Note de synthèse 4

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

Janvier 2021

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

Dans le cadre d'une série qui examine les résultats 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 enfants ou SFE) dans les situations de conflit, cette note donne un aperçu des obstacles et des facilitateurs à la prestation d'une gamme de services de SFE efficaces dans les situations de conflit, partageant les solutions possibles qui ont émergé à travers les zones géographiques et les contextes.

Cette note est destinée aux ONG locales et internationales, aux gouvernements, aux agences des Nations Unies, aux bailleurs de fonds et aux donateurs, aux professionnels de santé, aux communautés et aux autres acteurs de l'action humanitaires qui peuvent tous jouer un rôle dans la compréhension et l'amélioration de la SFE dans les situations de conflit.

Présentation

La fourniture de services de santé dans les situations de conflit pose d'énormes défis, principalement en raison de la nature changeante du conflit, de l'ampleur et du nombre des urgences, ainsi que des problèmes de sécurité et des atteintes constantes à la sécurité.[1]

Les acteurs humanitaires, à la fois locaux et internationaux, ainsi que les autorités nationales doivent trouver leur chemin et franchir les multiples obstacles qui compliquent la prestation des services essentiels pour la SFE dans les situations de conflit. Néanmoins, les organisations humanitaires peuvent également trouver des solutions créatives pour répondre aux besoins de santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations de conflit.

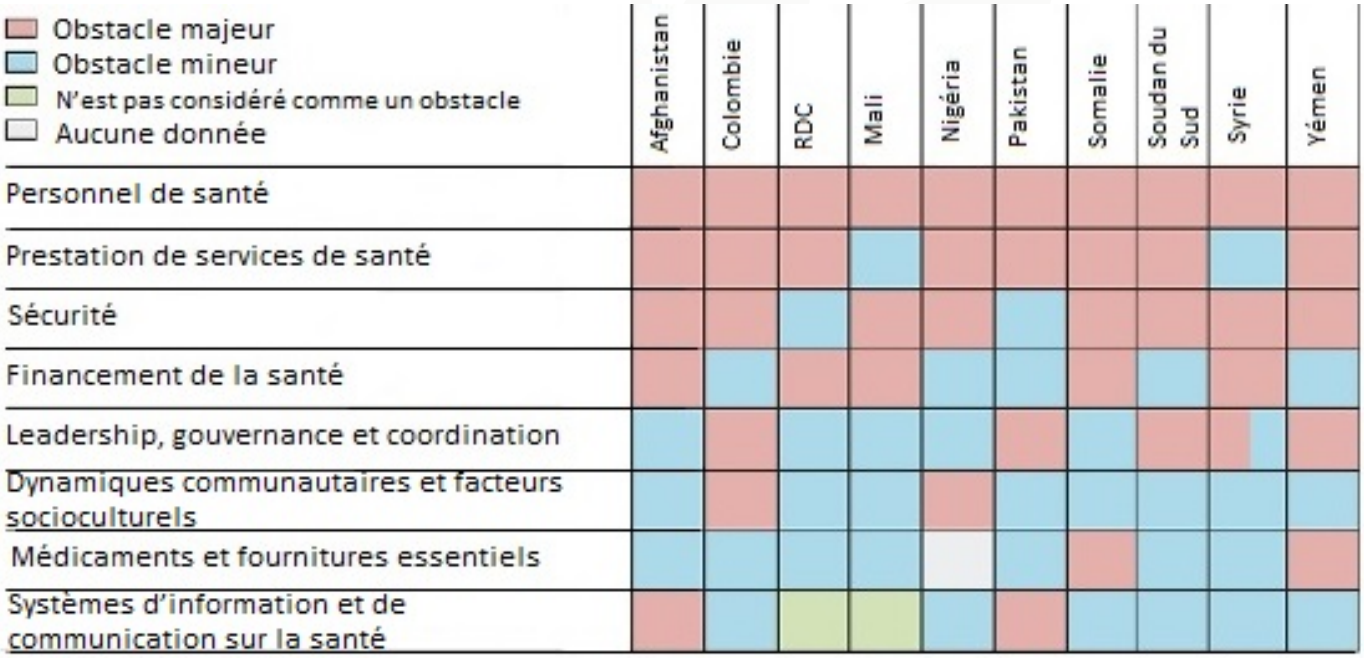
Le consortium BRANCH reconnaît le rôle crucial que les organisations non gouvernementales (ONG), à la fois internationales et locales, jouent dans le paysage humanitaire actuel lorsqu'elles fournissent des services pour la SFE, d'autant plus que ces ONG sont souvent confrontées à des ressources limitées, à l'insécurité et à d'autres obstacles qui mettent la vie de leurs intervenants en péril.[2]

Les études du consortium BRANCH à travers les zones géographiques et les types de situations de conflit - principalement en Afghanistan, en Colombie, en RDC, au Mali, au Nigéria, au Pakistan, en Somalie, au Soudan du Sud, en Syrie et au Yémen - ont identifié une certaine cohérence dans la hiérarchisation des principales interventions de SFE, malgré les différences de contextes et de processus décisionnels. Ce interventions concernent les soins prénatals, les soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (SONUB), les soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (SONUC), la vaccination, le traitement des maladies infantiles courantes, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), et le dépistage et le traitement de la malnutrition. D'autre part, **les services qui se sont révélés largement absents dans les différents contextes comprenaient, les services de santé axés sur les adolescents, les services liés à la santé des nouveau-nés et les services de santé sexuelle et reproductive tels que l'avortement et les soins après avortement, la contraception et la planification familiale, ainsi que les services de soins maternels pour la mortinatalité.**

La hiérarchisation et la fourniture de services de santé et de nutrition dépendent en grande partie d'un certain nombre d'obstacles et de facilitateurs qui émergent dans les situations de conflit, sans compter que les donateurs ont tendance à définir en grande partie les priorités quant à ce qui est fourni, par qui et où. Pour mieux structurer les barrières et les facilitateurs identifiés, un ensemble de composantes des systèmes humanitaires (une adaptation des composantes des systèmes de santé de l'OMS[3]) a été développé, et les résultats de recherche concernant les obstacles à la prestation des services de santé pour la SFE ont été classés selon les domaines suivants.

- leadership, gouvernance et coordination
- financement de la santé
- personnel de santé
- médicaments et fournitures essentiels
- systèmes d'information et de
- communication sur la santé
- sécurité
- dynamiques communautaires et facteurs socioculturels.[4]

Obstacles à la mise en œuvre d'interventions pour la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et pour la nutrition dans dix études de cas de pays [4]



Cette figure résume les conclusions des informateurs clés interrogés lors de chacune des dix études de cas de pays. Avec les barrières majeures et secondaires coïncidant avec la mesure dans laquelle un large éventail d'acteurs impliqués dans la programmation de la SFE a signalé que chaque composante du système sanitaire et humanitaire était un obstacle à la mise en œuvre des interventions de SFE dans un contexte donné.

Déterminants sociaux affectant la santé des femmes, des enfants et des adolescents

Les conséquences d'un conflit armé sur la SFE sont amenées par une combinaison de nombreux facteurs de risque, y compris la nature du conflit et l'exposition au conflit, le niveau de risques et de vulnérabilités que connaissent ces populations, et les déterminants sociaux de la santé. Ces déterminants sociaux de la santé comprennent les facteurs sociaux et économiques qui affectent les risques pour la santé et les résultats des interventions sur les personnes et les communautés, et ce sont les principaux responsables des inégalités en matière de santé. Bien qu'ils soient également présents dans tous les contextes humanitaires, **ces déterminants sociaux ayant des conséquences pour la santé dans les situations de conflit comprennent le manque d'eau potable et d'assainissement, les logements de mauvaise qualité, la mauvaise nutrition et le manque d'accès rapide à des services de santé de qualité.**

Ces déterminants sociaux influencent la santé, le développement de la vie et la qualité de vie, en particulier pour les enfants et les nouveau-nés, car ils limitent leurs droits humains fondamentaux, constituent des menaces pour la sécurité, créent des événements traumatisants en plus grand nombre et d'une plus grande ampleur, et réduisent leurs chances d'accéder à l'enseignement et au jeu comme moyen de développer leurs capacités sociales et motrices.

Les conflits et les traumatismes associés peuvent souvent conduire les femmes à assumer de nouveaux rôles sociaux et économiques et peuvent parfois les rendre plus vulnérables si elles sont isolées et exposées à la violence et au manque de ressources. **Les femmes et les adolescentes touchées par un conflit sont aussi plus fréquemment exposées à la violence sexuelle et sexiste, y compris l'exploitation et le viol, qui sont souvent utilisés comme arme de guerre**.[4]

Qu'est-ce qui peut fonctionner?

Pour chacun des obstacles identifiés lors de la prestation de services de SFE dans des situations de conflit, un **certain nombre d'enseignements,** de solutions possibles et de recommandations ont été produits grâce aux études menées en Afghanistan, en Colombie, en RDC, au Mali, au Nigéria, au Pakistan, en Somalie, au Soudan du Sud, en Syrie et au Yémen, avec des comparaisons effectuées entre ces régions.[4-14]

Leadership, gouvernance et coordination

Parmi les recommandations relatives au leadership, à la gouvernance et aux rôles et stratégies de coordination, on peut citer l'utilisation de **multiples stratégies de coopération** qui peuvent changer au cours d'un conflit avec des mécanismes de coordination de l'intervention aux niveaux mondial, régional et surtout national, ainsi que des ressources améliorées et davantage de collecte de données et de recherche.

Par exemple, le facilitateur le plus notable de la mise en œuvre des interventions contre les maladies infectieuses et pour la vaccination a été la coordination d'une **approche multisectorielle** en travaillant avec les ministères de la santé (MdS), les chefs locaux importants et les professionnels de santé appartenant aux communautés (PSC), et **l'intégration des programmes au niveau communautaire** pour diffuser des communications précises et harmonisées. Des données fiables sur l'observation des problèmes de santé et la démographie dans les camps ont été importantes également pour le déploiement des interventions.[15]

Parmi les autres **stratégies de coopération et d'équilibrage du pouvoir** décisionnel entre les niveaux d'acteurs humanitaires, on peut citer la **décentralisation des opérations** grâce à des partenariats et des contrats avec des organisations locales et à une **analyse politique approfondie sur l'équilibre des pouvoirs** entre les différents acteurs.

Financement de la santé

Parmi les stratégies pour combler les manques de moyens financiers, on peut citer **le financement par les donateurs du coût total de la fourniture des services et des interventions** en faveur des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les situations de conflit (coûts directs et indirects), et le recours à **des programmes pluriannuels** pour assurer une programmation cohérente et d**es liens avec les systèmes de santé nationaux.** Pour assurer la continuité des services, des financements peuvent être recherchés auprès de **différents bailleurs de fonds,** et les bailleurs de fonds peuvent également **envisager de financer directement les organisations locales** qui apportent des services de santé, et/ou **de fournir des fonds sans affectation précise** pour permettre aux programmes de combler les lacunes dans la prestation des services.

Personnel de santé

Un personnel de santé affaibli et un manque de professionnels de santé pendant les périodes de conflit sont une grande préoccupation à tous les niveaux. Les stratégies mises en place pour augmenter le nombre de professionnels de santé comprennent le **renforcement des programmes de formation** du personnel de santé, le **transfert des tâches ou le partage des tâches, l'embauche d'autres types de professionnels de santé** (par exemple, des sages-femmes et des professionnels de santé appartenant aux communautés, des guérisseurs traditionnels et des accoucheuses traditionnelles), **l'extension la zone desservie** et des populations dont les professionnels de santé étaient responsables, et principalement **le recrutement local** et la garantie que les acteurs et professionnels de santé locaux reçoivent un appui suffisant (par exemple par des formations techniques leur permettant d'intervenir efficacement ou le comblement des écarts de salaires) et ne s'exposent pas de manière disproportionnée aux risques des interventions. **Il est particulièrement important d'assurer une formation, une rémunération équitable et un soutien aux femmes professionnelles de santé.**

Prestation de services de santé

Pour apporter des services de santé à une population plus large, en particulier dans les zones difficiles d'accès, il faut **innover et mobiliser des ressources,** comme le recours à de **nouveaux modes d'intervention** (par exemple, la gestion à distance, des technologies telles que WhatsApp ou des protocoles cliniques électroniques) ou l'**extension des méthodes d'intervention existantes** (telles que les cliniques mobiles, les dispensaires, les visites à domicile). On peut citer d'autres exemples comme **la promotion de services basés sur les communautés** pour rapprocher les services des populations, la mise en œuvre de packages de services regroupés pour répondre à un éventail de préoccupations en une seule visite plutôt qu'en plusieurs, et **la modification de l'équilibre des pouvoirs. (financement, prise de décision) en faveur des acteurs locaux** qui connaissent les besoins sur le terrain.

Dans les zones où l'utilisation d'internet est possible, on peut suivre les problèmes de santé et en **rendre compte en temps quasi réel.** Par exemple, l'adoption des technologies de santé électronique par les services de soins de santé de première ligne en Syrie a renforcé le suivi des patients accédant aux soins, permettant d'étudier et d'amélioration les comportements de recherche de soins de santé pour les maladies non transmissibles, par exemple.[4,13,16]

Médicaments et fournitures essentiels

La disponibilité des fournitures médicales et du matériel chirurgical, y compris ceux spécifiques au traitement des enfants, était un obstacle fréquemment signalé à la prestation des interventions, en particulier pour les traumatismes et les blessures.[17] L'achat de médicaments et de fournitures essentiels aux établissements de santé et aux cliniques est un problème permanent pour la fourniture de la plupart des services essentiels, et les stratégies suggérées sont notamment le **développement d'un processus d'achat renforcé et coordonné,** ainsi qu'un **système d'information logistique électronique avec un suivi en temps réel** ,et l'obtention de plus de financement pour cet aspect de la programmation et des services.

Systèmes d'information et de communication sur la santé

La disponibilité d'informations de santé pour la prise de décision est cruciale pour l'affectation des ressources et la hiérarchisation des interventions et des programmes. Le consortium BRANCH appelle à un « **système d'information sanitaire plus unifié** », dans lequel l**es lacunes dans les données sont comblées** et plus **d'enquêtes de référence** sont effectuées en vue de la comparaison avec les données finales pour une analyse de l'amélioration des résultats des interventions en faveur de la santé.[2]

Il est nécessaire d'utiliser **différents types de canaux d'information,** tels que le téléphone, pour obtenir des informations sur lesquelles fonder une intervention, ainsi qu'un **éventail de méthodes de collecte de données** (quantitatives et qualitatives).[4,18]

Sécurité

Répondre aux problèmes de sécurité en ce qui concerne le personnel de santé et l'accès aux services de santé nécessite une gamme de stratégies, y compris **le déploiement de cliniques mobiles et la gestion à distance** pour améliorer l'accessibilité à certaines zones géographiques lorsqu'aucun accès physique n'était possible, **le pré-positionnement du stock de fournitures,** l'élaboration de **plans d'urgence** sur les freins au déplacement et la présence de personnel de santé, l'élaboration de **plans d'évacuation** des patients, la f**ormation (croisée) du personnel** sur les devoirs et les droits de leur mission médicale, y compris les **plans de sécurité** pour réduire les risques pour la sécurité personnelle, et l'appui sur les partenaires locaux pour fournir des renseignements quant aux menaces de sécurité et pour fournir les services.

En ce qui concerne la prestation des services de santé sexuelle et reproductive, par exemple, il était utile d'être préparé avec des plans d'urgence au cas où l'évolution de la situation en matière de sécurité perturberait la prestation des services. La formation croisée du personnel à différentes fonctions en cas de manque de ressources humaines ou de stocks de médicaments d'urgence a été citée à titre d'exemple dans ce type de plans d'urgence.[19]

Dynamiques communautaires et facteurs socioculturels

L'utilisation de l'aide humanitaire comme outil politique peut avoir des effets néfastes massifs sur la perception des services vitaux de SFE dans les communautés et sur la confiance en ces services.[1] Comme stratégies pour atténuer ce problème, on peut citer le **recrutement de personnel local** et l'utilisation de **méthodes de sciences sociales dans les programmes pour mieux comprendre les perceptions et les attentes de la communauté,** et pour façonner l'appréciation des interventions humanitaires dans les pays.

Dans le cas de la santé mentale (ainsi que pour les interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène[20]), **l'utilisation des membres de la communauté locale** était importante lors de la mise en œuvre de ces interventions, car elle a permis un meilleur accès et une meilleure acceptabilité parmi les populations cibles, ainsi que l'intégration des services. Par exemple, les services de santé mentale intégrés aux programmes scolaires ont créé des environnements sûrs pour les jeunes en souffrance.[21]

Conclusions et actions à engager

La nature dynamique des conflits modernes et le rôle croissant des groupes armés non étatiques dans de vastes zones géographiques causent de nouvelles difficultés pour la fourniture de services de SFE.[1] Cependant, le système humanitaire est créatif et a développé de nouvelles solutions pour rapprocher les services vitaux des populations, en embauchant et en formant d'autres types de travailleurs de santé, souvent issus de la communauté touchée, et en utilisant de nouveaux modes de prestation. **Toutes les solutions devraient inclure des politiques visant à réduire l'écart entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé,** en ce qui concerne le pouvoir de décision, la rémunération et les autres formes de soutien. Les interventions humanitaires réussies tiennent également compte de diverses perspectives clés dans la prestation de services, telles que les communautés desservies, garantissant la sûreté et la sécurité des demandeurs de soins de santé, des usagers et des professionnels de santé, entre autres.[4] Ces solutions, lorsqu'elles sont rigoureusement évaluées, peuvent constituer une réponse concrète et qui arrive au bon moment face aux défis actuels de mise en œuvre, et rappeler aux autorités sanitaires leur responsabilité de fournir des services de santé de base à l'ensemble de la population.

Il est important de comprendre l'intervention humanitaire sous différents angles pour en savoir plus sur la manière dont les éléments fonctionnement ensemble, ou non, ainsi que pour identifier les lacunes de l'intervention. Cependant, cette compréhension est entravé par une disponibilité et une qualité médiocres de la couverture, de l'accessibilité et de l'utilisation des données sur les services de santé en faveur des femmes, des nouveau-nés, des enfants et desadolescets dans les situations de conflit. [22]

Il reste encore du travail à faire pour comprendre l'interaction complexe des acteurs et des protagonistes dans les situations de conflit, mais il existe plusieurs solutions qui peuvent déjà commencer à être utilisées pour améliorer la prestation de services de SFE dans les situations de conflit. **Le consortium BRANCH reconnaît et accorde une grande importance au rôle principal que jouent les acteurs locaux pour améliorer la prestation de soins de santé appropriés et en temps opportun, et il encourage le recours à de ce rôle pour améliorer considérablement les mesures d'intervention et d'atténuation des dommages.**

Pour plus d'informations, visitez:
branchconsortium.com

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

Avec le soutien de: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health

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]*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. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00130-6*

[2]*Bhutta ZA, Gaffey MF, Spiegel PB, et al. Doing better for women and children in armed conflict settings. Lancet. 2021; published online Jan 24. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00127-6*

[3]*World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of Indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland; 2010. Available at URL: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf*

[4]*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 ten country case studies? Lancet. 2021; published online Jan 24. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00132-X*

[5]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00285-x*

[6]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00273-1*

[7]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00265-1*

[8]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-0253-6*

[9]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00318-5*

[10]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00271-3*

[11]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-019-0241-x*

[12]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00272-2*

[13]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00263-3*

[14]*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. doi:https://doi.org/10.1186/s13031-020-00269-x*

[15]*Meteke S, Stefopulos M, Als D, et al. Delivering infectious disease interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. BMJ Global Health. 2020;5:e001967. doi:10.1136/bmjgh-2019-001967*

[16]*Shah S, Munyuzangabo M, Gaffey MF, et al. Delivering non-communicable disease interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. BMJ Global Health. 2020;5:e002047. doi:10.1136/ bmjgh-2019-002047*

[17]*Jain RP, Meteke S, Gaffey MF, et al. Delivering trauma and rehabilitation interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. BMJ Global Health. 2020;5:e001980. doi:10.1136/ bmjgh-2019-001980*

[18]*Rabbani A, Padhani ZA, Siddiqui FA, et al. Systematic review of infant and young child feeding practices in conflict areas: what the evidence advocates. BMJ Open. 2020;10:e036757. doi: 10.1136/bmjopen-2020-036757*

[19]*Munyuzangabo M, Khalifa DS, Gaffey MF, et al. Delivery of sexual and reproductive health interventions in conflict settings: a systematic review. BMJ Global Health. 2020;5(S1):e002206. doi:10.1136/bmjgh-2019-002206*

[20]*Als D, Meteke S, Stefopulos M, et al. Delivering water, sanitation and hygiene interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. BMJ Global Health. 2020;5:e002064. doi:10.1136/ bmjgh-2019-002064*

[21]*Kamali M, Munyuzangabo M, Siddiqui FJ, et al. Delivering mental health and psychosocial support interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. BMJ Global Health. 2020;5:e002014. doi:10.1136/ bmjgh-2019-002014*

[22]*Bendavid E, Boerma T, Akseer N, et al, for the BRANCH Consortium. The effects of armed conflict on the health of women and children. Lancet. 2021; published online Jan 24. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8*

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:

Note de synthèse n° 1 du consortium BRANCH
La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : le paysage actuel de l'épidémiologie et du fardeau des conflits

Note de synthèse n° 2 du consortium BRANCH
La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : le paysage actuel des données et des orientations pour l'identification et la mise en œuvre des interventions prioritaires

Note de synthèse n° 3 du consortium BRANCH
La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : hiérarchisation et regroupement en packages des interventions de santé - Déterminer les services à apporter, quand et comment

> ***Note de synthèse n° 4 du consortium BRANCH***
> ***La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : obstacles et facilitateurs à la prestation de services efficaces***

Note de synthèse n° 5 du consortium BRANCH
La santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit : enseignements clés et actions à engager

Pour plus d'informations sur les obstacles et les facilitateurs à la prestation de services de SFE efficaces dans les situations de conflit, nous vous renvoyons à cet article de la série du Lancet sur la santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit.