

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

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 rôle et la fonctionnalité du leadership, de la gouvernance et de la coordination lors de la prestation de services.**

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 santé. Ils seront organisés par le consortium BRANCH, le PMNCH et nos organisations partenaires locales et

régionales au cours de l'été 2021 afin de discuter davantage des besoins actuels concernant le rôle et la fonctionnalité du leadership, de la gouvernance et de la coordination, 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

La gouvernance et la coordination du leadership sont des facteurs importants pour garantir que les services de santé essentiels soient rapidement disponibles, facilement accessibles et fournis en temps opportun 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.³⁻⁷

Un **manque de synergie et de collaboration** entre les ONG a été signalé dans les 10 pays étudiés par BRANCH - Afghanistan, Colombie, République démocratique du Congo (RDC), Mali, Nigeria, Pakistan, Somalie, Soudan du Sud, Syrie et Yémen -, en particulier là où les interventions sur le terrain pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents dans les situations de conflit étaient concernées.⁸⁻¹⁹ Dans de nombreux cas, plusieurs ONG offraient les mêmes services à la même population et au même moment. Ce résultat met en évidence un **fossé de communication** clair et évident entre les différents acteurs sur le terrain. Cela a souvent conduit à un chevauchement des programmes, des services et des fonds, appelant tous les acteurs humanitaires à agir sur cette question.^{8, 9}

SYRIE : de multiples stratégies de coopération

En Syrie, le secteur humanitaire a adopté un système de coordination où quatre principaux pôles régionaux existaient. Au sein de ces pôles, les agences des Nations Unies ont collaboré avec divers organes directeurs dans des zones sous différents groupes de contrôle (p. ex., le ministère de la Santé syrien ou les directions de la santé établies par les réseaux de santé locaux). Il a été signalé que la présence de différents centres de coordination rendait difficile l'adoption d'une approche harmonisée de la hiérarchisation et de la prestation des services et des normes alignées parmi les centres, en partie en raison des approches distinctes du système dirigé par les ONG/l'ONU par rapport au système national existant.¹⁰

MALI : approche cloisonnée de la prestation de services

Au Mali, les premières activités de réponse humanitaire ont été signalées comme étant mal coordonnées. De plus, les organisations (principalement des ONG) travaillaient de manière isolée, ce qui a entraîné une duplication des services de SFE. La collaboration entre les acteurs humanitaires a également été perçue comme insuffisante et demandant plus de synergie.¹¹

AFGHANISTAN : communication en cours

En Afghanistan, bien que des mécanismes de coordination aient été mis en place aux niveaux central et provincial, ils n'ont pas été pleinement utilisés, car les comités ne se réunissaient pas régulièrement et il n'existait aucun suivi approprié pour surveiller les progrès. Le manque de coordination et de communication a non seulement affecté la prestation des services de SFE, mais a également parfois entraîné une duplication des efforts.¹²

Une **adaptation constante** est nécessaire en ce qui concerne les mesures d'intervention dues à des situations imprévisibles et incertaines dans les situations de conflit. Plusieurs pays examinés ont signalé qu'il était nécessaire d'adapter fréquemment leurs interventions de SFE en raison de l'escalade de l'insécurité dans certaines parties du pays, des changements constants du conflit (p. ex., la nature, l'ampleur, le mouvement des troupes, la nature et l'intention des belligérants) et du coût de la prestation des services de SFE dans les endroits difficiles d'accès (p. ex., le Soudan du Sud, la Somalie, l'Afghanistan et la RDC).¹²⁻¹⁵ Cependant, dans certains cas, l'adaptation constante a entraîné une **discorde encore plus grande entre les acteurs humanitaires** en raison d'une incapacité à planifier, ralentissant ainsi souvent la réponse et la prestation des services de SFE (p. ex., au Yémen, en Colombie).^{16, 17}

SOUDAN DU SUD : des besoins et des approvisionnements en constante évolution

Dans certaines parties du Soudan du Sud, le transport aérien est le seul moyen de réapprovisionner les établissements de santé. Cependant, le contexte dynamique du pays a rendu difficile l'évaluation des besoins en approvisionnement des communautés. Estimer les interventions de SFE est également devenu difficile, car le coût actuel des fournitures ne pouvait pas être estimé à partir des hypothèses de coûts précédentes, puisque, outre l'inflation, le contexte changeait entièrement.¹³

Les déséquilibres de pouvoir entre les acteurs humanitaires nationaux et internationaux sont une autre source de tension conduisant à une mauvaise coordination et à une mauvaise gouvernance dans la prestation des services de SFE. Dans certains cas, le pouvoir de décision appartient au gouvernement local. Dans d'autres cas, il appartient aux organisations internationales. D'autres fois encore, ce rôle est partagé.

Ce pouvoir inégal s'accompagne également d'un accès inégal aux ressources entre les acteurs internationaux et nationaux. Cela entraîne une tension encore plus grande entre ceux qui ont accès aux fonds et ceux qui décident quels programmes et services sont fournis et comment ils sont fournis, etc. (p. ex., au Pakistan, au Nigeria).^{18, 19}

NIGERIA : nécessité d'un alignement et d'une prise de décision fondée sur des données probantes

Au Nigeria, le processus de prise de décision était multifactoriel et n'était pas entièrement fondé sur des preuves, la politique jouant un rôle important dans la prestation des services de SFE et entraînant parfois une réponse plus lente.²⁰ La nécessité d'apparaître neutre et d'opérer en tant que partenaire coopératif avec les autorités régionales (c'est-à-dire le gouvernement) a été considérée comme étant importante pour accéder aux communautés et fournir les services de SFE nécessaires.¹⁹

Il ne fait aucun doute que la plupart des autorités nationales et des agences humanitaires ont une vision commune de la prise en charge des plus vulnérables. Cependant, le calendrier, le budget et l'échelle de ces services varient largement entre les agences humanitaires internationales ciblant des zones géographiques particulières et les autorités nationales gérant l'espace local.

IMPLICATIONS POLITIQUES

La nature changeante des conflits et les « règles d'engagement » ont un impact sur le leadership, la gouvernance et surtout sur la coordination des efforts.²¹ Dans tout conflit, de nombreux acteurs humanitaires sont sur le terrain pour répondre aux besoins de la population. La manière dont ces acteurs collaborent et/ou couvrent divers domaines et services de santé est cruciale pour garantir la prestation de ces services (SFE) à ceux qui en ont besoin dans les situations de conflit.

La manière dont divers acteurs humanitaires et nationaux travaillent ensemble ou en synergie sur la prestation de services de SFE dans les situations de conflit peut être complexe. Sur la base des principales conclusions et recommandations de recherche du consortium BRANCH, plusieurs demandes politiques ont été suggérées à divers acteurs humanitaires afin de calmer cette tension continue et d'améliorer le leadership, la gouvernance et la coordination pour améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations de conflit.^{8-19, 21}

1. Planification stratégique et gouvernance

Une gouvernance minimale et stratégique entre les acteurs clés permettrait d'ajouter des rôles complémentaires dans la réponse et la prestation de services de SFE, tout en offrant également la flexibilité nécessaire pour travailler sur l'évolution des besoins dans les situations de conflit.

Pour une prestation de services efficace (SFE) dans les situations de conflit, une capacité complète de « gouvernance globale » n'est peut-être pas nécessaire, mais une « **gouvernance stratégique** » dans laquelle

des conditions de gouvernance minimales sont identifiées et maintenues lors de la prestation des interventions et des services l'est peut-être.^{21, 22} En d'autres termes, les critères et les besoins de base autour de la gouvernance globale peuvent être définis et acceptés par tous les acteurs en ce qui concerne la prestation de services (SFE), garantissant ainsi l'absence de chevauchement des efforts et **des rôles complémentaires**.

En outre, concentrer la responsabilité de la coordination de la réponse entre des acteurs opérationnels efficaces et moins nombreux viendrait également compléter cette notion, sachant que la coordination et la supervision de la réponse sanitaire humanitaire dans les pays incombent au bout du compte aux gouvernements.²¹

L'inclusion des priorités locales est également impérative. Pour assurer une meilleure collaboration et coordination, les décisions devraient être 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.).

L'implication de l'aide humanitaire comme outil politique peut avoir des effets néfastes massifs sur la perception des services vitaux de SFE par les communautés et sur la confiance en ces services, d'autant plus dans les situations de conflit. Dans certains cas, la nature prolongée de la guerre et la politisation de l'aide ont brisé la confiance de la communauté dans les prestataires de services de santé et, dans certains cas, les dirigeants locaux (p. ex., en Afghanistan, en RDC, au Pakistan).^{12, 15, 18} Par exemple, utiliser les vaccinateurs contre la poliomyélite pour identifier et cibler Oussama Ben Laden au Pakistan a mené à une résistance et à une réticence durables de la part des communautés vis-à-vis des campagnes de santé publique au Pakistan et en Afghanistan.^{12, 18}

Les stratégies d'intervention et les groupements nationaux ou autres mécanismes de coordination doivent être résolument non partisans, fondés sur des principes humanitaires et idéalement dirigés par l'ONU ou d'autres acteurs internationaux.^{21, 22}

Les agences internationales menant des interventions humanitaires, les ONG, les universitaires travaillant dans les situations de conflit et les représentants des communautés touchées pourraient organiser un groupe consultatif indépendant avec des compétences techniques. Ce groupe établirait un cadre décisionnel pour sélectionner des interventions en faveur des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations de conflit, pour encourager la collecte et l'analyse de données dans ces situations, et pour aider à développer des indicateurs communs pour l'action humanitaire et sanitaire (voir panel). Le même groupe pourrait aider à définir les priorités de recherche en vue de combler les principales lacunes dans l'orientation et la mise en œuvre des interventions pour la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations de conflit.²¹

Panel : prochaines étapes pour constituer un groupe consultatif technique indépendant avec des compétences techniques pour améliorer l'intervention humanitaire en matière de santé et de nutrition pour les femmes et les enfants touchés par les conflits²¹

- ✓ Établir un cadre consensuel pour identifier des interventions essentielles pour la santé et la nutrition, adaptées au contexte et couvrant tout le continuum des soins de santé
- ✓ Discuter des stratégies spécifiques de mise en œuvre et de mise à l'échelle et les développer afin de répondre aux besoins de santé et de nutrition des femmes et des enfants et d'assurer leur protection sociale dans les situations de conflit et de post-conflit
- ✓ Promouvoir le renforcement des efforts de collecte et d'analyse des données et faciliter le développement d'indicateurs communs pour suivre et évaluer l'efficacité des interventions
- ✓ Entreprendre un exercice systématique de priorisation de la recherche pour identifier les domaines clés pour la recherche opérationnelle et pour évaluer les interventions et l'efficacité de leur mise en œuvre
- ✓ Identifier des priorités de recherche qui : se concentreraient sur les besoins, les stratégies d'intervention et les plates-formes de mise en œuvre impliquant autant que possible les populations touchées, les acteurs locaux et les canaux d'intervention locaux ; enquêteraient sur les effets politiques, culturels, socio-économiques et sécuritaires de la fourniture et de l'utilisation des services ; et prendraient en compte le large éventail de considérations éthiques qui accompagnent la recherche et la mise en œuvre des interventions pour les femmes et les enfants dans les situations de conflit

2. Coordination multisectorielle

La coordination entre plusieurs secteurs est importante pour garantir que la gamme complète des services de SFE est offerte de manière efficace, notamment en répondant aux besoins réels et en constante évolution de la population dans les situations de conflit.

Il est recommandé de mettre en place une coordination entre divers secteurs pour garantir la disponibilité complète de la gamme des services essentiels de SFE.^{2, 8}

Au Mali, la collaboration entre les différents types d'acteurs humanitaires était vitale pour assurer la prestation des services de SFE. Des organisations locales ou des membres de la communauté ont été sous-traités pour fournir des services en cas de problèmes de sécurité, mais aussi comme moyen d'obtenir des informations contextuelles locales. La coordination, et souvent le partage des ressources, étaient essentiels pour améliorer l'efficacité et fournir la gamme complète des services de SFE nécessaires.¹¹

Souvent, **décentraliser les opérations** en **contractant des organisations locales** aide à équilibrer le pouvoir entre les différents niveaux d'acteurs humanitaires, permettant également aux voix locales de s'exprimer et de se faire entendre. Encourager un plus grand engagement de la part des ONG locales et des partenaires de la société civile sur le terrain peut également conduire à une amélioration potentielle de la flexibilité et de la portée opérationnelles et au renforcement des interventions locales pour atténuer les conflits.²¹ Il existe de nombreux exemples de sociétés civiles agissant en tant qu'agents positifs du changement en décourageant ouvertement les mauvaises pratiques et en encourageant les bonnes pratiques (p. ex., la RDC).^{15, 23} Dans le cas de la SFE, les voix et les perspectives des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents sont essentielles.² En outre, il est également impératif d'impliquer davantage de femmes dans des postes de direction et de prise de décision.⁵ Une analyse politique des rapports de force entre les différentes parties belligérantes et acteurs humanitaires doit également être réalisée pour mieux comprendre ces dynamiques et comment les engager au mieux.²²

En particulier, une **coordination plus étroite entre les ONG** dans la prestation de services et d'interventions de SFE est recommandée, car ce sont les principaux fournisseurs de services de santé et d'interventions pour la population – en particulier pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents –, dans de nombreuses situations de conflit.⁸

Dans certains cas, il a été constaté que la coordination entre plusieurs acteurs a conduit à une meilleure collecte de données (p. ex., en Syrie), ainsi qu'à une collecte de données non conventionnelle (p. ex., l'utilisation de l'e-santé, des téléphones et des informateurs pour collecter des informations clés).¹⁰

Pourtant, de nombreux acteurs doivent en faire beaucoup pour combler les lacunes en matière de recherche et d'orientation afin d'améliorer la coordination des réponses nationales, régionales et internationales et, en fin de compte, d'améliorer la santé, la nutrition et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents touchés par les conflits. « Un domaine critique des affaires inachevées comprend la nécessité d'**améliorer les directives de mise en œuvre** pour protéger et répondre aux besoins de santé et de nutrition des femmes et des enfants, éclairés par des **données de meilleure qualité et plus granulaires** et par une **recherche plus opérationnelle** axée sur les priorités identifiées. »²¹

La disponibilité des données pour mieux comprendre et cartographier les rôles et responsabilités des différentes parties prenantes et acteurs humanitaires clés dans la région, ainsi que la réalité de ces relations, pourrait également conduire à une compréhension plus précise ou réaliste des rôles et responsabilités de chaque acteur humanitaire clé, ainsi qu'à un meilleur alignement des priorités et pourrait conduire à une prestation de services plus efficace de SFE dans les situations de conflit.²¹

3. Stratégies de collaboration et de coopération multiples et élaboration d'une réponse adaptative

Des stratégies de coopération multiples (mettant l'accent sur le rôle des organisations locales) permettraient à divers acteurs de travailler ensemble et d'ajuster leurs rôles et leurs réponses de manière complémentaire tout au long du conflit, tout en répondant aux besoins de SFE dans les situations de conflit. Des mécanismes de gestion agiles garantirait que les interventions et les services puissent s'adapter efficacement au contexte en constante évolution et aux besoins (de santé) des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents en situation de conflit et de récupération post-conflit.

La coopération entre les différents acteurs humanitaires et les autorités locales (y compris les gouvernements) prend souvent des formes variées, qui évoluent au cours du conflit. Dans certains cas, **des stratégies de coopération multiples** sont nécessaires. En Syrie, différentes stratégies de coopération et différents rôles ont été utilisés par le même acteur au même moment ou à des moments différents. Par exemple, les acteurs humanitaires travaillaient parfois aux côtés des ONG locales dans les efforts de prestation de services, tandis que les mêmes acteurs humanitaires surveillaient également les activités des ONG par le biais d'appels téléphoniques et de visites régulières.¹⁰

Il est important que tous les acteurs et parties prenantes humanitaires comprennent les rôles de chacun et comment mieux collaborer, tout en étant fluides et agiles dans leurs rôles et responsabilités afin de s'assurer que les services fournis répondent aux besoins de la communauté. Par exemple, en plus de leurs autres rôles de suivi, d'évaluation et de supervision des programmes et services, les gouvernements et les organisations internationales pourraient travailler avec des organisations communautaires locales pour fournir des services de SFE dans les zones difficiles d'accès et ainsi améliorer l'accessibilité. Les ONG pourraient travailler avec les gouvernements et les organisations internationales pour assurer l'alignement de la prestation de services, en plus de la prestation de services en elle-même. Une plus grande collaboration entre les acteurs humanitaires permettra une meilleure compréhension de qui fait quoi et où. Cela garantira également une duplication minimale des efforts, et offrira aux parties prenantes la possibilité de jouer différents rôles en fonction de leurs aptitudes et compétences et des besoins des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations de conflit.

Ce concept peut également être appliqué à la réponse fournie. Les acteurs humanitaires ont déclaré devoir anticiper et s'adapter constamment pour répondre rapidement à des situations souvent imprévisibles dans les situations de conflit.⁸ Voici des exemples de ces adaptations : l'utilisation de cliniques mobiles en Afghanistan pour accéder aux populations difficiles à atteindre en raison du conflit et/ou du terrain, et l'apport par les donateurs de fonds d'urgence pour le Soudan du Sud pour pré-stocker des fournitures médicales afin de pouvoir répondre rapidement aux épidémies (p. ex., le choléra) ou des escalades soudaines de la violence.^{12, 13}

Ces modes de fonctionnement reposent sur des **mécanismes de gestion agiles**, qui sont le plus souvent absents du service public et créent des tensions dans le mode de fonctionnement entre les services de santé classiques et les services humanitaires.⁸ En collaborant à des rôles plus fluides et adaptables, ces stratégies innovantes peuvent être mieux adoptées pour répondre aux besoins des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents.

Même ainsi, des « mécanismes de coordination de l'intervention plus fonctionnels, participatifs et agiles aux niveaux mondial, régional et surtout national », ainsi que des ressources accrues pour la réponse humanitaire globale en matière de santé et la récupération post-conflit, en mettant l'accent sur la SFE, sont nécessaires. Bien sûr, il y a aussi le défi plus fondamental de la prévention des conflits armés et de la protection des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dont tous les acteurs ont besoin.²¹

CONCLUSIONS

La coordination des acteurs humanitaires est essentielle, tout comme la délimitation des rôles de leadership et de gouvernance, lorsqu'il s'agit de hiérarchiser et de fournir des services de SFE dans les situations de conflit.

Au niveau mondial, le système de clusters des Nations Unies joue un rôle clé pour combler les lacunes dans les services programmatiques et augmenter l'efficacité de la réponse humanitaire en créant des partenariats et des synergies entre les principaux acteurs et parties prenantes humanitaires. Le **Comité permanent interorganisations (CPI)** est le forum de coordination humanitaire de plus haut niveau du système des Nations Unies. Au niveau des pays, la coordination de la réponse sanitaire humanitaire relève en dernier ressort de la responsabilité du gouvernement.²¹

Les mécanismes de coordination deviennent de plus en plus complexes, d'autant plus dans les situations de conflit. Il y a également un besoin croissant de clarté, en particulier au sujet des rôles des ONG internationales et nationales.^{21, 22} **Le consortium BRANCH propose plusieurs recommandations aux ONG, aux OI, aux donateurs et aux gouvernements pour qu'ils collaborent en synergie et en harmonie, avec des orientations générales et la prise en compte de ces suggestions pour le système de clusters des Nations Unies.** Par exemple, établir un cadre pour identifier des ensembles d'interventions (de santé)

essentielles spécifiques au contexte tout au long du continuum de soins, ainsi que des stratégies de prestation et de mise à l'échelle pour la SFE.

Cependant, la disponibilité des données sur les rôles et les responsabilités et la réalité de ces relations permettrait une meilleure compréhension.²¹

La collecte de données et la recherche seraient également utiles pour renforcer les efforts d'analyse, faciliter l'élaboration d'ensembles d'indicateurs communs pour le suivi et l'évaluation de l'efficacité des programmes et des services, identifier les domaines clés pour la recherche opérationnelle, évaluer l'efficacité des interventions et de la mise en œuvre grâce à un exercice systématique de priorisation de la recherche. Cela serait également utile pour déterminer les priorités de recherche pour se concentrer sur les besoins, les stratégies de prestation et les plateformes de mise en œuvre qui impliquent autant que possible les populations affectées, les acteurs locaux et les canaux de prestation, entre autres.

Ces données et recherches pourraient éclairer les outils de prise de décision et les priorités, mieux aligner les efforts de coordination et renforcer les liens entre les chercheurs et les décideurs politiques afin d'assurer le développement de recherches pouvant être utilisées par les décideurs politiques et les principales parties prenantes.^{21, 24}

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. 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)
4. Wise PH. The epidemiologic challenge to the conduct of just war: confronting indirect civilian casualties of war. *Daedalus*. 2017; 146: 139–54.
5. 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.
6. Colombo S, Pavignani E. Recurrent failings of medical humanitarianism: intractable, ignored, or just exaggerated? *Lancet*. 2017;390(10109):2314–24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31277-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31277-1)
7. 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).
8. 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)
9. 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>
10. 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>
11. 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>
12. 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>
13. 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>
14. 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>
15. 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>
16. 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>
17. 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>
18. 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>
19. 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>
20. Jon Edwards. The challenge of humanitarian response in conflict: Nigeria Case Study. 2017 [Available from: <https://msf.org.au/article/statementsopinion/challenge-humanitarian-response-conflict-nigeria-case-study>]
21. 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)
22. Wise PH, Shiel A, Southard N et al, for the BRANCH Consortium. The political and security dimensions of the humanitarian health response to violent conflict. *Lancet*. 2021; published online Jan 24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00130-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00130-6)
23. Bouvy A. Beyond Stabilisation: Understanding the Conflict Dynamics in North and South Kivu, Democratic Republic of Congo; 2015.
24. Diggle E, Welsch W, Sullivan R, Alkema G, Warsame A, Wafai M, et al. The role of public health information in assistance to populations living in opposition and contested areas of Syria, 2012–2014. *Confl Heal*. 2017;11(1):33–44.

Ressources

Vous trouverez ci-dessous une liste complète des notes de synthèse 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 propose 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/EU Civil Protection and Humanitarian Aid/EC/ECHO/Anouk Delafortrie.