent pas.	x			
Autre	** Absence d'hypothèse autour de la durabilité ! **				x
Autre	** Il n'y a pas de supposition autour de la défense des droits ! **				x
Autres acteurs	Le PUC n'est pas tout simplement un service provider mais a de la plus value / cost benefit.		x		

## ANNEXE 5 : CRITÈRES RELATIFS À LA FORCE DE LA PREUVE

L'approche suivante a été utilisée au cours du processus d'analyse des données pour déterminer la force de la preuve à l'appui de chaque constatation :

Niveau SoE	Description	Critères respectés	Exemple de constatation
<b>Haut</b>	Solidement étayé par de multiples sources de données et cohérent entre les groupes d'intervenants qui ont un aperçu de l'activité spécifique et des processus de la PUC.	Triangulé entre $\geq 3$ sources (par exemple, entretiens, FGD, documents) et parties prenantes ; Faible risque de biais.	« La PUC détecte systématiquement les épidémies de rougeole plus rapidement que les autres acteurs, comme l'ont confirmé le MSPP, le personnel et les partenaires. »
<b>Modéré</b>	Soutenu par plusieurs sources, bien qu'avec quelques variations ou des lacunes mineures, ou soutenu par plusieurs sources qui ont une connaissance limitée des processus et du mode de fonctionnement de la PUC.	Au moins 2 sources indépendantes et parties prenantes ; quelques contradictions de perspectives ou des lacunes partielles dans les données.	« Il y a coordination entre la PUC et les équipes de la zone de santé, mais la clarté des rôles varie d'une province à l'autre. »
<b>Limité</b>	Basé sur quelques sources ou principalement d'un groupe d'intervenants ou de plusieurs intervenants de différents groupes, mais avec une connaissance limitée des PUC	Une source de données principale ou des perspectives non corroborées avec une forte subjectivité ou une spécificité contextuelle.	« Le personnel signale des améliorations dans la gestion financière, bien qu'il n'y ait pas de validation externe de la part du personnel à l'extérieur de la PUC. »
<b>Anecdotique</b>	Basé sur des comptes aberrants ; non validé ailleurs.	Source unique sans corroboration entre les parties prenantes ou les types de données.	« Un membre de l'équipe a noté que les épidémies ne reviendraient pas dans les mêmes régions cinq ans après une intervention de la PUC. »
<b>Aucune preuve</b>	Il n'y a pas de preuves suffisantes ou appropriées pour étayer une évaluation hypothétique, et les données n'étaient pas concluantes.	Il n'y a aucune base pour tirer des conclusions.	« L'évaluation n'a pas été en mesure d'évaluer cette hypothèse en raison de données manquantes. »

## ANNEXE 6 : SOURCES DE DONNÉES ET OUTILS UTILISÉS POUR LA COLLECTE DES DONNÉES PRIMAIRES

Le tableau ci-dessous présente les principales sources de données utilisées dans cette évaluation :

Outil	Type de répondant	Thèmes examinés
Sondage en ligne	Personnel permanent de la PUC et personnel de la Piscine de Réserve (PdR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positionnement de la PUC pour la réponse aux crises sanitaires/épidémiques et aux crises humanitaires</li> <li>• Système de surveillance et de détection</li> <li>• Capacité opérationnelle et seuils d'alerte</li> <li>• Partage des données avec des acteurs externes</li> <li>• Complémentarité avec d'autres systèmes de surveillance</li> <li>• Processus décisionnels internes</li> <li>• Défis affectant les interventions de la PUC</li> <li>• Autonomie opérationnelle et contraintes logistiques</li> <li>• La structure des Ressources Humaines (RH), y compris le système de mobilisation des PdR</li> <li>• Collaboration avec les autorités sanitaires, les entités de l'ONU, d'autres ONG et avec d'autres entités de MSF</li> <li>• Leadership de l'OCB de MSF</li> <li>• Plaidoyer au niveau national</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>
FGD avec personnel PdR	Personnel PdR qui figure actuellement sur la liste de la PUC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle et expérience des participants aux interventions de la PUC</li> <li>• Mobilisation du personnel et des ressources</li> <li>• Formation dispensée par MSF</li> <li>• Processus de mobilisation</li> <li>• Principaux défis pour la PdR</li> <li>• Adéquation des ressources des équipes d'intervention</li> <li>• Approche PUC basée sur les besoins d'urgence</li> <li>• Défis affectant les interventions de la PUC</li> <li>• Rapidité et qualité de réponse</li> <li>• Engagement communautaire</li> <li>• Coordination avec les autorités sanitaires locales et les autres acteurs humanitaires</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>
KII avec personnel permanent de la PUC	Personnel de la PUC sous contrat actif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins sanitaires/humanitaires actuels en RDC</li> <li>• Modus operandi de la PUC pour les épidémies et les urgences humanitaires</li> <li>• Perceptions des défis auxquels fait face la PUC</li> <li>• La structure V&amp;D</li> <li>• Le processus d'intervention</li> <li>• Processus de validation et de prise de décision</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure RH incluant la mobilisation des PdR</li> <li>• Collaboration avec les autorités sanitaires, les entités de l'ONU, d'autres ONG et avec d'autres entités de MSF</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>
KII avec le personnel de soutien de MSF	Autres membres du personnel interne de MSF, y compris aux niveaux de l'OCB, de l'ESP, de l'RST et du siège	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoins sanitaires/humanitaires actuels en RDC</li> <li>• Modus operandi de la PUC pour les épidémies et les urgences humanitaires</li> <li>• Perceptions des défis auxquels fait face la PUC</li> <li>• La structure V&amp;D</li> <li>• Le processus d'intervention</li> <li>• Processus de validation et de prise de décision</li> <li>• La structure des ressources humaines, y compris la mobilisation des PdR</li> <li>• Collaboration avec les autorités sanitaires, les entités de l'ONU, d'autres ONG et avec d'autres entités de MSF</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>
KII avec des acteurs externes	Partenaires en RDC qui collaborent avec la PUC, y compris les ONG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle de la PUC dans les interventions d'urgence</li> <li>• Perceptions de l'efficacité de la PUC</li> <li>• Forces et faiblesses du modus operandi de la PUC</li> <li>• Expérience de collaboration avec la PUC</li> <li>• Échange d'information et de données avec la PUC</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>
KII avec les autorités de santé	Fonctionnaires du MSPP ayant une expérience directe de la PUC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle de la PUC dans les interventions d'urgence</li> <li>• Perceptions de l'efficacité de la PUC</li> <li>• Forces et faiblesses du modus operandi de la PUC</li> <li>• Complémentarité avec les systèmes nationaux existants</li> <li>• Échange d'information et de données avec la PUC</li> <li>• Expérience de collaboration avec la PUC</li> <li>• Suggestions d'amélioration</li> </ul>

**Stockholm Evaluation Unit**  
<http://evaluation.msf.org/>  
**Médecins Sans Frontières**