



Au-delà du choléra,  
**aggravation de la crise au Zimbabwe**

Médecins Sans Frontières

février 2009

*Photo de couverture : Dirk Jan Visser*

Chaque jour, des Zimbabwéens traversent la rivière Limpopo pour rejoindre l'Afrique du Sud, risquant leur vie pour fuir leur pays. Selon les estimations, 3 millions de Zimbabwéens ont trouvé refuge en Afrique du Sud. Il s'agit de l'exode le plus important qu'un pays d'Afrique ait connu en l'absence d'un conflit ouvert.

La crise politique, et la crise économique qui s'en est suivie, ont précipité l'implosion du système de santé et des infrastructures de base, favorisant une épidémie de choléra sans précédent qui a déjà fait des milliers de victimes. Mais le choléra n'est qu'une des facettes de cette crise humanitaire caractérisée par un accès insuffisant aux soins de santé, l'effondrement des infrastructures, une prévalence élevée du VIH, la violence politique, les déplacements internes et l'exode vers les pays voisins, les pénuries alimentaires/la malnutrition. La situation n'est pas nouvelle, mais elle s'est sensiblement aggravée ces derniers mois face à l'impasse politique et l'accélération de la faillite économique du pays. Qui plus est, l'urgence humanitaire n'a pas fait l'objet d'une réponse internationale coordonnée et vigoureuse.

Médecins Sans Frontières (MSF) est présente au Zimbabwe depuis 2000. Depuis 2007, l'organisation vient en aide aux Zimbabwéens qui ont fui vers l'Afrique du Sud. Actuellement, les équipes médicales présentes au Zimbabwe prennent en charge environ 75% des cas suspects de choléra. Depuis le début de l'épidémie en août 2008, MSF a soigné près de 45.000 patients et soutenu, indirectement, la prise en charge de plusieurs milliers d'autres cas en fournissant du matériel, un appui logistique, des conseils techniques et en assurant la formation du personnel du ministère de la Santé. Dans le cadre de ses programmes réguliers, MSF assure la prise en charge médicale de plus de 40.000 personnes vivant avec le VIH/sida, parmi lesquels 26.000 sont sous antirétroviraux (ARV). L'organisation offre en outre un soutien nutritionnel aux enfants souffrant de malnutrition sévère.

## **Choléra : l'urgence se poursuit**

« Faire face à l'afflux de patients toujours plus nombreux est un défi de chaque instant. Nous commençons à manquer de place et de lits pour les patients. » – Un membre du personnel MSF.

L'épidémie de choléra, qui a éclaté en août 2008, a pris des dimensions sans précédent au Zimbabwe et elle n'est pas encore endiguée. MSF a traité plus de 45.000 personnes, soit environ 75% de tous les cas de choléra depuis le début de l'épidémie. L'ampleur de l'intervention de MSF se justifiait par le caractère massif de l'épidémie et l'incapacité des structures de santé locales à y faire face.

Des cas ont été recensés dans toutes les provinces. Actuellement, plus de 500 membres du personnel de MSF se consacrent à l'identification de nouveaux cas et au traitement des patients nécessitant des soins. Depuis le début du mois de février 2009, l'épidémie s'est déplacée des villes vers les zones rurales, où l'accès aux soins est particulièrement limité. Dans certaines zones urbaines, le nombre de cas n'en demeure pas moins préoccupant. L'épidémie est loin d'être sous contrôle. Au cours de la première semaine de février 2009, 4.000 nouveaux cas ont été pris en charge dans les seules structures soutenues par MSF.

Les raisons de l'épidémie ne font aucun doute: le manque d'accès à l'eau potable, les conduites d'égout détruites ou bloquées, les déchets non collectés qui envahissent les rues... Autant de symptômes de l'effondrement des infrastructures lié à la faillite économique et politique du pays.

Même si MSF a pu répondre massivement à cette épidémie, les équipes ont néanmoins fait face à des retards et des restrictions. En décembre, alors que le nombre de patients souffrant du choléra avait atteint un pic à Harare, avec près de 2.000 admissions hebdomadaires, il a fallu plusieurs semaines avant de recevoir la permission d'ouvrir un second département à l'Hôpital des maladies infectieuses de la capitale, afin d'accroître la capacité de traitement du choléra.

### Effondrement du système des soins de santé

Au cours de la seconde moitié de l'année 2008, les hôpitaux publics du Zimbabwe ont commencé à ne plus accueillir de patients, en raison du manque de fournitures et des salaires impayés. Les patients sont renvoyés chez eux et ceux qui n'ont pas les moyens de se faire soigner dans le privé n'ont pas accès aux soins de santé. Dans les zones rurales, les cliniques de MSF font face à un afflux de plus en plus important de patients venant des centres urbains. Il s'agit là d'une situation sans précédent pour des villes dont le système des soins de santé a été à un moment exemplaire.

Les centres de santé font face à un nombre de départs croissant parmi les principaux membres de leur personnel, surtout les infirmiers. Les salaires qu'ils perçoivent ne leur permettent pas de survivre dans une situation d'inflation galopante où l'économie informelle des trocs et autres trafics en dollar prend de plus en plus le dessus<sup>1</sup>. De nombreux travailleurs de la santé se sont tournés eux aussi vers le secteur informel ou ont rejoint l'Afrique de Sud.

En outre, les médicaments et le matériel médical de base (seringues, gants, etc.) font cruellement défaut. Les patients doivent acheter les médicaments dans des services généralement gérés par le gouvernement. MSF entend de plus en plus souvent que des fonctionnaires demandent aux patients de payer pour des médicaments sensés être gratuits dans les zones rurales. Dans un hôpital de Gweru, des patients en attente de chirurgie ont dû être renvoyés, faute de gants stériles et de matériel de suture. Ces pénuries concernent également le matériel de laboratoire et les réactifs, ainsi que l'eau potable et l'électricité.

Même si ces pénuries de personnel et de médicaments ne sont pas propres au Zimbabwe et si, en apparence, les structures de santé sont opérationnelles, les lits vides et les portes fermées sont symptomatiques du délabrement d'un système de santé qui pouvait autrefois assurer des soins médicaux de qualité, mais

---

<sup>1</sup> Les défis auxquels les infirmiers font face en termes de salaires voient certaines améliorations en 2009 alors que différentes agences des Nations unies, des donateurs et des ONG veillent à payer des incitants financiers au personnel du ministère de la Santé. Cependant, malgré ce projet, un infirmier sera payé en moyenne 60 dollars américains par mois. Ce montant couvre à peine les coûts de transport des infirmiers pour se rendre sur leur lieu de travail et revenir.

qui, aujourd'hui, n'est plus en mesure de gérer les conséquences sanitaires de l'aggravation de la crise politique et économique.

### Les personnes vivant avec le VIH/sida

L'espérance de vie au Zimbabwe a dégringolé et ne dépasse plus 34 ans<sup>2</sup>, en raison surtout de l'épidémie de sida qui ravage le pays. Un adulte sur cinq est aujourd'hui contaminé par le virus du sida.

Victimes des remous politiques et de la crise économique, les patients ont difficilement accès aux soins médicaux, y compris au traitement du VIH/sida.

Or, les rendez-vous médicaux des personnes vivant avec le VIH/sida doivent absolument être respectés de façon à garantir la continuité des soins et un suivi approprié. Toute interruption du traitement ou retard dans la prise des médicaments peut avoir de graves conséquences sur la santé des patients. Il arrive donc souvent que l'état de santé des patients décline rapidement. À long terme, ils peuvent en outre développer une résistance au traitement de première ligne. Cependant, venir aux rendez-vous est devenu de plus en plus difficile pour les patients. Pour nombre d'entre eux, la désorganisation et le coût élevé des transports sont des obstacles à l'accès aux infrastructures de soins de santé. En outre, la fermeture de centres de santé oblige les patients à parcourir des distances de plus en plus longues pour se faire soigner.

Alors qu'il n'y a plus que quelques médecins au Zimbabwe, un nombre élevé de patients doivent être placés sous ARV. Quelque 2.500 patients sont ainsi en attente d'un traitement à Bulawayo. Les infirmiers ne sont pas autorisés à initier le traitement, même s'ils assurent les consultations et prescrivent des antibiotiques.

Malgré la pénurie de personnel soignant au Zimbabwe, MSF fait face à des restrictions pour faire entrer des médecins dans le pays. Les médecins sont toujours tenus d'effectuer un stage de trois mois. Une obligation devenue d'autant plus problématique que les principaux hôpitaux qui accueillent ces internes ont fermé leurs portes.

En outre, les permis de travail des collaborateurs internationaux sont difficiles à obtenir ou renouveler. Il faut en moyenne trois mois pour obtenir un permis de travail. Il est non seulement impératif de lever ces restrictions imposées à MSF, mais aussi d'habiliter les infirmiers à instaurer et à gérer les traitements ARV.

Les déplacements internes et/ou la fuite vers les pays voisins compliquent encore le respect du traitement

---

<sup>2</sup> Espérance de vie des femmes selon l'OMS, 2006. L'espérance de vie des hommes étant de 37 ans.

ARV. Certains patients n'osent plus se déplacer pour se rendre aux services de soins de santé suite aux violences politiques qui ont éclaté en juin 2008 pendant la période préélectorale. Le problème de l'accès aux soins de santé a retardé la mise sous ARV de nombreux patients en attente d'un tel traitement, ce qui risque d'augmenter la mortalité pré-ARV. De très nombreux patients ont fui pour se réfugier dans d'autres pays comme l'Afrique du Sud. Une fois sur place, ils n'osent souvent pas se rendre dans les structures de soins de santé, par crainte d'être arrêtés ou expulsés.

### **Pénuries alimentaires et malnutrition**

Entre le 4 juin et le 29 août 2008, le gouvernement du Zimbabwe a banni la plupart des associations humanitaires internationales, menant à un arrêt quasi-complet des distributions de nourriture dans le pays. Cette interdiction a été levée, mais ses conséquences se font encore sentir aujourd'hui. Dans certaines zones du pays, les distributions alimentaires n'ont toujours pas repris.

Les pénuries alimentaires représentent un problème majeur qui risque encore de s'aggraver entre février et mars 2009, qui correspond au pic de la « saison de la faim » avant le début des récoltes.

« Pour moi, le plus grave problème au Zimbabwe aujourd'hui, c'est la situation alimentaire. Certaines personnes commencent à se nourrir de fruits sauvages et rien d'autre pendant parfois toute une semaine. »

Un Zimbabween dans une clinique de MSF.

En décembre, mais aussi en janvier, MSF a enregistré deux fois plus d'admissions d'enfants au programme nutritionnel d'Epworth. MSF a dû abandonner son évaluation nutritionnelle. Avec cette mesure, MSF n'est plus à même de répondre à la situation nutritionnelle que connaît le pays et craint que certains enfants ne puissent avoir accès à ses cliniques.

Devant la pénurie de produits agricoles abordables, l'insécurité alimentaire qui frappe le Zimbabwe se prolongera jusque tard dans la prochaine saison.

« Je viens de la région rurale de Gutu. Je me suis marié il n'y a pas longtemps et je vivais avec ma femme et mes parents. Ma femme est enceinte de 7 mois. Nous vivions tous de l'agriculture. Depuis cette année, la vie est devenue de plus en plus difficile. À cause de la sécheresse, les récoltes ont été mauvaises dans notre région. Ma femme souffre de la faim et

elle est enceinte. J'ai décidé de partir pour l'Afrique du Sud et d'aider ainsi les 7 membres de ma famille. J'espère pouvoir leur envoyer bientôt de quoi manger. »

Un Zimbabween d'une vingtaine d'années qui s'est réfugié à Musina, en Afrique du Sud.

Au plus fort des affrontements, certains patients nous ont dit que leurs récoltes et leurs réserves de vivres avaient été détruites. À Epworth, nous avons enregistré une augmentation sensible des abandons de traitement ARV dans notre programme, coïncidant avec l'arrêt des distributions alimentaires et le regain de violence entourant les élections.

### **Se réfugier dans des pays voisins**

Au cours de ces dix dernières années, la faillite économique, les pénuries alimentaires, l'effondrement du système de santé, la violence politique et l'agitation ont incité un nombre toujours plus élevé de Zimbabweens à se réfugier en Afrique du Sud. Pour les Zimbabweens qui franchissent cette frontière, les risques sont multiples : passages à tabac, viols ou vol par des bandits, les « guma-guma ». D'autres seront dévorés par les crocodiles en traversant la rivière Limpopo.

« Je viens du Zimbabwe. Je pense que personne ne prend vraiment au sérieux la gravité de la situation. Les gens ont faim. Quand un Somalien quitte son pays, tout le monde sait pourquoi. Tout le monde sait qu'il y a la guerre là-bas, mais on ne sait rien de la situation au Zimbabwe. »

Un Zimbabween à Musina, en Afrique du Sud.

Malgré la débâcle actuelle au Zimbabwe, le gouvernement d'Afrique du Sud qualifie les réfugiés zimbabweens d'« immigrés économiques volontaires », et moins de 5% des demandeurs d'asile reçoivent le statut de réfugié. Ils n'ont donc aucune chance d'obtenir le statut légal qui assurerait leur protection. Selon les estimations, quelque 3 millions de Zimbabweens vivaient en Afrique du Sud, la plupart clandestinement.

En Afrique du Sud, les Zimbabweens vivent dans la crainte permanente d'être expulsés. Même si la constitution sud-africaine garantit théoriquement l'accès aux soins de santé et autres services essentiels à tous ceux qui vivent sur son territoire, cette politique n'est pas toujours respectée, et la crainte des expulsions, et plus récemment, d'actes xénophobes, est pour beaucoup de Zimbabweens un obstacle à l'accès aux soins de santé.

## Conclusion

La crise politique et l'effondrement de l'économie qui en a résulté ont pour conséquences le choléra, les mouvements de population, l'inflation galopante, l'insécurité alimentaire, la violence et un accès insuffisant au traitement du VIH/sida et aux soins de santé en général.

Malgré les besoins humanitaires flagrants, le gouvernement du Zimbabwe continue de contrôler étroitement les organisations d'aide humanitaire. MSF doit faire face à des restrictions au niveau de ses interventions comme de ses évaluations médicales. Or c'est surtout dans les situations d'urgence, lorsque la rapidité d'action est une question de vie ou de mort, qu'il est essentiel de pouvoir apporter rapidement une réponse humanitaire.

Pour répondre à la catastrophe humanitaire au Zimbabwe, toute une série d'acteurs politiques et de l'aide humanitaire, y compris les Nations Unies et les bailleurs de fonds, doivent changer d'approche ou de stratégie. Il ne s'agit pas seulement de renforcer la réponse humanitaire, il faut aussi opter pour une approche des urgences plus proactive, basée sur une reconnaissance de la gravité de la crise sous ses différents visages, et pas uniquement celui du choléra. Des mesures urgentes doivent être prises dès aujourd'hui pour que les Zimbabwéens aient librement accès à l'aide humanitaire dont ils ont désespérément besoin.

Plus que jamais, une réponse humanitaire appropriée au Zimbabwe nécessitera un plus vaste « espace humanitaire » au sein duquel des organisations humanitaires indépendantes pourront travailler. Le gouvernement zimbabwéen doit faciliter les évaluations indépendantes des besoins, permettre aux organisations d'aide humanitaire de travailler partout où des besoins sont identifiés, et lever les restrictions administratives de façon à ce que les programmes soient gérés par un nombre suffisant de personnes et que les médicaments puissent être fournis rapidement.

Les gouvernements bailleurs de fonds et les agences des Nations Unies doivent veiller à séparer l'aide humanitaire des processus politiques. Leurs politiques à l'égard du Zimbabwe ne doivent pas être menées au détriment des impératifs humanitaires afin d'assurer aux enfants souffrant de malnutrition, aux victimes de la violence, aux personnes vivant avec le VIH/sida ou souffrant d'autres maladies un accès sans entraves à l'assistance dont ils ont besoin pour survivre.