

La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : obstacles et facilitateurs à la prestation de services efficaces



Engager et responsabiliser un personnel de santé innovant et localisé

APERÇU

Dans le cadre d'une série qui examine les principales conclusions et recommandations de l'étude du consortium BRANCH sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et sur la nutrition (ci-après santé des femmes et des enfants, « SFE ») dans les situations de conflit*, cette note se concentre sur les **obstacles et les facilitateurs à la prestation de services de santé efficaces aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit, en particulier en ce qui concerne le personnel de santé.**

Nous reconnaissons que les recherches présentées dans cette note ont été réalisées avant la pandémie de COVID-19 et les tensions accrues en matière de sécurité et de conflit qui ont éclaté dans certaines régions depuis. Nous comprenons également que les obstacles présentés dans cette note ont très probablement été renforcés ou multipliés en raison de ces facteurs.

Pour mettre en évidence l'impact de la pandémie et du conflit régional en cours/en escalade et considérant que les preuves relatives à la SFE dans les situations de conflit pendant la COVID-19 sont rares pour le moment et qu'une lacune doit être comblée, un ensemble de courts résumés mettant en évidence les messages régionaux clés sera également élaboré à partir d'une série d'ateliers régionaux qui intègrent des aspects de cette perspective. Les ateliers se tiendront avec les principaux intervenants de la recherche, de la pratique et des politiques de la santé. Ils seront organisés par le consortium BRANCH, le PMNCH et nos organisations partenaires locales et régionales au cours de l'été/automne 2021, afin de discuter davantage des

besoins actuels en matière d'identification et de déploiement d'un personnel de santé approprié, entre autres questions clés.

Pour accéder à ces ressources supplémentaires, veuillez vous connecter périodiquement au site Web de BRANCH¹ et consulter l'appel à l'action pour la COVID-19² du PMNCH.

Cette note est destinée aux ONG locales, aux organisations internationales, aux organisations de la société civile, aux gouvernements, aux agences des Nations Unies, aux bailleurs de fonds et aux donateurs, aux travailleurs de la santé et de première ligne, aux communautés, aux chercheurs, aux universitaires et à d'autres acteurs humanitaires-clés, qui peuvent tous jouer un rôle dans la compréhension et l'amélioration de la SFE dans les situations de conflit.

** À ce jour, la recherche du consortium BRANCH consiste en :*

- 1. Un ensemble de dix études de cas de pays qui examinent l'efficacité des stratégies de mise en œuvre et d'exécution ;*
- 2. Un ensemble de huit revues systématiques qui examinent de manière critique les directives existantes pour les interventions clés, telles que les maladies infectieuses, les MNT, les traumatismes, WASH, SSR, la santé mentale, l'ANJE et la nutrition ;*
- 3. Une série du Lancet en 4 parties sur la santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit, accompagnée de deux commentaires.*

RÉSULTATS CLÉS DE LA RECHERCHE BRANCH

Le personnel de santé est un élément important pour garantir que les services de santé essentiels soient fournis aux populations en situation de conflit qui en ont besoin. Cependant, il s'agit également d'un domaine où il faut faire face à de nombreux défis, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de fournir des services aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit.³⁻¹¹

Selon les recherches récentes de BRANCH effectuées dans 10 pays - Afghanistan, Colombie, République démocratique du Congo (RDC), Mali, Nigeria, Pakistan, Somalie, Soudan du Sud, Syrie et Yémen -, le personnel de santé est le seul sujet signalé comme étant un obstacle majeur à la prestation de services (de santé) aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit dans tous les contextes.¹²⁻²²

Dans les situations de conflit, la pénurie de **travailleurs de la santé** est amplifiée par les problèmes d'accès et de **sécurité**. Cela concerne notamment la **disponibilité limitée** de personnel de santé qualifié et spécialisé, et plus encore, le **manque de femmes dans le personnel de santé**.

AFGHANISTAN

le personnel de santé féminin limité

Les sages-femmes et les infirmières font défaut dans les zones touchées par les conflits dans des pays comme l'Afghanistan, le Pakistan et la Syrie, ce qui entrave souvent davantage l'accès des femmes aux services de santé.^{13-15, 23, 24} Dans le cas de l'Afghanistan, les normes sociétales dictent que seules les femmes peuvent fournir des services de santé à d'autres femmes. Cependant, les restrictions imposées aux femmes par les talibans ont entraîné une pénurie de docteurs, de sages-femmes et d'infirmières qualifiées ainsi qu'un système de santé compromis pour les femmes.¹³

Dans la plupart des régions géographiques, il a été noté que **l'indisponibilité de spécialistes**, tels que les gynécologues, les chirurgiens, les pédiatres, les obstétriciens et les physiothérapeutes, entraîne un manque de ressources et de services nécessaires pour de nombreux besoins de santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents en situations de conflit (p. ex., en Colombie, en RDC, au Pakistan, en Afghanistan, au Yémen, en Syrie, en Somalie).¹³⁻¹⁹ Notons que, dans les autres pays, où cela n'a pas été identifié, cela était principalement dû à un manque général de personnel médical de base (p. ex., au Soudan du Sud).²⁰ Un manque de personnel de santé formé, y compris **un manque d'opportunités de formation** pour le personnel de santé, a également été signalé. En outre, un **manque d'incitations** à retenir les membres du personnel de santé a été noté.

YÉMEN

incitations inégales et roulement élevé

Le roulement élevé du personnel des établissements de santé était un défi dans tout le Yémen, en particulier dans les centres urbains.^{25, 26} Les principales raisons du roulement étaient économiques. Parmi ces raisons, se trouvent les travailleurs de la santé cherchant un emploi en dehors du Yémen, choisissant de travailler uniquement dans des cliniques privées plutôt que de maintenir une double pratique, des salaires plus élevés pour les postes programmatiques dans les agences humanitaires, ou le passage à des postes plus élevés ou des paiements incitatifs plus cohérents.¹⁸

Des taux inégaux d'incitations de la part des organisations humanitaires ont favorisé les tensions parmi les volontaires et ont eu un impact négatif sur leur motivation à travailler. Dans les zones contrôlées *de facto* par le gouvernement, des tensions palpables sont apparues entre le personnel à long terme rémunéré et les sous-traitants à court terme. Des représentants du gouvernement ont également exprimé leur mécontentement à l'égard du rôle en matière d'incitations des organisations internationales.¹⁸

Il a également été constaté que les **systèmes de registre étaient insuffisants** pour assurer le suivi du (nombre de) personnel de santé et leur emplacement à travers le pays (p. ex., en Somalie).¹⁹ **Une faible coordination** entre diverses institutions, en particulier les ministères de la Santé et de l'Éducation, a également été signalée en ce qui concerne le renforcement des capacités du personnel de santé (p. ex., en Somalie et en Syrie).^{12, 15, 19}

MALI

l'impact de l'insécurité

L'insécurité était un problème majeur et a été signalée dans toutes les études de cas nationales.¹²⁻²² Dans le nord du Mali, la capacité à exécuter des services a été affectée par le conflit, imprévisible et en évolution rapide. La situation en matière de sécurité dans certaines zones pourrait évoluer rapidement et les personnes interrogées ont souvent déclaré se sentir vulnérables aux attaques. Les personnes travaillant dans les organisations de développement et humanitaires ont souvent été la cible d'enlèvements. Cela a eu un impact sur les coûts ainsi que sur le recrutement et la fidélité du personnel de santé, entraînant une interruption des services et obligeant les organisations à recruter et à former de nouveaux employés en permanence.^{21, 27}

IMPLICATIONS POLITIQUES

Sur la base des principales conclusions et recommandations de la recherche du consortium BRANCH, plusieurs demandes politiques ont été suggérées à divers acteurs humanitaires afin de renforcer la prestation de services et la recherche sur la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents en situation de conflit, en particulier en ce qui concerne le personnel de santé.^{12-22, 28, 29}

1. Embauche locale en fonction des priorités et des besoins

Il est important d'embaucher des travailleurs (de la santé) locaux, en particulier en fonction de la priorité et des besoins du contexte³⁰, afin de garder un personnel en continu, d'assurer une diminution des menaces de sécurité et de garder le personnel à plus long terme pour répondre aux besoins de SFE dans ces situations de conflit. Une confiance plus forte en la communauté et l'accessibilité pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents des communautés éloignées et difficiles à atteindre sont également plus facilement réalisables.

Le recrutement local était une stratégie utilisée par les agences humanitaires pour répondre aux préoccupations concernant le personnel de santé, la sécurité et le financement dans les situations de conflit. Le personnel local a contribué à atténuer les menaces de sécurité et a joué un rôle important dans la communication et l'établissement de la confiance avec la communauté, en particulier avec les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents en situation de conflit.

En Syrie, la gestion à distance depuis certains centres a permis d'améliorer l'accès à certaines zones géographiques lorsqu'aucun accès physique n'était possible.¹⁵ Les partenaires locaux étaient souvent considérés comme importants pour fournir des renseignements sur les menaces pour la sécurité (p. ex., au Mali, en Colombie)^{16, 21}. De nombreux répondants internationaux soulignaient qu'ils comptaient davantage sur le personnel et les partenaires locaux et nationaux pour la prestation de services (de santé) aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit pour cette raison (p. ex., en RDC, en Somalie, en Syrie, au Yémen).^{11, 13, 15, 17, 19}

Les constats en Colombie, en RDC et en Somalie démontrent l'importance de la **motivation intrinsèque** et du « **sens du devoir** » pour garder le personnel de santé dans les situations de conflit.^{16, 17, 19} Les travailleurs de la santé nationaux, en particulier ceux qui travaillent avec les enfants, ont ressenti le besoin de protéger l'avenir du pays. Le personnel de santé local était également plus susceptible de **poursuivre le travail**, même en cas d'absence de financement et de retards de salaire, étant donné leur **lien avec les communautés**. Cela était un moyen de contourner les déficits de financement, bien que ce ne soit pas une solution ou une stratégie à long terme.¹²

Les recherches de BRANCH montrent également qu'il est important de bien soutenir les acteurs locaux en situation de conflit, y compris le personnel de santé, et de ne pas leur faire courir de risques disproportionnés dans les interventions, qui pourraient entraver leur capacité à agir. En voici

quelques exemples : prévoir des **formations techniques pour des interventions** efficaces et/ou **éviter tout écart de salaire**, ainsi que prévoir des **taux d'incitation standardisés**, ce qui est également important.^{2, 12}

Des stratégies nationales sont également nécessaires pour soutenir ces plans, en veillant à ce qu'il y ait suffisamment de personnel de santé formé, soutenu et de haute qualité, en fonction des besoins et des priorités locales.²

2. Innovation pour optimiser la prestation de services

Investir dans le développement de modes innovants et adaptés de prestation de services de SFE permet d'alléger la charge de travail du personnel de santé, d'offrir des services accessibles et rentables pour atteindre les populations dispersées et éloignées, et de renforcer le système d'orientation dans les situations de conflit.

Le mode de prestation de services et l'utilisation de prestations de services innovantes pourraient également alléger la charge de travail du personnel de santé, en particulier dans les situations de conflit. Cela inclut, par exemple : **la gestion à distance** (des équipes et des installations), l'utilisation de **cliniques mobiles** pour fournir des services aux zones reculées et difficiles d'accès et aux groupes vulnérables, tels que les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents (p. ex., au Soudan du Sud)^{20, 31}, **des postes de traitement, des visites à domicile**, la promotion des **services communautaires** pour rapprocher les services des populations (p. ex., au Pakistan et en Afghanistan)^{13, 14}, et l'intégration de la **technologie**, comme WhatsApp ou des protocoles cliniques électroniques pour exécuter des services dans les situations de conflits.¹²

Mettre en œuvre des **ensembles intégrés de services de SFE** (p. ex., en combinant des services de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale, et des centres de lutte contre la violence sexiste, en fournissant des soins d'accouchement) au point de livraison est une autre stratégie pour **augmenter le nombre de services** qui peuvent être fournis en une seule visite, pour **minimiser le nombre de visites** nécessaires dans un établissement de santé et pour **réduire la charge de travail imposée au personnel de santé** (p. ex., en Afghanistan et au Nigeria)^{13, 22}, permettant ainsi également de fournir des services plus rentables et efficaces aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit.¹²

Des soins de qualité, y compris des soins respectueux et dignes, et un engagement communautaire efficace sont également essentiels.²

La délégation ou le partage des tâches est une autre solution innovante proposée dans les situations de conflit, où les tâches sont transférées, si nécessaire, à du personnel de santé moins spécialisé. Dans le cas du Pakistan, par exemple, le programme Lady Health Workers (LHW) a été développé pour répondre aux besoins des communautés à travers le pays.¹⁴ En tant que résident de la communauté, le programme LHW joue un rôle important dans la prestation de services de santé préventifs, promotionnels et curatifs de base à la zone desservie, ainsi que dans la liaison et l'orientation vers des services de santé

supplémentaires. Cette approche au niveau du terrain se concentre sur l'augmentation du personnel de santé afin d'atteindre les populations dispersées et éloignées par le biais du personnel de santé communautaire (PSC), des bénévoles et des professionnels paramédicaux. Ces rôles ont un impact remarquable sur la SFE dans les situations de conflit et permettent à davantage de femmes de rejoindre le personnel de santé.^{12, 32-34}

La collecte de données est également considérée comme importante, non seulement par BRANCH, mais aussi par d'autres parties prenantes essentielles dans le domaine humanitaire.^{10, 35-39} Bien que leur rôle principal soit la prestation de services, les volontaires communautaires ou le personnel de santé pourraient également jouer un rôle important dans la collecte de données pour le suivi et l'évaluation au niveau des ménages dans les situations de conflit, en utilisant des technologies et des dispositifs plus récents.²⁹ L'implication de volontaires de la communauté ou du personnel de santé dans la collecte de données peut être considérée comme une approche prometteuse pour surmonter certains des défis liés à la collecte de données de haute qualité dans les situations de conflit, permettant également aux chercheurs de mieux comprendre le paysage humanitaire et de prestation de services. De plus, une prestation de services accessible, réalisable et rentable est un élément important de la recherche sur la mise en œuvre nécessaire dans les situations de conflit.

3. Engager et responsabiliser les communautés

Permettre aux acteurs locaux de participer à la prise de décision concernant le financement et la programmation, ainsi que les équiper, garantirait que les services nécessaires soient fournis aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit.

Transférer l'équilibre du pouvoir, concernant par exemple **le financement et la prise de décision, vers les acteurs locaux** et non plus vers les agences internationales plus grandes, parfois plus entravées, est une autre stratégie qui s'est avérée utile pour fournir des services (de santé) aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit, en particulier en alignant les fonds sur les besoins réels des communautés et du personnel de santé.¹² Au Mali, les organisations utilisent le terme « *faire faire* » pour désigner cette pratique consistant à sous-traiter la

prestation des services à des organisations locales ou à des membres de la communauté, en particulier lorsqu'il y a des problèmes de sécurité, mais aussi comme moyen d'obtenir des informations contextuelles locales. Ce terme décrit également les moyens par lesquels les organisations financent les centres de santé locaux ou mènent des activités de renforcement des capacités avec le personnel de santé local.²¹

Souvent, le personnel (de santé) local est **plus conscient des problèmes sur le terrain** auxquels la SFE est confrontée, permettant ainsi de **fournir des services plus adaptés** à l'évolution des changements. L'implication de la main-d'œuvre locale est donc encouragée. Les acteurs externes peuvent alors se concentrer sur le suivi et l'évaluation des programmes et services.

Pour assurer une meilleure collaboration et coordination, il est également important que les décisions soient alignées sur les priorités locales et régionales identifiées à tous les niveaux (p. ex., les communautés, les établissements de santé, les donateurs, les gouvernements, les organisations locales et internationales, les universitaires, les chercheurs, etc.).

CONCLUSIONS

Il existe de nombreux obstacles associés à la prestation de services de santé aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents en situation de conflit, en particulier en ce qui concerne le personnel de santé. Plusieurs solutions ou facilitateurs ont été proposés aux ONG locales, aux gouvernements, aux organisations internationales, aux donateurs et à d'autres acteurs humanitaires essentiels afin d'atténuer ces obstacles. La prise de conscience et l'action collectives sont essentielles.

La prochaine étape nécessaire consiste à entamer davantage de recherches sur le thème du personnel de santé dans les situations de conflit, dans la mesure où cela concerne la SFE.²⁹ Grâce à un accès à davantage de données, une meilleure compréhension des divers problèmes à travers les régions, les situations de conflit et entre les acteurs peut être acquise et des solutions supplémentaires peuvent être fournies. Cela peut également permettre de mettre en évidence les besoins et demandes exacts concernant la mise en œuvre des politiques, des programmes et des stratégies au niveau des pays, afin de soutenir la disponibilité et l'accessibilité d'un personnel de santé de haute qualité et facilement disponible, entre autres.

Pour plus d'informations, visitez :

branchconsortium.com

BRANCH



Bridging Research & Action in Conflict Settings
for the Health of Women & Children

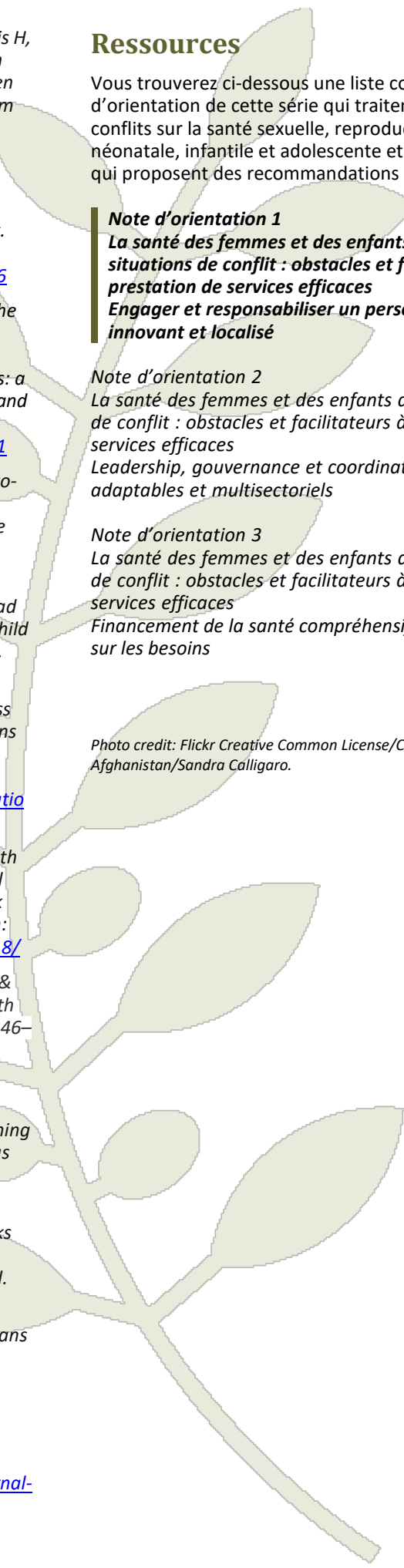
With support from:



Cette note est tirée des résultats de recherche de la série du Lancet sur la santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit.

Références

1. The Health of Women, Newborns, Children and Adolescents in Conflict Settings: Improving Evidence and Guidance for Effective Action. BRANCH. 2021. <http://www.branchconsortium.com>
2. PMNCH Call to Action on COVID-19. PMNCH. 2021. <https://pmnch.who.int/news-and-events/campaigns/pmnch-call-to-action-on-covid-19/>
3. Devi S. Yemeni health under relentless pressure. *Lancet*. 2018;391(10121): 646. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30260-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30260-5)
4. Yemen's silent killers. *Lancet* 2017;389(10070):672. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30390-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30390-2)
5. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021; published online Jan 24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
6. Wise PH. The epidemiologic challenge to the conduct of just war: confronting indirect civilian casualties of war. *Daedalus*. 2017; 146: 139–54.
7. Alda E, Mc Evoy C. Beyond the battlefield: towards a better assessment of the human cost of armed conflict. Geneva: Small Arms Survey, 2017.
8. Rubenstein L, Bales C, Spitzer W, Wille C. Violence on the frontline: attacks on health care in 2017, safeguarding health in conflict, 2019. Geneva: Safeguarding Health in Conflict, 2019.
9. Safeguarding Health in Conflict Coalition. Impunity must end: attacks on health in 23 countries in conflict in 2016. [Internet]. 2017. Available from: <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/les/SHCC2017nal.pdf>
10. Percival V, Richards E, MacLean T, Theobald S. Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better? *Confl Heal*. 2014;8(1):19.
11. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends: forced displacement in 2019. 2020. <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/>
12. Singh NS, Ataullahjan A, Ndiaye K, et al and the BRANCH Consortium Steering Committee. Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings: what have we learned from 10 country case studies? *Lancet*. 2021; published online Jan 24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00132-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00132-X)
13. Mirzazada S, Padhani ZA, Jabeen S, et al. Impact of conflict on maternal and child health service delivery: a country case study of Afghanistan. *Conflict and Health*. 2020;14:38. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00285-x>
14. Das JK, Padhani ZA, Jabeen S, et al. Impact of conflict on maternal and child health service delivery – how and how not: a country case study of conflict affected areas of Pakistan. *Conflict and Health*. 2020;14:32. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00271-3>
15. Akik C, Semaan A, Shaker-Berbari L, et al. Responding to health needs of women, children and adolescents within Syria during conflict: intervention coverage, challenges and adaptations. *Conflict and Health*. 2020;14:37. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00263-3>
16. Ramos Jaraba SM, Quiceno Toro N, Ochoa Sierra M, et al. Health in conflict and post-conflict settings: reproductive, maternal and child health in Colombia. *Conflict and Health*. 2020;14:33. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00273-1>
17. Altare C, Bwenge Malembaka E, Tosha M, et al. Health services for women, children and adolescents in conflict affected settings: experience from North and South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Conflict and Health*. 2020;14:31. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00265-1>
18. Tappis H, Elaraby S, Elnakib S, et al. Reproductive, maternal, newborn and child health service delivery during conflict in Yemen: a case study. *Conflict and Health*. 2020;14:30. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00269-x>
19. Ahmed Z, Ataullahjan A, Gaffey MF, et al. Understanding the factors affecting the humanitarian health and nutrition response for women and children in Somalia since 2000: a case study. *Conflict and Health*. 2020;14:35. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0241-x>
20. Sami S, Mayai A, Sheehy G, et al. Maternal and child health service delivery in conflict-affected settings: a case study example from Upper Nile and Unity states, South Sudan. *Conflict and Health*. 2020;14:34. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00272-2>
21. Ataullahjan A, Gaffey MF, Tounkara M, et al. C'est vraiment compliqué: a case study on the delivery of maternal and child health and nutrition interventions in the conflict affected regions of Mali. *Conflict and Health*. 2020;14:36. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-0253-6>
22. Tyndall JA, Ndiaye K, Weli C, et al. The relationship between armed conflict and reproductive, maternal, newborn and child health and nutrition status and services in Northeastern Nigeria: a mixed methods case study. *Conflict and Health*. 2020;14:75. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00318-5>
23. Qarani WM, Kanji SI. Health System Analysis: Pakistan and Afghanistan; 2015. p. 06.
24. Afzal S, Masroor I, Shafgat G. Migration of health workers: a challenge for health care system. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2012;22(9):586–7.
25. Devi S. Yemeni health under relentless pressure. *Lancet*. 2018;391(10121): 646. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30260-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30260-5)
26. Yemen's silent killers. *Lancet* 2017;389(10070):672. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30390-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30390-2)
27. Degni F, Amara ID, Klemetti R. Women's Experiences in Accessing Maternal and Child Health Services During the Period of the Armed Conflict in the North of Mali. *Open Public Health J*. 2015;8:1.

- 
28. Ataullahjan A, Gaffey MF, Sami S, Singh NS, Tappis H, Black RE, et al. Investigating the delivery of health and nutrition interventions for women and children in conflict settings: a collection of case studies from the BRANCH Consortium. *Confl Heal*. 2020;14(1). <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00276-y>
29. Bhutta ZA, Gaffey MF, Spiegel PB, et al. Doing better for women and children's health and nutrition in the context of armed conflict. *Lancet*. 2021; published online Jan 24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00127-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00127-6)
30. Gaffey MF, Waldman RJ, Blanchet K, et al, and the BRANCH Consortium Steering Committee. Delivering health and nutrition interventions for women and children in different conflict contexts: a framework for decision making on what, when, and how. *Lancet*. 2021; published online Jan 24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00133-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00133-1)
31. Donini A, Maxwell D. From face-to-face to face-to-screen: remote management, effectiveness and accountability of humanitarian action in insecure environments. *International Review of the Red Cross*. 2013;95(890):383–413.
32. Bhutta ZA, Hafeez A, Rizvi A, Ali N, Khan A, Ahmad F, et al. Reproductive, maternal, newborn, and child health in Pakistan: challenges and opportunities. *Lancet*. 2013;381(9884):2207–18.
33. WHO. Using lay health workers to improve access to key maternal and newborn health interventions in sexual and reproductive health [Internet]. Geneva; 2013. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr1309/en/
34. WHO. WHO Recommendations: Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to Key Maternal and Newborn Health Interventions Through Task Shifting [Internet]. Geneva; 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148518/>
35. Murray, C. J., King, G., Lopez, A. D., Tomijima, N., & Krug, E. G. (2002). Armed conflict as a public health problem. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7333), 346–349. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.346>
36. Kristina MC, Susan TC, Andrew TB, Colleen H, Mamunur Rahman M, Peter M, et al. Real-time surveillance in emergencies using the Early Warning Alert and Response Network. *Emerging Infectious Disease Journal*. 2017;23(13).
37. Haar RJ, Risko CB, Singh S, Rayes D, Albaik A, Alnajar M, et al. Determining the scope of attacks on health in four governorates of Syria in 2016: results of a field surveillance program. *PLoS Med*. 2018;15(4):e1002559.
38. Bashour H. Let's not forget the health of the Syrians within their own country. *Am J Public Health*. 2015;105(12):2407–8.
39. World Health Organization. Maternal health in Nigeria: generating information for action 2019 [Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/maternal-health-nigeria/en/>

Ressources

Vous trouverez ci-dessous une liste complète des notes d'orientation de cette série qui traitent de l'impact des conflits sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et sur la nutrition et qui proposent des recommandations potentielles :

Note d'orientation 1

La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : obstacles et facilitateurs à la prestation de services efficaces
Engager et responsabiliser un personnel de santé innovant et localisé

Note d'orientation 2

La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : obstacles et facilitateurs à la prestation de services efficaces
Leadership, gouvernance et coordination stratégiques, adaptables et multisectoriels

Note d'orientation 3

La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : obstacles et facilitateurs à la prestation de services efficaces
Financement de la santé compréhensif, durable et basé sur les besoins

Photo credit: Flickr Creative Common License/Canada in Afghanistan/Sandra Calligaro.