



Conseil économique et social

Distr. générale
31 juillet 2018
Français
Original : anglais

Pour décision

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2018

12-14 septembre 2018

Point 8 de l'ordre du jour provisoire*

Évaluation de la réponse de niveau 3 de l'UNICEF à l'épidémie de choléra au Yémen : une crise au sein d'une crise

Résumé**

Résumé

Entre 2016 et 2017, la crise humanitaire complexe que subissait le Yémen – conflit armé, extrême insécurité alimentaire et situation nutritionnelle critique, et effondrement presque complet des systèmes de santé et d'approvisionnement en eau – a entraîné une importante flambée de choléra/diarrhée aqueuse aiguë. Celle-ci s'est déclenchée en deux temps : en octobre 2016, la première vague était relativement limitée, mais la deuxième, apparue fin avril 2017, s'est répandue à travers tout le pays à une vitesse alarmante et a atteint des proportions catastrophiques (quelque 1 million de cas présumés et au moins 2 000 morts ont été signalés).

L'évaluation de la réponse de l'UNICEF à l'épidémie de choléra/diarrhée aqueuse aiguë au Yémen analyse cette intervention d'urgence s'inscrivant dans le cadre de l'aide humanitaire globale. De nombreux facteurs affectant à la fois la réponse à l'épidémie de choléra et la riposte à la crise globale, l'évaluation examine, entre autres, si la réponse à l'épidémie de choléra a eu un effet positif ou négatif sur la riposte globale.

La réponse de l'UNICEF à l'épidémie de choléra au Yémen en 2017 doit être considérée dans le cadre de la riposte du système global à ce fléau et, plus généralement, à la crise qui frappe actuellement le pays. Depuis 2015, la population yéménite subit les conséquences désastreuses – sur le plan sécuritaire, économique et

* E/ICEF/2018/19.

** Le résumé du rapport d'évaluation est diffusé dans toutes les langues officielles des Nations Unies. Le rapport intégral est disponible en anglais sur le site Internet du Bureau de l'évaluation de l'UNICEF (voir l'annexe).

Note : La version française du présent document a été établie dans son intégralité par l'UNICEF.



humanitaire – du conflit armé en cours. Depuis début 2017, le système humanitaire doit répondre à de multiples demandes concurrentes.

L'évaluation laisse entendre que la réponse générale à l'épidémie de 2017 s'est intensifiée trop lentement, n'a pas su s'adapter à l'ampleur ni au rythme de l'épidémie et n'a probablement eu qu'un effet très limité sur son évolution globale. Cela étant, compte tenu du manque d'anticipation de l'ensemble du système, problème pour lequel l'UNICEF assume une part de responsabilité, une fois apparue toute l'ampleur de l'épidémie, l'UNICEF est intervenu relativement rapidement, dans les limites de ses capacités et de celles de ses partenaires. Pour l'essentiel, sa stratégie, qui a pourtant été mise en place trop lentement et qui n'a atteint sa pleine capacité qu'une fois que l'épidémie avait fait de nombreux ravages, s'est avérée concluante.

Il ne fait aucun doute que l'UNICEF est désormais mieux armé pour faire face à une éventuelle nouvelle épidémie, même s'il doit, ainsi que ses partenaires, relever d'importants défis pour mettre en œuvre les mesures nécessaires en matière de prévention et de préparation. Des mesures préventives à court terme, dont, principalement, une campagne de vaccination orale contre le choléra, sont indispensables, tout comme des efforts visant à renforcer le système de surveillance et les capacités à l'échelle communautaire, et à consolider les chaînes d'approvisionnement et les accords de partenariat. Parmi d'autres recommandations, signalons la prise de mesures urgentes concernant la fourniture de vaccins oraux contre le choléra, le renforcement de la capacité régionale de l'UNICEF à effectuer des analyses épidémiologiques, l'amélioration du système de surveillance à l'échelle communautaire et nationale, le perfectionnement du suivi et du contrôle de la qualité des programmes, et le renforcement de la préparation globale de l'UNICEF et de l'apprentissage organisationnel en matière de choléra.

I. Introduction et contexte

1. Le Yémen est en proie à une crise humanitaire multidimensionnelle considérée actuellement comme l'une des plus graves au monde¹. Même avant le déclenchement du conflit armé en 2015, la population yéménite était confrontée à des niveaux de pauvreté relativement élevés, à des services publics défaillants, à une économie vacillante et à une grave insécurité alimentaire, auxquels est venue s'ajouter l'instabilité politique suivant le départ du Président pendant le « printemps arabe » de 2011. Le conflit en cours a aggravé la situation humanitaire à un point tel que le spectre de la famine est de plus en plus présent et que les maladies mortelles, en particulier le choléra et, plus récemment, la diphtérie, se propagent. Le système de santé est au bord de l'effondrement tandis que les systèmes d'approvisionnement en eau et les réseaux d'assainissement défaillants ou inadéquats entravent l'accès à l'eau salubre et à un environnement sûr. Sans compter que 8,4 millions de Yéménites dépendent de l'aide alimentaire et que plus de 400 000 enfants souffrent de malnutrition aiguë sévère².

2. La flambée de choléra au Yémen entre 2016 et 2017 s'est déroulée en deux temps. La première, apparue en octobre 2016, était relativement limitée, mais la deuxième, d'une tout autre ampleur, s'est déclarée fin avril 2017 et s'est répandue à travers tout le pays. Au total, quelque 1 million de cas³ de choléra/diarrhée aqueuse aiguë ont été signalés au cours de cette deuxième vague, mais il s'agit très certainement d'une surestimation en raison de l'utilisation peu fiable des définitions de cas et de l'inclusion de cas de diarrhée relativement modérée. Si la proportion de cas avérés de choléra demeure incertaine en raison du manque de dépistage, l'épidémie était à tout point de vue catastrophique et s'est propagée à une vitesse alarmante dans la plus grande partie du pays. Au total, on a recensé plus de 2 000 décès dus à la maladie depuis avril 2017. Si l'on pouvait s'attendre à un nombre de morts et à un taux de létalité plus élevés compte tenu de l'ampleur de l'épidémie, les erreurs d'inclusion liées au signalement des cas expliquent probablement en grande partie ces chiffres.

3. La réponse de l'UNICEF à l'épidémie de choléra au Yémen en 2017 doit être considérée dans le cadre de la riposte du système global à ce fléau et, plus généralement, à la crise qui frappe actuellement le pays. Depuis début 2017, le système humanitaire a dû répondre à de multiples demandes concurrentes, et tout particulièrement à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition, qui à l'époque avaient déjà atteint un niveau critique et aggravaient le risque de famine. Du fait de l'effondrement des services publics, en particulier les systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et de traitement des déchets, le Yémen était fortement exposé au risque d'épidémies et n'avait pas les moyens d'y faire face efficacement.

4. La présente évaluation de la réponse de l'UNICEF à l'épidémie de choléra/diarrhée aqueuse aiguë au Yémen analyse cette intervention d'urgence s'inscrivant dans le cadre d'une intervention humanitaire globale. De nombreux

¹ « UN leaders appeal for immediate lifting of humanitarian blockade in Yemen – Millions of lives at imminent risk », déclaration commune des directeurs généraux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Programme alimentaire mondial (PAM) et de l'UNICEF, 16 novembre 2017.

Disponible à l'adresse suivante : www.unicef.org/media/media_101496.html.

² WFP, « WFP Scales Up Response in Yemen to Prevent Famine », 2 avril 2018, disponible à l'adresse suivante : www.wfp.org/news/news-release/wfp-scales-response-yemen-prevent-famine.

³ ONU Info, « Au Yémen, la barre du million de personnes atteintes du choléra a été franchie (OMS) », 22 décembre 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://news.un.org/fr/story/2017/12/373941-au-yemen-la-barre-du-million-de-personnes-atteintes-du-cholera-ete-franchie-oms>.

facteurs affectaient à la fois la réponse à l'épidémie de choléra et la riposte à la crise globale.

II. Portée, objectif et approche de l'évaluation

A. Portée de l'évaluation

5. L'évaluation de la réponse de l'UNICEF à l'épidémie de 2017 porte sur les questions générales suivantes :

a) Quelles mesures de prévention (réduction des risques) ont été prises en amont de l'épidémie de 2017 et le sont aujourd'hui pour tenter de prévenir ou d'atténuer une épidémie du même genre ?

b) Dans quelle mesure l'UNICEF était-il préparé pour répondre à l'épidémie de 2017, en particulier à la suite de la première flambée de choléra, plus modérée, fin 2016 ?

c) Avec quelle rapidité et quelle efficacité l'UNICEF est-il intervenu une fois apparue toute l'ampleur de l'épidémie ?

d) Dans quelle mesure l'UNICEF est-il en mesure de répondre à de futures flambées épidémiques ?

6. Pour chaque question, l'évaluation a examiné les facteurs contraignants (internes et externes) et a cherché à déterminer si et comment ils ont été surmontés. Outre la réponse de l'UNICEF, l'évaluation se penche sur le rôle joué par l'organisation dans la coordination, la conduite ou la facilitation de la riposte du système global dans le cadre, entre autres, de ses fonctions d'encadrement sectoriel.

B. Objectif de l'évaluation

7. La présente évaluation s'articule autour de trois objectifs :

a) orienter les réponses actuelles et futures de l'UNICEF au Yémen en présentant une analyse évaluative de son intervention face à l'épidémie de choléra/diarrhée aqueuse aiguë de 2017 dans le contexte du conflit en cours dans le pays, de l'épidémiologie de cette flambée et de la réponse du système global ;

b) jeter les premières bases du principe de responsabilité au regard de la réponse de l'UNICEF en 2017 (Qu'a fait l'UNICEF, quand et comment ? Son intervention était-elle rapide, appropriée et efficace ? Quels étaient les facteurs internes et externes contraignants et favorables ?) ;

c) contribuer à l'apprentissage institutionnel global en tirant les enseignements des réponses de l'UNICEF aux flambées de choléra et d'autres épidémies récentes de maladies infectieuses.

C. Approche et méthodologie de l'évaluation

8. Ce rapport décrit une nouvelle approche des évaluations de l'action humanitaire de l'UNICEF, laquelle accélère le processus standard afin de fournir des résultats en temps réel susceptibles d'éclairer directement la prise de décisions programmatiques. L'évaluation s'est avant tout appuyée sur les entretiens avec des informateurs clés, notamment ceux qui participaient directement à la lutte contre l'épidémie de choléra, ainsi que sur une étude documentaire portant une attention particulière à la

planification, au suivi et au processus décisionnel. Une triangulation a permis de recouper les résultats des entretiens auprès des informateurs clés effectués hors du Yémen avec ceux des entretiens menés auprès des partenaires et des discussions de groupe avec des bénéficiaires et des bénévoles locaux organisées par les trois consultants basés au Yémen. Au total, 95 personnes ont été consultées dans le cadre de l'évaluation.

III. Mise en œuvre de la stratégie : Principaux résultats de l'évaluation

A. La stratégie et l'approche de l'UNICEF face à l'épidémie de choléra au Yémen

9. Le 10 octobre 2016, soit quatre jours après la déclaration de la première épidémie de choléra par le Ministère de la santé, l'UNICEF, de concert avec ses partenaires du groupe sectoriel eau, assainissement et hygiène (EAH), a élaboré un plan intégré de lutte contre l'épidémie de choléra sur trois mois et l'a présenté à l'équipe humanitaire de pays. Ce plan comprenait la plupart des éléments généralement considérés essentiels à l'élimination et au contrôle du choléra, mais n'était pas assez spécifique dans certains domaines, comme le renforcement de la surveillance, la rapidité de l'intervention et l'adaptation de cette dernière au contexte local.

10. La même stratégie de base étayait la riposte à la deuxième flambée épidémique, qui a cependant évolué progressivement en trois temps pour atteindre sa forme définitive au début du mois de juillet 2017. La première phase (fin avril à mi-mai) a été mise en place très rapidement, grâce aux capacités existantes, mais il était ardu de ne pas avoir un temps de retard, compte tenu de la propagation géographique de l'épidémie et de l'augmentation exponentielle du nombre de cas. Lors de la deuxième phase (fin mai à fin juin), de nouvelles projections épidémiologiques ont étayé le déploiement à grande échelle d'un plan de lutte révisé, lequel établissait une distinction entre a) les activités « de lutte/contrôle » menées dans les zones touchées afin d'enrayer la propagation de l'épidémie ; et b) un ensemble d'activités de « prévention immédiate » déployées dans les zones à haut risque encore épargnées. Au cours de la troisième phase (fin juin à début juillet), une nouvelle approche tenant compte des dernières projections a été définie, avec pour objectif de réduire la transmission de la maladie en perfectionnant la stratégie afin de mener des interventions rapides et ciblées dans les zones à risque identifiées. Cette phase a également compris l'intensification substantielle de la campagne de communication pour le développement (C4D).

B. Mesures de prévention et d'atténuation du choléra

11. L'épidémie de choléra de 2017 aurait-elle pu être évitée ? La réponse à cette question relève inévitablement de la spéculation, mais compte tenu de l'environnement opérationnel et de certains facteurs structurels profondément ancrés, il était probablement impossible, à court terme, de réduire considérablement le risque d'une épidémie majeure. La maîtrise totale de la première vague de l'épidémie aurait diminué la possibilité d'une forte recrudescence. Mais les principales mesures de prévention du choléra, qui consistent à assurer un accès adéquat à l'eau salubre et à des systèmes efficaces d'assainissement et de traitement des déchets, portent fondamentalement sur le moyen et le long terme. Cela est particulièrement vrai compte tenu de l'extrême défaillance et détérioration des systèmes existants, auxquelles

s'ajoutent les effets continus du conflit, de l'insécurité, du manque de capacités et de l'instabilité de la gouvernance. Même si une action concertée avait permis de remettre en état ou de maintenir ces systèmes à la suite de la première flambée fin 2016, il aurait sans doute été impossible d'empêcher la propagation de maladies transmises par l'eau lorsque la deuxième vague épidémique a déferlé fin avril 2017. Cela étant, l'UNICEF a joué un rôle essentiel : il a fourni du carburant, du chlore et des pièces détachées afin d'assurer le fonctionnement des systèmes d'approvisionnement en eau et de traitement des déchets, sans lequel les facteurs de risque auraient été encore plus importants et les résultats de santé publique probablement encore plus alarmants.

12. La question de savoir si les interventions de prévention à court terme auraient permis de réduire l'ampleur de l'épidémie ou d'en atténuer les effets est peut-être plus pertinente que la question de la prévention à proprement parler. À cet égard, l'équipe d'évaluation a conclu que des mesures de prévention mieux coordonnées, y compris une campagne de vaccination orale contre le choléra, auraient pu enrayer dans une certaine mesure la propagation de l'épidémie. Une combinaison de plusieurs facteurs semble prévenir la mise en œuvre de la campagne de vaccination orale contre le choléra proposée à la suite de l'épidémie de 2016. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation offrent différentes interprétations à ce sujet. Quoi qu'il en soit, et en dépit de ce qui, rétrospectivement, ressemble à une forte mobilisation en faveur d'une campagne de prévention, certains, dont de hauts responsables de la santé publique au Yémen, s'opposaient à la vaccination, et tout élan en faveur d'une telle campagne s'est essoufflé au fur et à mesure que diminuait le nombre de cas pendant la première vague. La campagne de vaccination orale contre le choléra a de nouveau été envisagée au début de la deuxième flambée, fin avril 2017, et une demande en ce sens a été adressée au Groupe de coordination internationale à Genève. Mais, compte tenu de la pénurie mondiale de vaccins et des demandes concurrentes, ce dernier n'a pu fournir qu'un nombre limité de vaccins. La distribution limitée de ces fournitures dans les différentes régions du pays a suscité des questions d'ordre politique. Quelques semaines plus tard, en juillet, la proposition de campagne était abandonnée. À cette époque, l'épidémie était déjà bien avancée et l'efficacité potentielle d'une campagne de vaccination réactive, pour le moins douteuse, étant donné que la plupart des régions du pays étaient déjà touchées.

13. Dans le cadre limité du présent rapport, l'équipe d'évaluation n'est pas en mesure de formuler une conclusion définitive sur la question de la prévention. On peut cependant raisonnablement conclure que des efforts de prévention mieux coordonnés, y compris une campagne préventive de vaccination orale contre le choléra début 2017, auraient pu enrayer de manière significative la propagation de l'épidémie.

14. À la date de la rédaction du présent rapport, les facteurs de risque structurels que l'on observait déjà en 2016 et 2017 existent toujours ; comme il a été dit plus haut, des efforts à moyen ou long terme sont nécessaires pour en venir à bout. D'autres interventions sont plus susceptibles d'avoir un effet préventif à court terme. La fourniture par l'UNICEF de carburant, de chlore et de pièces détachées demeure essentielle, et des mesures devraient être prises pour sécuriser les chaînes d'approvisionnement connexes. Les mesures de prévention au niveau des ménages et des communautés, notamment les communications visant à modifier les pratiques en matière d'hygiène et de stockage de l'eau, sont également importantes, même s'il ne faut pas s'attendre à ce que les comportements, tributaires d'un marketing social efficace, changent du jour au lendemain.

C. Capacités d'intervention

15. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation reconnaissent généralement que l'UNICEF, de même que l'ensemble du système, n'était pas préparé à faire face à l'épidémie de 2017. Il est évident que la diminution du nombre de cas à la fin de la première flambée a éveillé un faux sentiment de sécurité, portant à croire que le choléra était maîtrisé au Yémen. En 2016, des exercices de planification des interventions d'urgence⁴ avaient révélé la possibilité d'une épidémie, sans prévoir qu'il s'agira du choléra ni anticiper l'ampleur de la catastrophe. En un mot, l'UNICEF n'avait pas prévu cette éventualité et, tout comme l'ensemble du système humanitaire, il a été pris par surprise lorsqu'elle s'est concrétisée.

16. Cela ne signifie pas pour autant que l'UNICEF manquait totalement de préparation en avril 2017. Sa lutte continue contre le choléra constituait, quoique de manière limitée, le fondement d'un déploiement à grande échelle. Les partenariats et les accords de programme existants, ainsi que les accords à long terme avec les fournisseurs et les protocoles en vigueur depuis la flambée de 2016 ont jeté les bases de la riposte à l'épidémie de 2017. Mais cette dernière a surpris par son ampleur et sa nature, et les mesures de préparation et les accords existants n'ont pas pu suivre le rythme à laquelle elle s'est propagée. Rétrospectivement, plusieurs membres du personnel de l'UNICEF interrogés pensent que des efforts supplémentaires auraient dû être déployés pour mobiliser les fournisseurs, repositionner les stocks et préparer des accords de coopération avec les partenaires au titre des programmes d'urgence.

17. Le financement n'a pas constitué un obstacle de taille pour l'UNICEF. Les donateurs ont généralement soutenu les interventions de 2017 et ont contribué de manière exemplaire à la riposte, fournissant des fonds flexibles et facilitant l'interchangeabilité des fonds entre les programmes. La Banque mondiale a fourni à l'UNICEF et à l'OMS un financement important pour soutenir le programme, ce qui a permis à l'UNICEF de déployer à grande échelle son travail en matière de santé, de C4D et d'EAH pour lutter contre l'épidémie de 2017.

18. À l'inverse, les capacités des partenaires ont considérablement limité la portée et entravé le rythme de l'intervention de l'UNICEF. Seules de rares organisations non gouvernementales internationales (ONGI) avec lesquelles l'UNICEF a pour habitude de travailler étaient présentes pour intensifier les mesures mises en œuvre. Cela était en partie dû aux contraintes présentées par le contexte opérationnel et aux difficultés rencontrées par le personnel international pour obtenir des visas.

19. Les opinions divergent sur le degré de préparation de l'UNICEF pour faire face à une troisième vague ou à une nouvelle épidémie. Certaines des personnes interrogées étaient relativement confiantes à cet égard, tandis que d'autres pensaient que l'UNICEF et les autres acteurs seraient encore une fois pris au dépourvu si les événements de 2017 venaient à se reproduire, en raison notamment des capacités d'intervention insuffisantes⁵. L'équipe d'évaluation a constaté que l'UNICEF est sans doute mieux préparé aujourd'hui qu'il ne l'était en 2017, mais qu'il doit encore relever des défis considérables.

20. S'il existe des limites d'ordre pratique à l'étendue de la préparation à tout type d'urgence, et d'autant plus lorsque les risques et les dangers potentiels sont si importants, l'UNICEF est certainement mieux en mesure d'intervenir qu'il ne l'était

⁴ Dans le cadre du processus d'évaluation des risques pour une alerte et une action rapides.

⁵ Ainsi qu'il en ressort de l'entretien de l'UNICEF (i13).

en 2017, ne fût-ce qu'en raison des enseignements tirés depuis lors. Les mesures de préparation en place comprennent de multiples accords de coopération au titre des programmes d'urgence, des plans opérationnels avec les autorités locales, l'augmentation des capacités de stockage à des endroits stratégiques et le plan intégré de lutte contre le choléra. Si les partenariats sont désormais solides, y compris le modèle d'équipe d'intervention rapide auprès des autorités, les capacités d'action demeurent cependant incertaines.

D. La réponse de l'UNICEF à l'épidémie de 2017

Couverture et proportionnalité

21. Entre mai et juillet 2017, alors que toute l'ampleur de l'épidémie faisait jour, l'UNICEF a notablement intensifié sa réponse, comme le prouve le renforcement des objectifs de ses plans intégrés de lutte contre le choléra. Par exemple, multiplication par trois du nombre de centres de traitement de la diarrhée ciblés (de 25 à 75) ; augmentation du nombre escompté de personnes bénéficiant de programmes de traitement et de désinfection de l'eau à domicile (de 500 000 à 12 millions) ; et élargissement du public cible destinataire des messages encourageant le changement de comportements clés pour lutter contre le choléra (de 2 à 12 millions de personnes)⁶.

22. Cette intensification a mis à très rude épreuve le bureau de l'UNICEF au Yémen alors que les procédures d'urgence de niveau 3 étaient déjà pleinement activées, en particulier pour faire face à la crise nutritionnelle. Sans compter le manque de capacités disponibles des partenaires. L'équipe d'évaluation estime cependant qu'une telle intensification dans les trois groupes sectoriels (santé, EAH et C4D/mobilisation communautaire) était justifiée. Aucune autre organisation n'étant en mesure de le faire, cette intensification a permis à l'UNICEF d'intervenir à une échelle proportionnelle à celle de l'épidémie, sans toutefois pouvoir atteindre la même ampleur.

Rapidité

23. À la suite de la multiplication du nombre de cas recensés fin avril/début mai 2017, le bureau de l'UNICEF au Yémen a mis du temps à s'adapter à la situation, à prendre en compte toute l'étendue du problème et à faire part de ses besoins à l'ensemble de l'organisation. Outre le manque de préparation, d'autres facteurs au niveau national ont ralenti la réponse de l'UNICEF. L'un d'entre eux était le manque de coordination avec l'OMS à propos du rôle que l'UNICEF devait jouer dans le domaine de la santé, et plus particulièrement en ce qui concerne la création et la gestion des centres de traitement de la diarrhée.

24. Dans tout processus d'élargissement rapide d'un programme, notamment face à une catastrophe d'une telle ampleur et dans un contexte opérationnel si délicat, certains retards sont inévitables (par exemple, au niveau de la sécurité, de l'approvisionnement, des ressources humaines, du financement et des contrats de partenariat). Néanmoins, certains retards dans la réponse n'étaient pas inévitables et auraient dû être évités. Plusieurs composantes du programme, comme la C4D, étaient en décalage par rapport à d'autres et souffraient parfois d'un manque de coordination. Le fait que la campagne de sensibilisation des ménages n'ait été prête qu'en août, alors que l'épidémie avait déjà atteint son point culminant, en est l'exemple le plus frappant.

⁶ Les objectifs du plan initial avaient été définis début mai 2017. Les objectifs révisés du nouveau plan ont été définis le 4 juillet 2017.

Dans de nombreuses zones touchées, l'absence de partenariats noués en amont a également constitué un obstacle de taille : il a fallu trouver de nouveaux partenaires et former puis déployer des bénévoles dans un contexte marqué par un accès limité.

25. Certains acteurs relèvent en particulier un certain retard au niveau de la composante EAH. Au cours d'un entretien réalisé dans le cadre de l'évaluation, le Coordonnateur de l'action humanitaire au Yémen a déclaré qu'en juillet 2017, les secteurs EAH et de la santé étant débordés par l'épidémie ; il a donc appelé le système élargi à intervenir en mobilisant les partenaires de l'ensemble des secteurs⁷. Selon lui, les zones rurales étaient particulièrement mal desservies.

Cohérence

26. En dépit de la planification conjointe des trois composantes de la réponse – santé, EAH et C4D –, leur exécution n'a pas toujours été harmonisée. Comme l'a déclaré le directeur d'un bureau extérieur de l'UNICEF, « parfois deux composantes, rarement trois, étaient mises en œuvre conjointement⁸ ». La nutrition, qui n'était d'abord pas coordonnée avec les autres composantes, a fini par l'être au fil du temps. Une meilleure harmonisation des interventions, tant au sein du programme de l'UNICEF que dans l'ensemble du système d'intervention, est susceptible d'accroître l'efficacité de la lutte. Une harmonisation accrue de la planification entre les équipes d'intervention rapide des composantes EAH et de la santé contribuerait également à l'obtention de résultats plus concluants.

Efficacité

27. En ce qui concerne la portée des services auprès des populations touchées ou à risque, l'UNICEF a généralement obtenu des résultats remarquables, en particulier si l'on tient compte des ambitions du programme revues à la hausse. En novembre 2017, les progrès vers la réalisation des objectifs de la lutte contre le choléra au Yémen étaient, entre autres, les suivants : 85 % des centres de traitement de la diarrhée ciblés (64 sur 75) étaient fonctionnels ; 79 % des points de réhydratation orale ciblés (632 sur 800) étaient opérationnels ; 96 % des personnes ciblées (5,7 millions sur 6 millions) vivant dans les zones à haut risque de choléra ont eu accès à de l'eau potable ; 77 % des personnes ciblées vivant dans les zones à haut risque de choléra (9,2 millions sur 12 millions) ont bénéficié de systèmes de traitement et de désinfection de l'eau à domicile ; 85 % des centres de traitement de la diarrhée ciblés ont reçu des services EAH ; 17,8 millions de personnes touchées (soit plus que l'objectif de 17,5 millions de personnes) ont bénéficié de la promotion de quatre pratiques visant à prévenir le choléra grâce à la mobilisation communautaire et à la communication interpersonnelle ; et 97 % des mobilisateurs sociaux ciblés (39 000 sur 40 000) ont été déployés pour plaider en faveur du changement des comportements clés dans les zones à haut risque de choléra⁹.

28. Les plus grandes lacunes concernaient les interventions du secteur EAH auprès des ménages, mettant en relief le manque de moyens de mise en œuvre des partenaires et les ambitions démesurées dans ce domaine. Bien qu'elle soulève plusieurs questions sur la hiérarchisation des interventions au sein de la riposte globale, l'étendue des accomplissements est cependant remarquable. Les entretiens avec les informateurs

⁷ Entretien (i20). Cet appel a été lancé le 3 juillet 2017.

⁸ Entretien (i16).

⁹ UNICEF, « Yemen Humanitarian Situation Report », novembre 2017. Disponible à l'adresse suivante :

www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_Yemen_Humanitarian_Sitrep_November_2017.pdf.

portent à croire que les lacunes se sont concentrées dans les zones rurales. La même question se pose pour les centres de traitement de la diarrhée et la pénurie de solutions de réhydratation orale.

29. Il est plus difficile d'établir dans quelle mesure ces interventions ont contribué à la lutte contre l'épidémie et à la baisse de la mortalité et de la morbidité. Plusieurs facteurs sont entrés en jeu. Comme nous l'avons vu, le premier se rapporte à la rapidité des interventions par rapport à la propagation de l'épidémie. Compte tenu des délais de mise en œuvre du programme EAH, il est peu probable qu'il ait eu une incidence déterminante sur l'évolution globale de l'épidémie, même s'il a certainement fourni aux ménages une protection importante contre le choléra et d'autres maladies transmises par l'eau.

30. Le deuxième facteur est la qualité des interventions – comme l'identification des cas et leur prise en charge, ainsi que la prévention et l'élimination de l'infection dans les centres de traitement de la diarrhée – qui semble avoir influé sur les résultats en matière de santé. Le faible taux de létalité témoigne de l'efficacité globale des soins fournis dans les centres de traitement de la diarrhée, même si l'incertitude des données incite à les interpréter avec prudence. L'incapacité apparente à fournir des services EAH à tous les centres de traitement de la diarrhée (déficit de 15 %) soulève la question de la prévention et de l'élimination de l'infection dans ces centres¹⁰.

31. L'étendue des efforts fournis en matière de C4D – 18 millions de Yéménites ont reçu des messages en faveur du changement de comportement – est remarquable, mais leurs effets sont en grande partie inconnus. L'augmentation soudaine des admissions dans les centres de traitement semble être un signe de réussite en ce qui concerne les comportements plus sains. Cependant, plusieurs personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation ont émis des doutes sur l'efficacité d'une approche fondée sur l'hypothèse en grande partie non vérifiée selon laquelle il suffit de transmettre un message pendant quelques minutes pour que les personnes modifient leur comportement habituel¹¹.

32. Pour ce qui est de la composante EAH, suivant la logique de la stratégie de lutte de l'UNICEF, on peut affirmer avec force qu'en s'attaquant aux principaux facteurs de risque connus des maladies transmises par l'eau, les interventions de l'organisation dans ce domaine ont sensiblement réduit les niveaux de risque et de vulnérabilité dans les zones où elles ont été mises en œuvre. Par ailleurs, en dehors des questions de rapidité et de couverture et de la piètre qualité des données disponibles, il convient de signaler que les informations disponibles étaient fondées sur des principes généraux plutôt que sur l'étude des facteurs de risque propres au contexte, des comportements et des contextes de transmission. Une réponse plus éclairée aurait permis un meilleur ciblage et potentiellement un contrôle accru.

33. Les effets plus généraux des interventions de l'UNICEF sont encore plus difficiles à déterminer. Le but ultime ne consistait pas seulement à lutter contre le choléra, mais à contribuer au renforcement des systèmes, y compris les systèmes de santé et de surveillance. Il y a de bonnes raisons de penser que l'UNICEF, en collaboration, notamment, avec l'OMS, a réussi à enrayer leur dégradation. L'incidence d'un éventail d'interventions pratiques, allant de la fourniture de carburant pour les pompes au paiement de primes aux agents de santé dont les salaires

¹⁰ Il est possible que d'autres centres aient comblé ce déficit, mais les rapports n'en font pas mention.

¹¹ Ainsi qu'il en ressort des entretiens (i13) et (i15).

n'avaient pas été versés, laisse penser que le déclin des services publics aurait eu des conséquences encore plus néfastes sans ces interventions. Il faudra néanmoins plus de temps pour juger de la durabilité de ces avancées dans un environnement d'une grande instabilité.

Qualité des interventions

34. L'UNICEF reconnaît avoir rencontré des difficultés dans ce domaine. Les personnes interrogées pointent le compromis existant entre l'étendue de la couverture et la qualité du programme 12. La supervision insuffisante des programmes des partenaires a exacerbé cette situation. Les rapports de suivi indépendants suscitent des inquiétudes quant à la qualité des services fournis dans les centres de traitement de la diarrhée.

35. La qualité dépend d'une série de facteurs, en particulier la clarté des protocoles et des normes escomptées, la pertinence de la formation, l'efficacité de la gestion et de la supervision, ainsi que la reddition de comptes en matière de résultats. Dans le cas du Yémen, si un accord interinstitutions sur les protocoles et les procédures opérationnelles permanentes concernant les centres de traitement de la diarrhée a fini par être mis en place, l'absence de formation, de supervision des partenaires et de modalités de reddition de compte, ou les défaillances dans ces trois domaines, étaient palpables. Il apparaît clairement que l'UNICEF doit renforcer ces domaines pour faire face à toute nouvelle épidémie de choléra.

E. Suivi et contrôle de la qualité du programme

36. Il est souvent difficile d'assurer le suivi et l'assurance de la qualité d'un programme dans des environnements très instables et évoluant rapidement. L'intensification significative du programme, les objectifs d'exécution ambitieux et le manque de capacités des partenaires à remplir leur mandat ont empêché l'UNICEF de superviser efficacement le programme. Ses fonctionnaires présents sur le terrain ont travaillé d'arrache-pied à cet égard, tout comme l'équipe chargée de la planification, du suivi et de l'évaluation, et l'étendue de la couverture témoigne de l'ampleur de leurs efforts¹³. Mais compte tenu des effectifs réduits¹⁴ en raison des problèmes d'accès aux zones touchées, la couverture ne pouvait être que limitée. Le suivi effectué par des tiers a été utilisé à bon escient, mais s'il s'est révélé efficace pour soulever des questions rétrospectivement, il ne peut pas se substituer à la supervision du programme. En dépit de la nature intégrée du programme, le suivi conjoint sur le terrain (à savoir, pour les secteurs EAH, santé et C4D) a été rare, mais l'utilisation de listes de contrôle compilées de manière conjointe a permis de s'assurer que tous les secteurs étaient couverts¹⁵.

37. Il est probable que les principaux problèmes relevaient de l'utilisation efficace des données compilées. L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'analyser en détail cet aspect, mais plusieurs personnes interrogées y ont fait allusion, et il est évident qu'il doit faire l'objet d'une attention particulière. Il a été pris note des

¹² Entretiens de l'UNICEF (i17) et (i31) ; entretien externe (i30).

¹³ Aux quelque 16 personnes déployées pour assurer le suivi du programme humanitaire, il faut ajouter celles qui étaient spécifiquement chargées du suivi du programme de lutte contre le choléra. Entretien (i16).

¹⁴ L'équipe chargée de la planification, du suivi et de l'évaluation comptait quatre membres internationaux et quatre membres nationaux (i16).

¹⁵ Entretien (i24).

problèmes liés à l'intégration des données du suivi dans la prise de décisions programmatiques et de la nécessité de les surmonter.

F. L'efficacité de la réponse à l'épidémie de choléra : les facteurs internes et externes

Partenariats, collaboration et coordination

38. Comme nous l'avons vu plus haut, l'existence de partenariats adéquats pour la prestation de services était l'un des principaux facteurs entravant la réponse de l'UNICEF à l'épidémie de 2017. L'absence d'ONGI possédant des capacités dans le secteur EAH, en particulier, constituait un obstacle majeur. Mais, à la suite de l'appel lancé à la communauté internationale en juillet 2017 pour qu'elle apporte une aide supplémentaire, la situation s'est quelque peu améliorée¹⁶. Vu les circonstances, les partenariats opérationnels noués avec les autorités sanitaires et les autorités publiques responsables de la gestion de l'eau étaient solides et efficaces, notamment en ce qui concerne les équipes d'intervention rapide et le déploiement des agents de santé communautaires bénévoles. Les personnes interrogées ont laissé entendre que les partenariats en matière de C4D auraient pu être plus efficaces, mais l'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de vérifier la véracité de cette remarque.

39. Les relations avec les donateurs semblent avoir été solides, comme en témoigne la souplesse de ces derniers à l'égard de la réaffectation des fonds aux priorités de la lutte contre le choléra. Les partenaires interrogés sur le terrain attribuent la même souplesse à l'UNICEF, même si la redistribution des fonds traînait parfois en longueur. La qualité du programme a pâti du manque de soutien et de supervision de sa mise en œuvre par les partenaires (par exemple, en ce qui concerne la création de centres de traitement de la diarrhée et l'appui qui leur a été fourni). C'est peut-être ce domaine, qui englobe le renforcement des capacités de mise en œuvre des partenaires locaux, que l'UNICEF et les autres acteurs doivent améliorer en priorité.

40. La collaboration de l'UNICEF avec certains partenaires gouvernementaux était parfois difficile, en partie en raison de la situation politique, de l'inefficacité de la gouvernance et du grave manque de ressources des ministères concernés. La coopération avec le système de santé était essentiel à l'intensification de la réponse, en particulier compte tenu du manque de capacité de certains partenaires internationaux plus traditionnels. Sa contribution importante à la durabilité et au renforcement des capacités du système a également été soulignée¹⁷. L'équipe d'évaluation souscrit à cette affirmation et a conclu que la collaboration avec les organismes gouvernementaux, en dépit de nombreuses complications, s'est révélée pertinente et hautement efficace. Les équipes d'intervention rapide ont fourni à cet égard l'exemple le plus concluant.

41. Le bilan de la collaboration avec l'OMS est nettement plus mitigé. Celle-ci aurait été marquée par de fréquentes négociations techniques sur des sujets qui auraient dû être résolus plus rapidement. Il semblerait qu'il y ait eu un écart entre les accords internationaux conclus par les deux organisations et les réalités locales.

42. Si un examen complet des mécanismes de coordination pertinents n'entrait pas dans le cadre de l'évaluation, d'après ce qu'il ressort des entretiens, notamment avec le personnel de l'UNICEF, la coordination globale semble avoir favorisé le

¹⁶ L'intervention de certains partenaires traditionnels de l'UNICEF dans ce domaine, comme Oxfam, a été limitée.

¹⁷ Entretien (i25).

chevauchement de multiples mécanismes. En particulier, les rôles respectifs des groupes sectoriels (santé/EAH) à l'égard des centres d'opérations d'urgence étaient mal définis. Le modèle de centre d'opérations d'urgence n'a pas été déployé dans l'ensemble du pays, contrairement à ce qui avait été prévu, et semble ne pas avoir bien fonctionné.

Les fonctions de gestion et de soutien de l'UNICEF

43. Si la présente évaluation n'était pas axée sur les questions de gestion, elle révèle cependant une certaine rigueur de la gestion globale de la réponse de l'UNICEF ainsi que l'efficacité de la direction tant au niveau national que régional. Rien dans les déclarations des informateurs clés n'est venu contredire ce constat. En dépit du lent déploiement à grande échelle de sa réponse globale, dont il a déjà été question, l'UNICEF est intervenu relativement rapidement par rapport à d'autres organisations et a pris les rênes des interventions subséquentes. Les procédures opérationnelles permanentes simplifiées du niveau 3, et en particulier les procédures d'accord de coopération au titre du programme d'urgence, semblent avoir été utiles à cet égard. Les mécanismes de renfort se sont révélés essentiels, même si la disponibilité limitée du personnel (interne et externe) expérimenté dans la lutte contre le choléra constituait une entrave significative.

44. Les hauts fonctionnaires présents au Yémen ont reconnu que la réponse à l'épidémie de choléra avait eu des effets indirects sur le reste du programme, notamment s'agissant de la nutrition et des personnes déplacées, du moins pour ce qui est de l'attention de la direction. Les services de nutrition ont été maintenus et ont atteint environ 70 % de l'objectif fixé ; il semblerait que plusieurs facteurs aient contribué à cet écart. Les effets indirects au sens large sur l'organisation sont difficiles à quantifier, mais comme le relevait un membre du Bureau des programmes d'urgence interrogé¹⁸, à l'époque où l'UNICEF est intervenu face à l'épidémie, il était aux prises avec plusieurs situations d'urgence de niveau 3¹⁹. Il en a résulté une sollicitation excessive des ressources disponibles pour le soutien et la supervision. En outre, de nombreux membres clés du personnel avaient déjà d'autres engagements et ne pouvaient pas être déployés à brève échéance.

IV. Conclusions

45. Il est difficile de ne pas tirer la conclusion que la réponse du système dans son ensemble à l'épidémie de 2017 s'est intensifiée trop lentement, n'a pas été en mesure de s'adapter au rythme et à l'étendue de l'épidémie et n'a eu qu'un effet très limité sur son évolution. Après la propagation de la deuxième flambée en mai 2017, le système d'intervention existant était à l'évidence incapable de l'enrayer.

46. Il faut cependant nuancer ce constat à l'aune de la difficulté exceptionnelle de la situation. Le système humanitaire devait répondre à de multiples demandes concurrentes, notamment la sécurité alimentaire et la situation nutritionnelle, qui étaient déjà critiques et menaçaient de déclencher une famine. Du fait de l'effondrement des services publics depuis 2015, en particulier les systèmes de santé, d'approvisionnement en eau et de traitement des eaux usées, le Yémen était fortement exposé au risque d'épidémies et privé des moyens d'y faire face efficacement. Des

¹⁸ Entretien (i36).

¹⁹ Il semblerait que cette question, ainsi que les procédures opérationnelles permanentes pour les urgences de niveau 2 et 3, fasse l'objet d'un examen au sein de l'UNICEF et dans le cadre d'un processus interinstitutions.

millions de Yéménites sont exposés aux maladies transmises par l'eau et sont très vulnérables à leurs effets. Maîtriser une épidémie de choléra constitue un immense défi, même dans des conditions d'exécution plus favorables. Au Yémen, étant donné le manque de préparation et de capacités du système (à l'échelle locale, nationale et internationale) pour intervenir et les conditions d'exécution extrêmement difficiles, il a été impossible de maîtriser la propagation de la maladie après mai 2017.

47. Cette épidémie aurait pu, du moins en théorie, être évitée ou, au minimum, être largement maîtrisée. Dans la pratique, et compte tenu de l'état actuel des infrastructures d'approvisionnement en eau et de traitement des déchets et du degré très élevé d'instabilité politique, il faudrait probablement plusieurs années pour mettre en place les mesures de prévention nécessaires au niveau du système. Atténuer l'épidémie semble être un objectif plus raisonnable. Mais la flambée qui s'était déclarée en octobre 2016 n'avait pas été maîtrisée et aucune campagne préventive de vaccination n'avait été mise en place. L'existence de mesures de lutte plus rapides et mieux concertées lorsque la deuxième flambée de choléra est survenue, fin avril 2017, aurait probablement permis d'enrayer sa propagation. Mais le système humanitaire ayant été pris par surprise, il n'était pas en mesure de faire face à une épidémie de cette ampleur. Même si l'on tient compte des multiples obstacles et des limites pratiques, ce manque systémique d'anticipation et de préparation face à une épidémie majeure doit être considéré comme un échec important.

48. Ces conclusions générales suscitées par la réponse globale sont nécessairement préliminaires. Eu égard à la portée et aux limites de sa mission, l'équipe d'évaluation n'est pas en mesure de tirer des conclusions plus définitives. Mais face à l'éventualité d'une nouvelle épidémie en 2018, il est urgent de s'interroger sur le système dans son ensemble. Toutes les mesures raisonnables ont-elles désormais été prises afin de prévenir une nouvelle flambée ? Le système, et les communautés, sont-ils désormais mieux armés pour faire face à une telle épidémie ? Quelles garanties avons-nous que la réponse sera plus rapide, mieux concertée et plus efficace qu'en 2017 ? Sommes-nous aussi certains que nous pouvons l'être (compte tenu de l'instabilité du contexte) que le système et les communautés locales ont désormais les capacités et les outils nécessaires pour identifier, maîtriser et enrayer efficacement une telle épidémie à l'aide d'interventions précoces ?

49. La conclusion générale sur la performance de l'action de l'UNICEF est que, compte tenu du manque d'anticipation de l'épidémie de 2017, problème pour lequel il doit assumer au moins une part de responsabilité, l'UNICEF est intervenu relativement rapidement, dans les limites de ses capacités et de celles de ses partenaires, une fois apparue toute l'ampleur de l'épidémie. Pour l'essentiel, sa stratégie, qui a pourtant été mise en place trop lentement et qui n'a atteint sa pleine capacité qu'une fois que l'épidémie avait fait de nombreux ravages, s'est avérée concluante. La coopération avec l'OMS aurait dû être plus étroite et il a fallu du temps pour surmonter les différends concernant les rôles et les priorités. De fait, certains différends semblent ne pas avoir été résolus. L'UNICEF a collaboré de manière satisfaisante avec les autorités nationales et les ministères pertinents, a dirigé et mobilisé les efforts essentiels dans le secteur EAH pour lutter contre le choléra, mais a été moins efficace en matière d'engagement communautaire. Compte tenu des carences majeures au niveau de la capacité d'intervention globale, l'UNICEF a décidé à juste titre de ne pas s'en tenir aux mesures initialement prévues et d'élargir la portée de son action dans le domaine de la santé. Le groupe sectoriel EAH a été efficacement dirigé et semble s'être bien coordonné avec celui de la santé, même lorsque la coordination globale de la réponse vacillait.

50. Comme d'autres acteurs, l'UNICEF s'est retrouvé à courir après l'épidémie, mais figurait cependant parmi les premiers poursuivants et parmi ceux qui appelaient à une action collective renforcée. Dans ses efforts pour atteindre une couverture maximale, l'UNICEF a peiné à assurer la qualité des interventions auxquelles participaient ses partenaires (notamment en ce qui concerne la création et le fonctionnement des centres de traitement de la diarrhée), même s'il s'agissait là d'une responsabilité partagée. L'efficacité de certaines interventions de l'UNICEF, notamment son engagement communautaire et son travail de sensibilisation, demeure incertaine, en partie en raison du suivi limité. Mais le personnel de l'UNICEF, ses partenaires et les bénévoles méritent amplement d'être félicités pour ce qu'ils ont accompli dans des conditions opérationnelles exceptionnellement difficiles. Leur travail acharné et leur dévouement ont sauvé et protégé de nombreuses vies.

V. Recommandations

51. Recommandation 1 : Sécuriser l'approvisionnement en vaccins en prévision de nouvelles campagnes de vaccination. Compte tenu du risque très élevé d'une nouvelle flambée de choléra, de la vulnérabilité de la population et des limites de la réponse humanitaire, il est impératif de mettre en place une campagne préventive de vaccination orale début 2018. Tout en préparant un accord politique avec les autorités concernées au Yémen, il est recommandé de présenter une requête urgente « sans regrets » aux fournisseurs par l'intermédiaire du Groupe international de coordination afin de pouvoir mener une campagne ciblée dans les zones à risque élevé.

52. Recommandation 2 : Mettre en place les capacités spécialisées régionales en matière d'épidémiologie/de choléra. L'équipe d'évaluation estime que les capacités internes en épidémiologie sont une composante essentielle de l'arsenal dont dispose l'UNICEF pour lutter contre le choléra et d'autres maladies épidémiques. Le fait de dépendre des capacités de renfort internes pour remplir ce rôle entraîne un retard, comme cela s'est produit au Yémen en 2017. La vulnérabilité des pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) est telle qu'elle justifie l'existence d'un poste spécialisé dédié au sein du Bureau régional qui doit être perçu comme faisant partie intégrante du renforcement des capacités régionales. Cela permettrait au Bureau régional de travailler avec les bureaux de pays pour, par exemple, évaluer les risques et dresser des plans d'urgence, mesurer régulièrement les capacités de préparation des pays, analyser les données émergentes sur le choléra ou d'autres épidémies et soutenir l'apprentissage par l'expérience dans différents pays.

53. Recommandation 3 : Renforcer les capacités régionales en matière de lutte contre le choléra. L'UNICEF doit renforcer les capacités d'intervention régionales dans les pays du MENA en constituant un réseau de personnel expérimenté dans la lutte contre le choléra, et en assurant des formations régionales en vue de partager les connaissances les plus récentes, de découvrir le savoir-faire d'autres régions du monde et de connaître les expériences d'autres pays dans ce domaine. Il convient d'aider les pays à définir les lignes directrices, les plans d'intervention, les procédures opérationnelles permanentes et les modules de formation de sorte qu'ils soient prêts à agir.

54. Recommandation 4 : Créer une équipe spéciale chargée de la lutte contre le choléra au niveau du bureau régional. Les conseils relatifs au choléra fournis par différentes sections de l'UNICEF et par différentes composantes de son programme manquent de cohérence interne. Il est recommandé à cet égard que les différentes sections du Bureau régional MENA ayant des responsabilités dans ce domaine (EAH,

santé, C4D et nutrition) se rassemblent au sein d'une équipe spéciale de lutte contre le choléra pendant la durée de l'épidémie afin de faciliter une plus grande cohérence au niveau de la planification, du soutien et de la mise en œuvre du programme.

55. Recommandation 5 : Harmoniser les approches de l'UNICEF/l'OMS et clarifier les rôles. La réponse à l'épidémie de choléra a mis en évidence les différends entre l'OMS et l'UNICEF en matière d'attribution des rôles ; un certain temps a été nécessaire pour les résoudre. Par conséquent, les discussions entre la direction de l'UNICEF et de l'OMS visant à tirer les enseignements de la crise de 2017 et à faire en sorte que les deux organismes harmonisent davantage leurs futures interventions doivent être au cœur de la préparation à une nouvelle épidémie ou à une troisième flambée.

56. Recommandation 6 : Clarifier les processus de coordination. La coordination de la réponse à l'épidémie de choléra en 2017 au Yémen a manqué de rigueur, entraînant le chevauchement et le fonctionnement parallèle de multiples mécanismes. En particulier, les rôles respectifs des groupes sectoriels (santé/EAH) à l'égard des centres d'opérations d'urgence étaient mal définis. Une autre composante essentielle de la préparation est la clarification et la simplification des processus de coordination de la lutte contre le choléra et des rôles respectifs de l'équipe spéciale chargée de la lutte contre le choléra, des centres d'opération d'urgence, des groupes sectoriels EAH et de la santé, du Bureau de la coordination des affaires humanitaires et de l'équipe de pays pour l'action humanitaire/du mécanisme de coordination intersectorielle.

57. Recommandation 7 : Intensifier et sécuriser le travail préventif dans le secteur EAH. Si la plupart des mesures de prévention essentielles du groupe sectoriel EAH sont à moyen ou à long terme, certaines composantes sont cruciales pour la prévention à court terme. Il s'agit, entre autres, de la maintenance du système et de la fourniture continue de carburant, de chlore et de pièces détachées pour les systèmes d'approvisionnement en eau et de traitement des déchets. Compte tenu de l'instabilité de la situation au Yémen, l'UNICEF doit prendre toutes les mesures nécessaires pour sécuriser les chaînes d'approvisionnement concernées et créer des stocks d'urgence en fonction des besoins, tout en assurant une C4D et en protégeant les sources d'eau dans les zones à haut risque et à l'échelle locale.

58. Recommandation 8 : Renforcer la surveillance du choléra et la communication de résultats en la matière à l'échelle nationale. En dépit de l'amélioration du processus de surveillance local et central et de l'introduction de listes électroniques, il faut faire davantage pour renforcer ce processus et améliorer l'exactitude des données et la rapidité des comptes rendus. Il est recommandé à l'UNICEF de collaborer avec l'OMS et les autorités sanitaires pour effectuer un audit du système de surveillance allant du niveau local au niveau national, afin d'identifier les étapes nécessaires au renforcement du système.

59. Recommandation 9 : Renforcer la surveillance et les capacités d'intervention communautaires. Compte tenu des problèmes de sécurité et d'accès, l'UNICEF et ses partenaires doivent contribuer au renforcement des capacités communautaires dans les zones à risque élevé afin de prévenir les flambées de diarrhée aiguë, de s'y préparer et d'y faire face. À cette fin, il faudrait faciliter l'identification et la notification des cas par l'intermédiaire des coordonnateurs communautaires et le traitement précoce des cas présumés dans les postes communautaires de réhydratation orale.

60. Recommandation 10 : Améliorer les capacités d'intervention rapide. L'UNICEF doit s'appuyer sur les modèles de mécanisme d'intervention rapide et

d'équipe d'intervention rapide et, en collaboration avec ses partenaires, s'appuyer sur les enseignements tirés de l'épidémie de 2017 pour renforcer ces mécanismes en prévision de futures interventions. À cette fin, il faudrait revoir les modules de formation et les procédures opérationnelles permanentes de l'équipe d'intervention rapide, assurer des formations en amont de futures épidémies et soutenir la planification commune interinstitutions, y compris la définition précise des rôles et des responsabilités et la réalisation d'exercices de simulation. Les contrats et les accords préalables appropriés doivent être conclus avec les fournisseurs et les partenaires opérationnels.

61. Recommandation 11 : Prendre des mesures supplémentaires de préparation aux interventions. Outre celles relatives à la préparation citées ci-dessus, l'UNICEF doit prendre de nouvelles mesures pour : garantir les capacités d'intervention du groupe sectoriel EAH, y compris à l'aide de formations ; garantir les fournitures nécessaires aux kits anti-choléra ; et investir dans les stocks d'urgence ou les accords d'achat aux niveaux local et international.

62. Recommandation 12 : Renforcer le suivi et le contrôle de la qualité. Les responsables du suivi, notamment du programme mis en place par l'UNICEF en 2017, ont dû relever le déficit de couvrir un programme déployé à très grande échelle avec relativement peu de ressources et un accès limité. C'est là un sujet de préoccupation du point de vue de la responsabilité et du contrôle de la qualité, ainsi qu'un problème pour le système dans son ensemble. L'UNICEF doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour renforcer le suivi direct et indirect ; le corollaire essentiel étant d'apprendre à mieux utiliser les résultats du suivi du programme pour éclairer en permanence la réponse en cours et l'adapter en conséquence.

63. Recommandation 13 : S'efforcer de mieux comprendre les comportements et les contextes de transmission. La réponse de 2017 manquait d'informations sur les pratiques des ménages et des communautés, ou sur les connaissances, les attitudes et les croyances de la population en matière de choléra et de lutte contre la maladie. Une enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques est actuellement prévue et devrait être complétée par des efforts continus visant à comprendre les perceptions et les problèmes des ménages lors de toute riposte à une épidémie. L'UNICEF doit également effectuer des recherches socio-anthropologiques et épidémiologiques, et identifier les zones à risque de choléra, les facteurs de risque et les pratiques et les comportements communautaires à risque, ainsi que l'adhésion de la communauté aux messages des campagnes.

64. Recommandation 14 : Consolider l'apprentissage global de l'UNICEF en matière de choléra. L'UNICEF a beaucoup appris de la lutte contre l'épidémie de choléra qu'il a menée au Yémen en 2017 ; d'autres flambées majeures récemment survenues en Haïti, au Soudan du Sud et au Zimbabwe ; des initiatives régionales contre le choléra menées en Afrique de l'Ouest, de l'Est et du Sud ; ainsi que des réponses à d'autres types d'épidémie (notamment le virus Ebola). L'UNICEF devrait organiser un cours destiné aux membres du personnel concernés afin de consolider les expériences récentes de lutte contre le choléra en prenant le Yémen comme principale étude de cas.

65. Recommandation 15 : Consolider les capacités épidémiologiques globales de l'UNICEF. Au vu de son expérience au Yémen, l'UNICEF devrait créer un réseau régional et mondial d'experts (internes/externes) de la lutte contre le choléra, qui participerait aux efforts de capitalisation et aux échanges mondiaux. Les membres de ce réseau pourraient apporter des renforts pendant les grandes épidémies et jouer un

rôle de supervision et de suivi aux niveaux régional et mondial. L'UNICEF devrait en outre contribuer davantage au renforcement de la compréhension des épidémies à l'échelle mondiale.

66. Recommandation 16 : Renforcer la préparation globale de l'UNICEF aux épidémies de choléra. L'UNICEF doit examiner sa capacité à faire face à de nouvelles épidémies de choléra dans l'ensemble des régions et des pays présentant un risque élevé. L'évaluation des risques et les plans d'urgence doivent être intégrés aux plans nationaux, le cas échéant. Cette intégration doit se faire de concert avec l'OMS et d'autres partenaires importants afin de garantir une coordination et une collaboration étroites avec d'autres organisations internationales.

Annexe

Évaluation de la réponse de niveau 3 de l'UNICEF à l'épidémie de choléra au Yémen : une crise au sein d'une crise

En raison du manque d'espace, la présente annexe ne contient pas le texte du rapport indépendant « Évaluation de la réponse de niveau 3 de l'UNICEF à l'épidémie de choléra au Yémen : une crise au sein d'une crise ». Le rapport est disponible sur le site Internet du Bureau d'évaluation de l'UNICEF : www.unicef.org/evaldatabase/index_102910.html.
