



Hayat, cinq mois, du district d'Haradh, gouvernorat d'Hajjah. Photo : Ameen Al-Ghaberi

YÉMEN : LA CATASTROPHE DU CHOLÉRA

Depuis la fin du mois d'avril 2017, le Yémen connaît son pire foyer de cas présumés de choléra en l'espace d'une seule année. À la mi-août, plus de 500 000 cas avaient été enregistrés. Plus de deux ans de guerre ont dévasté une grande partie des infrastructures du Yémen, laissant la majorité de la population dépourvue de services de base, qu'il s'agisse d'eau potable ou de denrées suffisantes. Les niveaux d'insécurité alimentaire et de malnutrition sont élevés, ce qui ne fait qu'accroître la vulnérabilité et la sensibilité des populations aux maladies. Les gouvernorats fortement atteints par l'insécurité alimentaire sont parmi les plus touchés par le choléra. Cela fait presque un an que les salaires de la fonction publique ne sont pas payés, ce qui ne fait que restreindre d'autant plus l'accès au secteur de la santé, du moins à ce qui en subsiste.

L'actuelle saison des pluies risque d'aggraver la propagation du choléra et les conditions sont propices à l'apparition d'autres types d'épidémies, comme en atteste la hausse récente de cas de méningite. Or jusqu'à présent, tous les efforts pour endiguer les multiples foyers de crises ont été vains. Il va donc falloir s'efforcer par tous les moyens de mettre sur pied une intervention coordonnée, qui tienne compte des corrélations qui existent entre l'insécurité alimentaire, les maladies et le besoin de moyens de subsistance, afin de renforcer la résilience des populations à des chocs futurs. Une très forte mise à l'échelle s'impose de toute urgence dans tous les secteurs d'intervention et il est indispensable de préserver l'infrastructure institutionnelle pour veiller à la distribution de services ne serait-ce que de base. Ceci dit, au bout du compte, ce n'est que dans un contexte de paix, et non de guerre, qu'il sera possible de s'attaquer réellement aux crises qui s'abattent sur le Yémen.

1 CONFLIT : TERREAU DE LA FAIM ET DES MALADIES

Depuis la fin avril 2017, l'épidémie de diarrhée aqueuse aiguë et de choléra s'est propagée dans l'ensemble du Yémen et a connu une hausse quotidienne particulièrement rapide en juin et au début de juillet. Entre le 27 avril et le 14 août, 503 484 cas présumés de diarrhée aqueuse aiguë et de choléra et 1 975 décès associés ont été signalés¹. Sur les 22 gouvernorats du Yémen, 21 sont touchés², le plus grand nombre de victimes se trouvant dans ceux d'Amanat al-Aziz (ville de Sanaa), d'Hodeidah, d'Hajjah, d'Amran et d'Ibb, où plus de la moitié des cas signalés depuis avril ont été constatés. Malgré un repli du taux d'infection à partir de la mi-juillet, il est fort possible qu'il s'envole de nouveau avec la venue du deuxième volet de la saison des pluies en août et septembre. Pourtant, si pour l'heure l'épidémie de diarrhée aqueuse aiguë et de choléra est le problème prévalent avec lequel les Yéménites sont aux prises, elle ne relève pas pour autant d'une crise isolée. Plusieurs facteurs, qui s'inscrivent en conséquence directe des effets de la guerre, ont contribué à l'épidémie de choléra ou ont entravé la lutte efficace contre la maladie.

Après plus de deux ans de guerre, de grands pans des infrastructures du pays ont été détruits, le secteur public est au bord de la faillite et 60 % de la population manque de nourriture³. Des périodes prolongées d'insécurité alimentaire et de malnutrition ont rendu les populations vulnérables aux maladies, surtout les personnes âgées, les enfants et les femmes enceintes et allaitantes. Les gouvernorats d'Hajjah et d'Hodeidah se trouvent ainsi en phase 4 du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), qui mesure les niveaux d'insécurité alimentaire dans les pays en crise. Les gouvernorats en phase 4 affichent des niveaux extrêmement aigus d'insécurité alimentaire, qui relèvent d'une situation d'urgence⁴. Hajjah et Hodeidah figurent aussi parmi les trois gouvernorats comptant le plus grand nombre de cas présumés de choléra⁵.

Alors que les infrastructures du pays sont partiellement détruites et face à la crise des salaires impayés au sein de la fonction publique, les services publics se sont en grande partie effondrés. L'approvisionnement en eau est intermittent, les ordures s'amoncellent dans les rues et les égouts endommagés fuient, autant de facteurs propices à la propagation rapide de maladies telles que le choléra. L'arrêt de la prestation des services dans de nombreux secteurs ne fait qu'entraver davantage la lutte contre l'épidémie de choléra. Moins de la moitié des établissements de soins du Yémen sont pleinement opérationnels⁶. Face à la perte de moyens de subsistance et à l'absence de salaires, une grande partie de la population n'a même pas les moyens de payer les frais de transport pour se rendre dans les centres de traitement du choléra. Les organisations humanitaires ont du mal à atteindre les populations sur le terrain en raison des restrictions imposées aux déplacements et de la pénurie d'approvisionnements, ainsi que du manque de moyens pour répondre au niveau des besoins.

2 L'ACTION D'OXFAM CONTRE LE CHOLÉRA

Oxfam a déployé des activités de prévention du choléra et a intensifié les actions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans l'ensemble du pays, en ciblant les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les communautés d'accueil vivant dans les camps, et en milieu urbain et rural. Plus de 400 000 personnes dans sept gouvernorats ont reçu de l'aide depuis début mai. Oxfam s'est attaché à solliciter la participation des communautés et à former des agents de santé communautaires bénévoles pour comprendre les risques d'épidémie de choléra (les causes, les symptômes et les méthodes de prévention). Des séances de planification et d'action se tiennent avec des représentants communautaires, tels que des enseignants et des imams. Le soutien se présente aussi sous forme d'aide apportée aux autorités chargées de la gestion de la santé, de l'eau et des déchets solides par la fourniture de carburant, de pièces détachées, de groupes électrogènes, de pompes et d'incitations (par ex. le paiement de soldes), ainsi que par la fourniture d'eau et d'établissements de soins dans les centres de traitement du choléra, la distribution d'aquatabs (comprimés de purification d'eau), de jerrycans d'eau, de sels de réhydratation oraux et la désinfection des principales sources d'eau au sein des communautés.

« Grâce aux latrines et à l'eau fournies par Oxfam, nous sommes allégés d'une grande partie de nos fardeaux ! »

Abdulfatah Ghaleb, 37 ans, père de sept enfants vivant dans un camp de personnes déplacées dans le district d'Alhawban, dans le gouvernorat de Taéz.



Point d'eau dans le camp d'Al-Manjorah, à Bani Hassan, dans le district d'Abs, gouvernorat d'Hajjah. Photo : Ahmed Alfadheel.

La lutte contre le choléra est néanmoins entravée par une pénurie constante de fournitures. Les réapprovisionnements se font difficilement, en raison de la fermeture de l'aéroport de Sanaa aux vols commerciaux et de l'absence de toute autre solution de rechange. Avec l'aide du Programme alimentaire mondial (PAM), Oxfam a organisé l'acheminement par avion de 39 tonnes de réservoirs d'eau, de kits de chloration, de canalisations, de points d'eau, de seaux et des kits d'analyse d'eau, destinés à être distribués à ses quatre bureaux de programme dans les gouvernorats d'Hajjah, d'Amran, d'Aden et de Taëz. Treize tonnes supplémentaires de fournitures en provenance du Pakistan et de l'Afrique du Sud étaient encore bloquées à Djibouti au moment de la rédaction de la présente note (14 août 2017). Pourtant, alors que d'autres organisations humanitaires tentent elles aussi d'acheminer des approvisionnements, il manque de place pour les cargaisons et les transports mettent du temps. En plus de cela, il convient d'assurer la « déconfliction » des convois : pour cela, la coalition dirigée par l'Arabie saoudite doit les autoriser afin qu'une frappe aérienne ne vienne pas les prendre pour cibles. Les bureaux d'Oxfam à Hajjah et à Amran ont bien reçu leurs livraisons de fournitures, en revanche ceux de Taëz et à Aden sont toujours confrontés à des obstacles bureaucratiques qui retardent une réponse rapide.

« Je sais ce qu'est le choléra et comment lutter contre, mais quand mon mari est tombé malade, je ne savais pas comment faire pour rester en sécurité avec mon bébé tout en prenant soin de lui. Les agents de santé communautaires bénévoles m'ont suivie et ont discuté avec moi des mesures à prendre. Comme ça, j'ai pu éviter de tomber malade moi aussi. »

Sameera, femme enceinte d'Hajjah.

3 FREINS À LA LUTTE EFFICACE CONTRE LE CHOLÉRA

Malgré les efforts déployés par la communauté humanitaire, plusieurs freins entravent gravement les interventions rapides et efficaces de lutte contre l'épidémie de choléra, et vont même jusqu'à causer des conditions propices à sa propagation.

PAS D'ARGENT, PAS DE SERVICES

Au terme de plus de deux ans de guerre qui ont causé l'effondrement entier de l'économie, près de trois millions de personnes déplacées et l'arrêt de salaires réguliers pour les agents de la fonction publique, des millions de personnes n'ont plus le moindre argent pour subvenir à leurs besoins les plus élémentaires. Bien d'autres qui ne sont pas des agents de la fonction publique ont eux aussi à peine les moyens de faire face aux frais de transport, aux coûts des médicaments et aux honoraires de médecin, et souvent se privent de manger pour les payer. Ils doivent s'en remettre à vendre leurs effets personnels et à s'endetter. Les populations en sont arrivées au stade où souvent elles ne consultent un médecin qu'en dernier recours, bien souvent quand il est déjà trop tard. Les personnes déplacées qui ont perdu leurs moyens de subsistance sont les plus vulnérables. Mohammad Ahmed, un agriculteur de 33 ans de Sadah, doit emmener sa mère à l'hôpital une fois tous les trois mois car elle souffre d'une maladie cardiaque. Il a dû vendre les bijoux de sa femme et sa *djambia* (un poignard yéménite traditionnel avec sa ceinture), et d'autres personnes déplacées lui ont donné de l'argent par compassion. Comme le dit Ahmed, « Je n'ai plus le moindre argent pour payer la prochaine consultation de ma mère, et je ne sais pas où je vais pouvoir l'obtenir : j'ai vendu tout ce que je possède. »

« Je n'ai plus le moindre argent pour payer la prochaine consultation de ma mère, et je ne sais pas où je vais pouvoir l'obtenir : j'ai vendu tout ce que je possède. »

Mohammad Ahmed

Encadré 1 : Difficultés d'accès à des soins médicaux

Dans la région montagneuse du nord du Yémen, les populations doivent parcourir de longues distances pour atteindre le centre de santé le plus proche. Dans les districts d'Aslam et de Khairan dans le gouvernorat d'Hajjah, qui figurent parmi les plus touchés par l'épidémie de choléra, il est fréquent que le transport pour se rendre à l'hôpital le plus proche coûte 15 000 rials yéménites (soit l'équivalent d'environ 45 livres ou 60 dollars), une véritable fortune pour les familles qui vivent dans ces régions.

Et il en va de même dans d'autres régions du Yémen. Abdo, 40 ans, vit dans une région reculée dans le gouvernorat de Dhamar, au sud de Sanaa, où il n'y a pas de voitures. Ses amis ont dû le porter sur leurs épaules pour gravir les 4 km de colline avant de trouver une voiture qui les emmène au centre de santé le plus proche situé à 5 km de là. Abdo se rappelle que 14 personnes de son village ont elles aussi été infectées, dont deux femmes qui sont décédées. Toutes ont eu le même trajet à parcourir.

Depuis août 2016, près de 1,2 million d'agents de la fonction publique (soit plus du tiers du total des fonctionnaires) n'ont pas touché de salaire, ou n'en ont reçu qu'une partie. Près de 7 millions de Yéménites dépendent de ces salaires publics pour vivre, basés sur la taille moyenne d'une famille yéménite⁷. Le manque d'argent a considérablement diminué l'accès aux denrées en vente sur le marché pour ces populations. Toutefois, au-delà des difficultés financières sur le plan

individuel, la crise des salaires impayés s'est également répercutée sur des parties essentielles de l'infrastructure institutionnelle, qui sont indispensables pour lutter efficacement contre le choléra. La présence de déchets solides et liquides qui ne sont pas ramassés dans les villes forme un terreau potentiel à des maladies telles que le choléra. Jusqu'à 30 000 agents de santé n'ont pas été payés ou l'ont été mais qu'en partie seulement. Or ils jouent un rôle essentiel pour lutter efficacement contre le choléra en faisant comprendre aux communautés les risques d'épidémie de choléra et les moyens de les atténuer⁸.

Les effets dévastateurs de la guerre se manifestent plus particulièrement dans le secteur de la santé. Parmi les établissements de soins du pays, 17 % ne sont pas fonctionnels et 38 % ne le sont que partiellement⁹. Dorénavant, les soins de santé primaire sont quasiment entièrement tributaires de l'aide étrangère, à part le versement sporadique de maigres salaires au personnel médical restant¹⁰. Moins d'un tiers des Yéménites ont accès à des soins médicaux, et d'après l'UNICEF, un enfant meurt toutes les dix minutes au Yémen de maladies évitables comme la diarrhée, la malnutrition et les infections des voies respiratoires¹¹. Depuis fin 2014, le nombre de personnes nécessitant l'accès à des soins de santé a augmenté de 76 %, ce qui illustre bien l'ampleur de la faillite du système de santé après plus de deux ans de conflit, alors qu'il était déjà précaire pour commencer¹². Le nombre de personnes en manque de soins de santé est passé de 8,8 millions avant l'escalade du conflit en mars 2015 à 14,8 millions en avril 2017¹³. Moins de 30 % des médicaments et des fournitures médicales nécessaires entrent au Yémen, où la quasi-totalité des médicaments étaient importés avant le conflit¹⁴. On se trouve ainsi dans une situation où les établissements de soins manquent d'approvisionnements essentiels, tels que de l'oxygène et du carburant pour les groupes électrogènes, et beaucoup de membres des effectifs médicaux ont quitté le pays ou ont été forcés de fuir leur foyer¹⁵. En l'absence d'approvisionnements essentiels, le fonctionnement des services d'urgence, des centres de dialyse, des salles d'opération et des couveuses a été fortement entravé¹⁶.

En conséquence, les hôpitaux et services de santé qui restent sont débordés. La situation était déjà critique, mais avec la nouvelle épidémie de choléra, les établissements de santé sont incapables de faire face à l'arrivée quotidienne de nouveaux patients en quête de traitement. Un hôpital à Sanaa a indiqué qu'il reçoit 300 cas nouveaux de diarrhée aqueuse aiguë/choléra par jour, en ajoutant qu'il est à court de solution intraveineuse. Cette estimation quotidienne du nombre de cas n'a rien d'unique. Un centre de traitement du choléra à Abs dans le gouvernorat d'Hajjah a indiqué qu'à plusieurs reprises au cours des trois derniers mois, le centre a enregistré l'arrivée de 200 cas nouveaux par jour. Des signalements similaires se répètent dans l'ensemble du pays, on parle même de patients allongés dans les parkings d'hôpitaux qui ne disposent plus de place à l'intérieur. Or le traitement du choléra relève d'une intervention médicale des plus élémentaires sur le plan technique. Il est facile de remettre en marche des établissements de soins même non fonctionnels ou partiellement fonctionnels par des interventions correctes et appropriées en vue de desservir la population.

Il existe une pénurie de centres de réhydratation par voie orale, du fait que seulement 60 % des 2000 centres de réhydratation par voie orale nécessaires ont été créés dans les 21 des 22 gouvernorats touchés par la maladie. Selon toute vraisemblance, le nombre de décès dans les zones rurales sera très grandement sous-estimé. La présence de lignes de front actives, de postes de contrôle et, dans certaines régions, de mines ne fait que restreindre d'autant plus l'accès aux soins. Un grand nombre de malades qui habitent dans des zones de conflit actif craignent d'être pris entre deux feux, voire de devenir directement des cibles, s'ils essaient de se rendre à l'hôpital¹⁷.

« Les personnes âgées ne se rendent pas compte des symptômes. Elles consultent un médecin bien trop tard, parfois quand il n'est plus possible de les sauver. Le choléra peut s'installer en l'espace de deux heures. Ce sont les communautés rurales qui ont le plus besoin de soutien. Elles n'ont pas l'argent ou le carburant pour les transports afin d'aller consulter un médecin. Mais où devraient-elles s'adresser ? »

Médecin dans l'un des principaux hôpitaux de Sanaa

D'où vient le choléra ?

Encadré 2 : Le choléra est une infection intestinale aiguë due à l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par la bactérie *Vibrio cholerae*.

Diarrhée aqueuse aiguë/choléra : La diarrhée aqueuse aiguë est un symptôme du choléra et d'autres maladies. Elle se caractérise par des selles molles ou liquides à trois reprises ou plus en l'espace de 24 heures et qui durent pendant plusieurs heures ou jours d'affilée.

Symptômes : Les premiers symptômes du choléra se manifestent généralement par une diarrhée aqueuse aiguë, souvent accompagnée de vomissements sévères. La perte d'électrolytes entraîne la déshydratation et celle-ci peut être mortelle si elle n'est pas traitée. Le choléra peut tuer en l'espace de quelques heures s'il n'est pas traité.

Transmission: La transmission du choléra se fait généralement par voie féco-orale. L'infection peut se faire en buvant de l'eau ou en mangeant des aliments contaminés par la bactérie *Vibrio cholerae*.

Prévention : Les méthodes de prévention du choléra consistent notamment à assurer l'accès à de l'eau salubre adéquate et à des aliments salubres, une bonne hygiène, l'élimination sûre des matières fécales, le lavage des mains au savon, l'hygiène environnementale dans les marchés et les lieux publics, des efforts de surveillance et d'alerte précoce pour détecter les cas et l'accès précoce à la gestion des cas.

Traitement : Le choléra est une maladie qui se traite. Jusqu'à 80 % des malades peuvent être guéris par l'administration rapide de solution de réhydratation orale accompagnée de zinc. Cette solution de réhydratation orale est de l'eau mélangée à du sel, du sucre et des électrolytes.

Malgré tous les efforts entrepris, l'origine de l'épidémie actuelle de diarrhée aqueuse aiguë/choléra n'a pas encore été identifiée. Le choléra est une maladie d'origine hydrique. Bien que cette hypothèse ne soit pas prouvée, il est très probable que des sources d'eau contaminées figurent parmi les principales sources de l'épidémie. Deux tiers de la population yéménite n'ont pas accès à l'eau potable. Dans ce pays qui souffre d'un manque d'eau chronique, depuis le déclenchement de la guerre, les systèmes publics d'eau et d'assainissement du Yémen sont au bord de l'effondrement. Les installations d'eau ont été frappées à plusieurs reprises et les différentes parties du conflit ont endommagé les infrastructures d'eau. Il est difficile pour les personnes déplacées d'avoir accès à des services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène. Partout dans le pays, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, les réseaux d'eau ont réduit leurs services ou ne fonctionnent plus du tout. Dans la plupart des gouvernorats, les compagnies d'eau ne sont plus en mesure d'assurer l'entretien ou la remise en état des infrastructures. Pour beaucoup d'entre elles, l'acheminement de l'eau par camion est devenu trop cher, en raison de la hausse des prix du carburant nécessaire pour les pompes et le transport. Les populations s'en remettent à puiser l'eau à partir de sources non traitées ou de puits non protégés.

Dans le gouvernorat d'Amran, les populations des districts situés le long de la vallée de Wadi Uthman se servent dans les eaux libres qui courent au fond de la vallée pour la cuisson, se laver et nettoyer leurs vêtements et pour abreuver leurs animaux. Dans ces districts, les cas présumés de diarrhée aqueuse aiguë/choléra sont particulièrement nombreux. Compte tenu de la nature de la transmission du choléra, il est fort probable que de l'eau potable contaminée en

soit la source principale. Dans les communautés rurales, l'accès à des installations sanitaires telles que des latrines est souvent limité. Dans un contexte pareil, la maladie peut se propager rapidement dans les secteurs qui pâtissent de moyens inadéquats de confinement des déchets fécaux humains, de sources d'eau non salubres et à l'air libre et d'un manque d'hygiène¹⁸.



Hurriya, 9 ans, va chercher de l'eau pour boire à partir d'une source d'eau sale non couverte dans le district d'Altaiziah, gouvernorat de Taëz. Photo : Zeyad Ghanem.

Les maladies diarrhéiques (telles que le choléra) sont endémiques au Yémen et elles s'intensifient généralement à la saison estivale. La difficulté de se faire une idée de l'épidémie et d'obtenir des chiffres précis tient en partie au manque de laboratoires pour confirmer les cas de choléra par rapport à d'autres formes de diarrhée aqueuse aiguë. Au 19 juillet, on comptait seulement 659 cas de choléra confirmés en laboratoire, sur plus de 350 000 cas constatés¹⁹. Les seuls laboratoires qui existent (à Sanaa, Aden et Hodeidah) ne suffisent pas pour faire face à la nécessité de tester un nombre approprié de cas présumés provenant de l'ensemble du pays. Bien que certains hôpitaux soient capables d'effectuer des tests rapides, ceux-ci ne peuvent que confirmer les cas négatifs. Ils affichent un taux très élevé de faux positifs, c'est-à-dire de cas de choléra testés positifs alors qu'en fait il ne s'agit pas de choléra²⁰. Les problèmes de gestion de l'information entre le signalement et l'enregistrement, et le manque de capacités techniques à dresser une liste descriptive du nombre et de la diversité des cas de diarrhée aqueuse aiguë/choléra, ne font que compliquer l'établissement de statistiques précises sur le nombre de cas de diarrhée aqueuse aiguë par rapport au nombre de cas de choléra confirmés. Or il s'agit là d'autant d'informations qui permettraient de se faire une meilleure idée de l'existence ou non de secteurs atteints d'un nombre particulièrement élevé de cas de choléra par rapport à d'autres cas de diarrhée aqueuse aiguë.

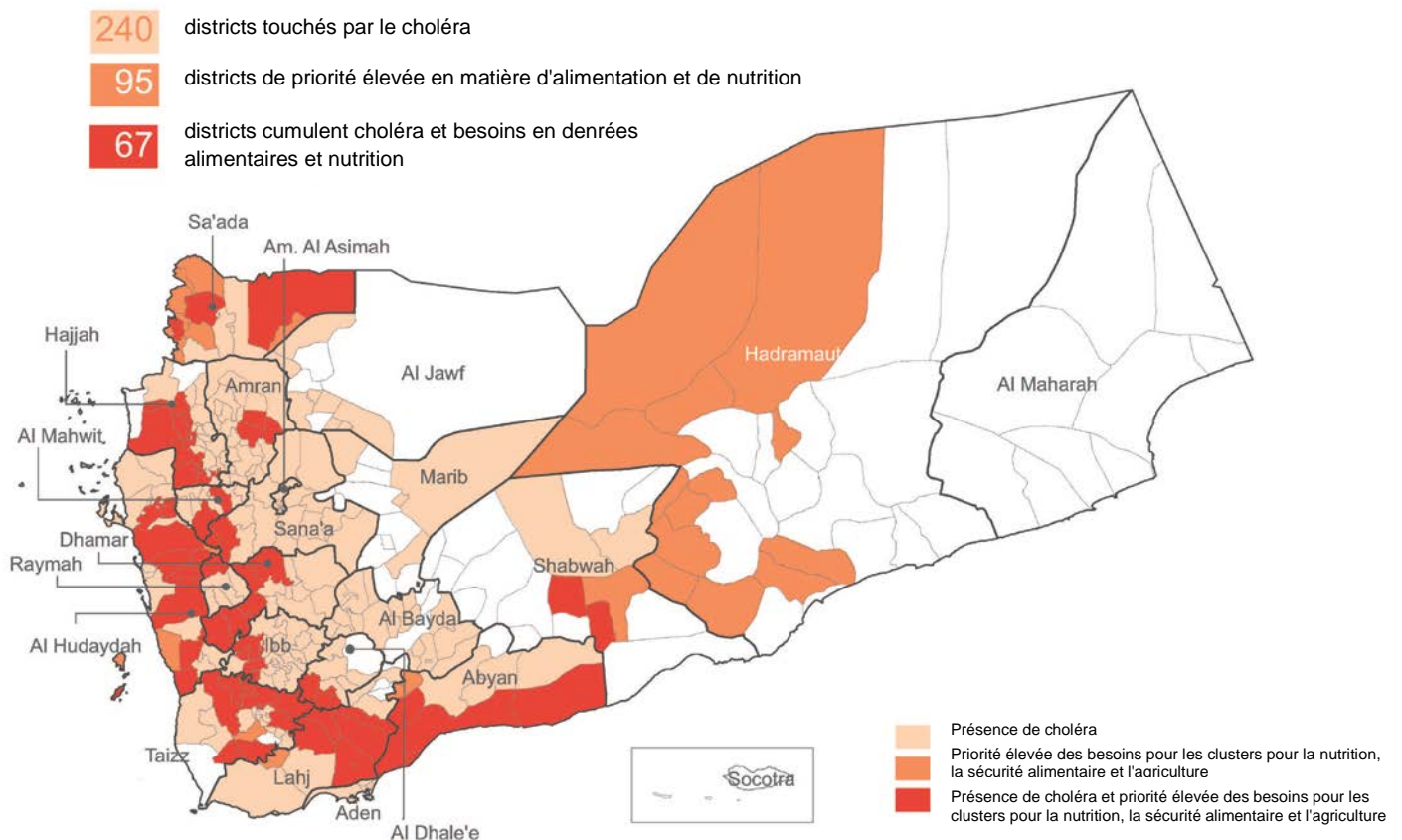
MANQUE DE NOURRITURE



Hind souffre à la fois de choléra et de malnutrition. Elle est alimentée par un tube nasal - Hôpital Al-Sabeen, Sanaa. Photo : Ameen Al-Ghaberi

Souffrant des effets de la malnutrition, la population du Yémen est particulièrement vulnérable à la propagation de maladies comme le choléra. Le cumul des cas de choléra et des besoins alimentaires et nutritionnels a été constaté dans 67 circonscriptions au Yémen²¹. Comme l'illustre le Graphique 1, on trouve partout dans le pays, y compris dans les régions côtières, du centre et montagneuses, des districts qui présentent un niveau élevé d'insécurité alimentaire cumulé à un nombre élevé de cas de diarrhée aqueuse aiguë/choléra. Des régions comme le nord de Sadah, des parties d'Hajjah et d'Amran et Lahj et Abyan figurent parmi celles qui sont les plus difficiles à atteindre, où les interventions humanitaires sont entravées par la présence de lignes de front actives et l'instabilité de la situation.

Graphique 1 : Cumul d'insécurité alimentaire et de choléra au Yémen



On relève 67 districts où il existe un niveau élevé d'insécurité alimentaire cumulé à un nombre élevé de cas de choléra. Source : Yemen Periodic Monitoring Review - Janvier-avril 2017.

Quand la guerre a éclaté en mars 2015, le Yémen était déjà le pays le plus pauvre du monde arabe, affichant en août 2014 un taux national de malnutrition aiguë globale national de 12,7 %²². Le taux de malnutrition aiguë globale indique l'état nutritionnel de la population et sert à déterminer la gravité d'une crise humanitaire. En mars 2017, d'après les critères de l'OMS, quatre gouvernorats (ceux de Taëz, Abyan, al-Hodeidah et Hadramout) affichaient un taux de malnutrition aiguë globale supérieur au seuil d'urgence mondiale de 15 %. Les taux de malnutrition aiguë sévère sont en très nette hausse, ce qui est encore plus inquiétant²³. À la fin de 2016, le taux de malnutrition aiguë sévère chez les enfants avait véritablement explosé, en augmentant de 200 %²⁴. Les effets de la guerre, en particulier l'imposition de taxes routières, ont entraîné jusqu'à 22 % de hausse des prix des denrées alimentaires. Dans le même temps, la population a de moins en moins accès à de l'argent et à des emplois rémunérés. Il en résulte ainsi que 17 millions d'habitants au Yémen souffrent d'insécurité alimentaire (soit 60 % de la population) et 6,8 millions de personnes sont au bord de la famine. À mesure que la population perd de sa résilience, sa capacité à lutter contre la maladie et à s'en rétablir ne fait que diminuer. Le taux et la gravité de la malnutrition risquent de s'aggraver, alors que la diarrhée aqueuse aiguë/le choléra laisse les convalescents, les enfants surtout, dans un état de très grande faiblesse physique et de vulnérabilité.

DES OBSTACLES CULTURELS

Les plus vulnérables en période de crise humanitaire sont souvent les femmes. Ce sont elles qui s'occupent des malades à la maison, qui mangent moins pour nourrir leurs enfants et qui sont souvent les dernières à recevoir des soins médicaux. Au Yémen, elles sont confrontées à la difficulté supplémentaire de se trouver dans l'interdiction de se rendre seules à un centre de traitement du choléra. Des agents hospitaliers ont confié à Oxfam que dans les régions très conservatrices du pays, il s'est produit des cas où des parents ont refusé de laisser une patiente rester seule au centre de traitement du choléra et ont préféré la ramener chez eux. En raison de la capacité limitée des hôpitaux, une seule personne est autorisée à rester avec le patient. Si les membres de la famille insistent pour que plusieurs personnes restent avec une patiente, l'entrée à l'hôpital leur est interdite. En raison de la honte qu'une femme ou une fille ressent à reconnaître être atteinte de diarrhée, il est fréquent que le traitement dont elles ont besoin leur soit retardé. Les femmes sont ainsi confrontées à un risque particulier de ne pas recevoir le traitement rapide et adéquat qu'il leur faut.

Encadré 3 : Les femmes en danger

Dans une société conservatrice comme le Yémen, les femmes sont confrontées à des difficultés particulières dans les situations de conflit. C'est surtout vrai dans les camps de déplacés internes où trois ménages se partagent les mêmes latrines, les hommes doivent escorter les membres féminins de la famille à chaque fois qu'elles doivent s'y rendre. Il s'agit d'un problème particulier dans les cas où les latrines sont partagées avec des personnes extérieures à la famille. Quand on lui a dit que les latrines empêchent la propagation des maladies, Muthana, un déplacé interne de Sadah qui vivait dans un camp de réfugiés, a rétorqué : « Je préférerais creuser moi-même un trou de 1 m de profondeur pour que ma femme y défèque plutôt que de l'y envoyer avec un inconnu. Nous sommes un peuple conservateur et c'est une honte pour nous que nos femmes soient accompagnées par des inconnus. Nous préférons plutôt mourir, et c'est une situation que nous n'accepterons jamais, quoi qu'il arrive. »

Les perceptions locales et la crainte pour sa réputation ne se limitent pas aux femmes, mais elles font obstacle à la lutte contre le choléra dans tous les domaines de la société. Oxfam a observé une crainte de stigmatisation sociale à se présenter à un centre de santé avec des symptômes de diarrhée aqueuse aiguë/choléra. Dans les zones rurales, les populations ont peur d'être ostracisées par leurs voisins par crainte de contracter eux-mêmes la maladie si ceux-ci les voient se rendre à un centre de traitement des diarrhées. En milieu urbain, les employés rechignent à dire à leur employeur qu'ils sont atteints d'un cas présumé de choléra, par crainte d'être rejetés par leurs collègues et que de longues périodes en arrêt de travail menacent leur emploi. Dans les communautés rurales, les populations ont tendance aussi à consulter un médecin traditionnel avant de se rendre à l'hôpital. C'est ce qui explique que parfois, les personnes qui se trouvent dans un état grave tardent trop à se rendre à l'hôpital, alors qu'un traitement plus précoce aurait été plus facile et plus rapide. Il est nécessaire de consacrer du temps et des moyens pour discuter avec les communautés sur ces questions : pour comprendre les perceptions, les idées reçues et les préjugés autour du choléra et pour déterminer la marche à suivre en vue de surmonter ces difficultés et de convaincre les personnes atteintes de choléra de chercher à se faire soigner sans tarder.

RESTRICTIONS D'ACCÈS IMPOSÉES AUX ONG INTERNATIONALES

Malgré la gravité de la situation humanitaire et le besoin urgent de spécialistes d'intervention humanitaire, surtout en ce qui concerne l'épidémie de diarrhée aqueuse aiguë/choléra, beaucoup d'organisations humanitaires se disent victimes de restrictions d'accès sous toutes sortes de formes : retrait de permis de circulation dans le pays pour le personnel national, mise en place de postes de contrôle ponctuels où les véhicules sont arrêtés et/ou confisqués pendant des jours voire des semaines, braquage de véhicules et des formalités interminables de demande de visa.

L'obtention de visas pour le personnel international nécessaire des ONG internationales peut prendre jusqu'à deux mois. Mais faute de salaires, à l'instar des autres instances publiques, il manque aux autorités chargées de la délivrance des visas le personnel et l'argent nécessaires pour fonctionner à une vitesse normale. La forte demande de nouveaux visas de la part d'ONG internationales ne fait que ralentir plus encore les formalités. Au début de la crise de choléra, les ONG internationales avaient reçu la garantie de recevoir des visas en l'espace de deux semaines pour leurs spécialistes du choléra. Or elles ont à faire face à de longs retards, et pendant ce temps leurs spécialistes du choléra et d'autres employés essentiels aux interventions d'urgence restent coincés à l'étranger pendant plus d'un mois. Une fois au Yémen, les travailleurs humanitaires internationaux doivent attendre quatre jours de plus pour qu'un permis de circulation leur soit délivré afin d'atteindre les populations dans le besoin. Les permis de circulation ne font que restreindre plus encore la flexibilité nécessaire pour répondre à des besoins immédiats, qui est déjà entravée par l'interdiction imposée aux effectifs internationaux de franchir la ligne de front.

« Alors que nous étions en train de chlorer les principales sources d'eau, on nous a ordonné de nous arrêter et d'attendre qu'un permis nous soit délivré. Il a fallu attendre trois semaines pour l'obtenir. Entre-temps, nous aurions pu sauver plus de vies ! »

Agent humanitaire

Les équipes sur le terrain ont du mal à surmonter les difficultés d'accès, car même les employés nationaux doivent obtenir un permis de circulation pour atteindre les bénéficiaires. Alors que certaines administrations locales ont l'habitude notoire de délivrer des permis de circulation à la condition expresse d'en décréter la liste des bénéficiaires, il est fréquent qu'aux postes de contrôle le

permis de circulation que les employés présentent leur soit rejeté ou retiré de manière arbitraire. Devant ces restrictions d'accès pour atteindre des communautés qui peuvent être désespérément dans le besoin, non seulement l'aide humanitaire essentielle n'est pas distribuée, mais en plus il n'est pas possible de réaliser des évaluations pourtant cruciales pour déterminer le degré de succès des interventions de lutte contre le choléra et le niveau de connaissances de prévention du choléra qui existe au sein des communautés.

Récemment, le gouvernement légitime du Yémen a demandé aux Nations unies et aux ONG internationales de veiller à ce que l'obtention des visas se fasse par l'intermédiaire de leur représentant diplomatique. Jusqu'à présent, cette obligation ne s'applique que pour la région sud du pays, et pour le Nord, les visas sont délivrés à Sanaa. Mais à partir du 16 août, les nouvelles demandes de visa vont devoir être soumises à cette double procédure, ce qui ne devrait qu'accroître les formalités administratives pour les ONG internationales.

Les conflits locaux et la militarisation de certaines parties du pays posent des difficultés supplémentaires. Le district d'Harf Sufyan, au nord du gouvernorat d'Amran, abrite un grand camp militaire qui est la cible fréquente de frappes aériennes. Il semblerait que la population civile, estimée à 60 000 habitants, présente l'un des plus grands nombres de cas présumés de choléra, mais en raison de la militarisation de cette région, les organisations humanitaires n'ont pas accès aux communautés et par conséquent ne disposent d'aucune confirmation de la situation réelle sur le terrain.

4 LA NÉCESSITÉ D'INTENSIFIER CERTAINES ACTIVITÉS

Aucun volet de l'intervention humanitaire au Yémen (y compris la lutte contre le choléra) n'est possible sans un financement adéquat. Toutefois, en raison du sous-financement de l'intervention humanitaire au Yémen, les organisations humanitaires ont dû réaffecter les fonds prévus pour les programmes de sécurité alimentaire aux interventions de lutte contre le choléra. Cette mesure est contre-productive dans un contexte où l'insécurité alimentaire ne fait qu'exacerber la vulnérabilité des populations aux maladies, et où le choléra est susceptible de causer des taux de malnutrition encore plus élevés. Il va donc falloir s'efforcer par tous les moyens de mettre sur pied une intervention coordonnée, qui tienne compte des corrélations qui existent entre l'insécurité alimentaire, la maladie et le besoin de moyens de subsistance, afin de renforcer la résilience des populations à des chocs futurs. Par conséquent, plus que jamais, le plan d'intervention humanitaire pour le Yémen nécessite un financement complet. Cependant au 14 août, moins de la moitié des 2,3 milliards de dollars demandés pour le plan d'intervention humanitaire pour le Yémen ont été débloqués²⁵.

Malgré la réponse interorganisationnelle, l'ampleur des cas de diarrhée aqueuse aiguë/choléra dépasse les capacités des agences et des organisations humanitaires. Des activités WASH doivent être déployées dans 121 districts touchés, et 164 districts touchés nécessitent des interventions sanitaires²⁶. Ainsi, en plus des activités des clusters interorganisationnels Santé et WASH, une mise à l'échelle de taille s'impose de toute urgence dans l'ensemble des secteurs où des interventions sont nécessaires. Le centre d'opération d'urgence qui est actuellement mis en place est censé regrouper les moyens et coordonner les interventions interorganisationnelles de lutte contre le choléra sur le plan national, des gouvernorats et des districts, en coordination avec les ministères compétents. Cependant, l'établissement de ce centre met plus longtemps que prévu. Le bureau central à Sanaa a beau être opérationnel, l'ouverture des bureaux au niveau des gouvernorats tarde à se produire.

Il est primordial de permettre la prestation de services pour s'attaquer de manière globale et durable aux problèmes sous-jacents urgents de l'épidémie de choléra. Pour cela, il est essentiel de maintenir l'infrastructure institutionnelle afin qu'elle assure ne serait-ce qu'une prestation de services de base, notamment par la distribution des fournitures nécessaires à la lutte contre le choléra et le versement de rémunération sous une forme ou une autre en l'absence de salaires. À cet égard, les ministères de l'eau et de la gestion des déchets solides, et de la santé, ont un rôle crucial à remplir. Il est impératif aussi que le ministère de la planification et de la coopération internationale fasse en sorte de faciliter l'accès des ONG internationales, non seulement pour entrer dans le pays mais aussi pour y circuler.

Ceci dit, au bout du compte, ce n'est que dans un contexte de paix, et non de guerre, qu'il sera possible de s'attaquer réellement à la crise humanitaire au Yémen, et notamment à l'épidémie de diarrhée aqueuse aiguë/choléra qui y sévit. Il faut tout faire pour intensifier les efforts de soutien à un processus de paix viable et réel, avec la participation significative de groupes de femmes et de la société civile. Un soutien international s'impose, tant sur le plan diplomatique, financier que technique, pour veiller à ce que ces groupes aient leur mot à dire et puissent influencer sur un processus de paix revitalisé. Par ailleurs, les parties au conflit doivent manifester leur respect pour tous les citoyens yéménites en

aménageant l'espace nécessaire à une participation de la sorte à tous les niveaux du processus de paix. La pérennité de la paix et de la stabilité du Yémen dépend d'une solution politique qui répond aux besoins de tous les Yéménites et jouit d'un large soutien public. Tous les acteurs concernés ainsi que la communauté internationale doivent se prêter à un processus de paix viable pour créer un milieu propice à la reconstruction des infrastructures du pays, s'attaquer aux causes profondes du conflit et investir dans le développement des générations futures.

RECOMMANDATIONS

Acteurs nationaux et autorités publiques :

- Toutes les parties doivent s'engager à un cessez-le-feu immédiat et à la cessation des hostilités et elles doivent privilégier des solutions politiques inclusives en vue de mettre fin aux effusions de sang et de faciliter l'aide humanitaire.
- Les parties au conflit doivent privilégier la participation de groupes de femmes, de la société civile, de jeunes et des minorités à tous les niveaux du processus de paix.
- Toutes les parties au conflit, ainsi que les détenteurs de pouvoir au niveau local, doivent assurer un accès sans entrave à toutes les personnes dans le besoin. Sont également concernées les autorités publiques et administrations nationales mais aussi locales. Tous les obstacles sur le terrain à l'accès aux bénéficiaires par les agents humanitaires (nationaux et internationaux) doivent être éliminés. Les effectifs nationaux ne devraient pas être tenus d'obtenir des permis de circulation dans le pays, ceux-ci étant imposés uniquement en fonction des capacités de leur ONG internationale. Toutes les parties au conflit doivent assurer la sécurité du personnel humanitaire et de ses équipements.
- Les formalités d'obtention de visa pour les travailleurs humanitaires doivent être accélérées et il convient de rationaliser la duplication des démarches par les autorités et les administrations de Sanaa et d'Aden.
- Les déplacements des travailleurs humanitaires nationaux et internationaux entre Sanaa et Aden doivent être facilités par des vols réguliers des services aériens d'aide humanitaire des Nations unies.
- Les autorités sanitaires doivent mettre en place un système de surveillance épidémiologique et fournir des rapports quotidiens afin de surveiller la propagation de l'épidémie.

Les donateurs et la communauté internationale :

- Ils doivent accroître la pression exercée sur les parties belligérantes et leurs alliés internationaux pour qu'ils retournent à la table des négociations et instaurent un processus de paix. La priorité doit être donnée à l'établissement d'un cessez-le-feu immédiat et global dans l'ensemble du pays.
- Les efforts concernant le processus de paix doivent inclure un soutien international d'ordre diplomatique, financier et technique, pour veiller à ce que toutes les composantes de la société yéménite aient une place à la table des négociations et se fassent entendre.
- La communauté internationale doit aller au Yémen et échanger avec tous les acteurs présents sur le terrain afin de se rendre compte par elle-même de la situation, mettre sur pied des interventions utiles et un engagement à long terme et faciliter l'espace opérationnel pour les ONG internationales.

- Financer intégralement le plan d'intervention humanitaire pour le Yémen de 2017. Renforcer le fonds d'urgence pour le choléra tout en fournissant suffisamment de fonds pour la crise de sécurité alimentaire. Ces deux crises nécessitent l'une comme l'autre une approche intégrée et cohérente qui dégage suffisamment de fonds pour des interventions sur les deux fronts.
- Les fonds doivent inclure les affectations pour les approvisionnements et la logistique. Le Yémen doit se préparer à une autre épidémie de choléra et à d'autres crises inattendues, et les stocks médicaux doivent être constamment réapprovisionnés en solution intraveineuse et en sachets de solution de réhydratation orale. Des chaînes de réapprovisionnement doivent être mises en place et être capables de réagir rapidement.
- Il est nécessaire de garantir l'accès des fournitures humanitaires et des biens commerciaux dans le pays et leur circulation, et les points d'accès doivent rester ouverts et accessibles. Il convient de fournir les moyens financiers et logistiques, tels que des avions de fret et des capacités de stockage, afin de permettre l'envoi de quantités suffisantes de produits humanitaires au Yémen.
- Utiliser tous les canaux de communication disponibles avec les acteurs nationaux pour faciliter le transport de fournitures humanitaires dans le pays sans délai, et en garantir l'accès sûr et sans entrave aux populations dans le besoin.
- Faire pression sur tous les bords ayant de l'influence au Yémen, sur toutes les parties au conflit et sur les États qui les soutiennent en vue de prioriser le paiement des salaires. Soutenir ces efforts par des incitations, sous forme notamment de distribution d'approvisionnements et de paiement de soldes, pour permettre l'acheminement de services de base. Les conflits sont en train de provoquer l'effondrement du pays, d'autant plus accéléré par le délaissement de la fonction publique.
- Mettre à disposition des fonds flexibles à long terme en vue de soutenir les interventions concernant les infrastructures WASH et les moyens de subsistance, et veiller à ce qu'un financement adéquat soit consacré au développement dès lors que le contexte local le permettra.

Pour les organisations des Nations unies, les ONG internationales et la communauté internationale :

- La crise humanitaire globale au Yémen et l'épidémie de choléra en particulier nécessitent une riposte rapide, adéquate et complète. La lutte contre le choléra doit être mise en œuvre de manière coordonnée et concertée dans le cadre du centre d'opération d'urgence afin de prévoir une riposte globale et de se préparer à faire face à des crises sanitaires futures. Il faut donc élaborer dès maintenant un plan de contingence futur, qui prévoit une répartition claire des tâches.
- Coordonner et rationaliser la collecte des données. Améliorer la gestion de l'information au moment du signalement et de l'enregistrement des cas afin de se procurer des chiffres plus clairs et plus précis. Mettre en place un système de surveillance et d'alerte précoce pour détecter les cas au tout début d'une épidémie.
- Tous les acteurs internationaux doivent solliciter la participation des communautés sur le terrain. Des mesures doivent être prises pour mobiliser les communautés afin de réduire les risques de maladies. Elles nécessitent un engagement à long terme plutôt que des campagnes de distribution ponctuelles.

NOTES

- 1 L'OMS a publié des chiffres mis à jour quotidiennement à l'adresse : <http://www.emro.who.int/yem/yemeninfocus/situation-reports.html>
- 2 L'île de Socotra au large de la Corne de l'Afrique n'a pas été affectée par l'épidémie, peut-être en raison de son isolement géographique dans le golfe d'Aden.
- 3 Periodic Monitoring Review, Avril 2017, p. 7. Sur ces 17 millions de personnes, près de 10,2 millions d'entre elles se trouvent en Phase 3 de l'IPC (crise) et 6,8 millions de personnes sont en phase 4 (urgence), sur les cinq phases (la phase 5 correspondant à la famine). Le nombre de personnes en phase 3 et 4 a augmenté de 20 % entre juin 2016 et mars 2017. IPC Yémen (2017). *Acute Food Insecurity Analysis Communication Brief*. Mars 2017. <http://fscluster.org/yemen/document/ipc-yemen-2017-acute-food-insecurity-0>
- 4 IPC (2017). *Republic of Yemen: Acute Food Insecurity Projected Situation Overview*. http://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_Yemen_AcuteFI_Situation_March-July2017_ENversion.pdf
- 5 OMS (2017). Yemen cholera outbreak. Daily epidemiology update: 30 juillet. Op. cit. http://www.emro.who.int/images/stories/Yemen_daily_epi_update_20170730.pdf?ua=1
- 6 17 % se trouvent dans un état non fonctionnel, 28 % dans un état en partie fonctionnel et seulement 45 % restent encore pleinement fonctionnels. OMS, ministère de la Santé publique et de la population (2016). *Service Availability and Health Facilities Functionality in 16 Governorates*. p. 5.
- 7 PNUD (2016). *Yemen rapid assessment report for December 2016: Measuring the impact of the public sector wage suspension on basic service delivery in the healthcare and education sectors*. p. 7.
- 8 OMS, 27 juillet 2017, <https://twitter.com/WHOYemen/status/890624297454116864>
- 9 OMS, ministère de la Santé publique et de la population (2016). *Service Availability and Health Facilities Functionality in 16 Governorates*. p. 5.
- 10 OCHA Yemen Humanitarian Bulletin Numéro 19 (Décembre 2016).
- 11 UNICEF (12 décembre 2016).
- 12 Yemen 2017 Humanitarian Needs Overview (Novembre 2016), p. 11; http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/YEMEN%202017%20HNO_Final.pdf.
- 13 WHO Regional Health Update, Septembre-octobre 2016 ; WHO Yemen conflict Donor Update, avril 2017.
- 14 OCHA Yemen Humanitarian Bulletin Numéro 19 (Décembre 2016).
- 15 Rapport de MSF sur Taëz (janvier 2017) p 26.
- 16 OCHA Yemen Humanitarian Bulletin Numéro 19 (Décembre 2016).
- 17 Rapport de MSF sur Taëz (janvier 2017) p 13.
- 18 WHO Media Backgrounder on AWD and Cholera, 11 juillet 2017.
- 19 OMS, Yemen cholera situation report no. 4, 19 juillet 2017, p. 1.
- 20 Entretien avec du personnel de MSF à Hawban, Taëz, juillet 2017.
- 21 UN Periodic Monitoring Review, avril 2017, p. 14.
- 22 OCHA août 2014, <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/Yemen%20Humanitarian%20Snapshot%20%28Malnutrition%29%20August%202014.pdf>. OCHA Août 2014,
- 23 Analyse IPC, mars 2017.
- 24 UNICEF décembre 2016, <http://reliefweb.int/report/yemen/malnutrition-amongst-children-yemen-all-time-high-warns-unicef-enar>
- 25 Au 14 août 2017, on en était à 39 %. <https://fts.unocha.org/countries/248/summary/2017>
- 26 Réunion de l'ONU, 9 juillet 2017.

© Oxfam International août 2017

Cette note d'information a été rédigée par Larissa Alles avec l'aide de Dina El-Mamoun. Oxfam remercie Saif Alhaddi et Ibrahim Alwazir de l'aide qu'ils ont apportée à sa production. Ce document fait partie d'une série de textes écrits pour informer et contribuer au débat public sur des problématiques relatives au développement et aux politiques humanitaires.

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter advocacy@oxfaminternational.org

Ce document est protégé par droits d'auteur, mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source. Le détenteur des droits demande que toute utilisation lui soit notifiée à des fins d'évaluation. Pour copie dans toute autre circonstance, réutilisation dans d'autres publications, traduction ou adaptation, une permission doit être accordée et des frais peuvent être demandés. Courriel : policyandpractice@oxfam.org.uk

Les informations contenues dans ce document étaient correctes au moment de la mise sous presse.

Publié par Oxfam GB pour Oxfam International sous l'ISBN 978-1-78748-076-6 en août 2017. DOI: 10.21201/2017.0360

Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Royaume-Uni.

OXFAM

Oxfam est une confédération internationale de 20 organisations qui, dans le cadre d'un mouvement mondial pour le changement, travaillent en réseau dans plus de 90 pays, à la construction d'un avenir libéré de l'injustice qu'est la pauvreté. Pour de plus amples informations, veuillez contacter les différents affiliés ou visiter www.oxfam.org

Oxfam Amérique (www.oxfamamerica.org)	Oxfam Inde (www.oxfamindia.org)
Oxfam Australie (www.oxfam.org.au)	Oxfam Intermón (Espagne) (www.oxfamintermon.org)
Oxfam-en-Belgique (www.oxfamsol.be)	Oxfam Irlande (www.oxfamireland.org)
Oxfam Brésil (www.oxfam.org.br)	Oxfam Italie (www.oxfamitalia.org)
Oxfam Canada (www.oxfam.ca)	Oxfam Japon (www.oxfam.jp)
Oxfam France (www.oxfamfrance.org)	Oxfam Mexique (www.oxfammexico.org)
Oxfam Allemagne (www.oxfam.de)	Oxfam Nouvelle-Zélande (www.oxfam.org.nz)
Oxfam Grande-Bretagne (www.oxfam.org.uk)	Oxfam Novib (Pays-Bas) (www.oxfamnovib.nl)
Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)	Oxfam Québec (www.oxfam.qc.ca)
Oxfam IBIS (Danemark) (www.ibis-global.org)	Oxfam Afrique du Sud (www.oxfam.org.za)