Série du Lancet sur la santé des femmes et des enfants dans les situations de conflit

Une nouvelle série en quatre parties publiée dans The Lancet en janvier 2021, s'appuie sur une récente bourse du consortium BRANCH (Bridging Research & Action in Conflict Settings for the Health of Women & Children - Établir des ponts entre la recherche et l'action dans des contextes de conflit pour la santé des femmes et des enfants), une initiative de recherche internationale visant à fournir des données et des orientations en vue d'une action efficace pour la santé et la nutrition des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents (ci-après, les femmes et les enfants) dans les situations de conflit armé. Le Consortium visait à compléter les travaux antérieurs de ses confrères actifs dans la recherche et l'action sur le terrain, y compris les travaux examinant les effets incapacitants des conflits sur les systèmes de santé publique et sur leurs résultats,[1,2] y compris parmi les femmes et les enfants;[3-5] la faiblesse en qualité et en quantité des données disponibles sur l'efficacité des interventions de santé publique dans les situations de crise;[6] et l'insuffisance des données et orientations disponibles pour le suivi, l'évaluation et la mise en forme des actions de santé humanitaire.[7,8] S'appuyant sur ces travaux antérieurs, cette série vise à améliorer la compréhension et à répondre aux exigences particulières de la fourniture de services de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de nutrition dans les situations de conflit. Les articles visent à fournir des données empiriques et analytiques sur la nature et les tendances de la santé et de la nutrition des femmes et des enfants dans divers contextes de conflit, et proposent des actions immédiates à engager pour aider à combler les lacunes en matière de documentation et d'orientation, ainsi que des actions à plus long terme pour mieux encourager et appuyer une intervention humanitaire et sanitaire plus efficace pour les femmes et les enfants touchés par les conflits.

Dans le premier article de la série,[9] Paul Wise et ses collègues examinent les défis politiques et sécuritaires contemporains qui caractérisent les zones touchées par des conflits armés et qui exercent une influence considérable sur les réalités de l'action humanitaire sur le terrain. L'évolution de la nature de la guerre, avec notamment des hostilités de plus longue durée dans des zones plus urbanisées et impliquant des combattants et des méthodes moins conventionnels, augmente les risques pour les femmes et les enfants qui ont besoin de soins et cherchent à les obtenir, ainsi que pour les professionnels de santé humanitaires locaux et internationaux qui tentent de les fournir. Les structures complexes de commandement et de contrôle des guerres par procuration qui mettent à profit les capacités sophistiquées de renseignement et les cybercapacités des puissances régionales et mondiales, ainsi que la prolifération mondiale et la fragmentation des acteurs non étatiques armés avec des identités, des intérêts et des formes de violence en évolution, se combinent tous pour compliquer la négociation de l'accès aux services de santé et de nutrition pour les femmes et les enfants et compromettent l'application du principe de responsabilité pour les violations du droit international humanitaire. En outre, les progrès de la pratique médicale et de la santé publique génèrent de nouvelles opportunités mais aussi de nouvelles contraintes pour l'action humanitaire, créant des impératifs de fourniture d'une gamme de services plus large et plus près des lignes de front.

Pour réagir efficacement aux changements de nature de la guerre, il faudra une adaptation rapide et une capacité accrue à identifier les structures de gouvernance locale et les capacités de gouvernance spécifiques qui permettent la fourniture de services de santé extrêmement urgents aux femmes et aux enfants dans des contextes spécifiques. Les impératifs techniques d'une prestation de services plus perfectionnée et plus complète nécessiteront des innovations dans les systèmes de prestation et dans les protections des travailleurs et des installations humanitaires. De nouvelles approches de coordination des stratégies humanitaires et de développement auront aussi leur utilité, en particulier lorsque des relations étroites avec un gouvernement hôte pourraient mettre en cause la neutralité et l'indépendance de l'action humanitaire.

Dans le deuxième article de la série,[10] Eran Bendavid et ses collègues utilisent des bases de données statistiques internationales pour estimer que

les conflits ont entraîné le déplacement de presque 36 millions d'enfants et environ 16 millions de femmes réfugiés, demandeurs d'asile ou déplacés à l'intérieur de leur pays jusqu'en 2017. D'après les analyses géospatiales, 368 millions d'enfants et 265 millions de femmes vivraient en 2017 à moins de 50 km d'un conflit armé, augmentant ainsi leur risque de morbidité et de mortalité par la violence directe et par les effets indirects des conflits, à savoir la destruction des moyens d'existence et la détérioration des conditions de vie. L'article démontre que des conflits plus intenses et plus chroniques entraînent une plus grande mortalité. Ces effets indirects des conflits sur les femmes et les enfants dépassent de loin les effets directs de la violence, et ce dans toutes les populations. Les femmes en âge de procréer vivant à proximité de zones de conflit de forte intensité présentent une mortalité trois fois supérieur à celle les femmes vivant dans un contexte de paix, et plus de 10 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans survenus entre 1995 et 2015 peuvent être directement ou indirectement attribués à des conflits dans différents pays du monde.

La santé et la nutrition peuvent être affectées par les conflits de nombreuse façons, mais les données systématiques sont rares. Les données existantes établissent un lien entre les conflits et la malnutrition, les blessures physiques, les maladies aiguës et infectieuses, une mauvaise santé mentale et une mauvaise santé sexuelle et reproductive. Cependant, mis à part la malnutrition, les données sont généralement limitées aux contextes locaux et sont de qualité faible à moyenne. Les données sur les adolescents sont presque inexistantes. Des informations plus claires sur les effets indirects des conflits armés sur la santé, y compris leur durée et leur étendue, faciliteraient la conception et la mise en œuvre d'interventions essentielles pour atténuer les dommages que causent les conflits armés.

Dans le troisième article de la série,[11] Neha Singh et ses collègues rendent compte des résultats de leurs recherches sur la hiérarchisation et la prestation des interventions pour la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et pour la nutrition, à partir d'études de cas menées selon des méthodes mixtes au sujet de l'intervention humanitaire en matière de santé dans dix pays touchés par des conflits : Afghanistan, Colombie, République démocratique du Congo, Mali, Nigéria, Pakistan, Somalie, Soudan du Sud, Syrie et Yémen. Malgré de grandes variations dans les contextes et les processus de prise de décision, les soins prénatals, les soins obstétricaux et néonatals d'urgence, de base ou complets, les vaccinations, le traitement des maladies infantiles courantes, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que le dépistage et le traitement de la malnutrition semblent être considérés comme des priorités d'intervention dans les dix contextes de conflit. À l'inverse, la fourniture de nombreux services et interventions vitaux et essentiels n'ont pas été déclarés comme prioritaires dans tous les contextes, y compris la fourniture de la majorité des services de santé reproductive, néonatale et adolescente, ainsi que les interventions dans les cas de mortinatalité.

Les auteurs rapportent que, généralement, la définition et la mise en œuvre de packages d'interventions prioritaires fait défaut dans les situations de conflit. Ce sont plutôt les priorités des donateurs internationaux qui déterminent principalement les types, les lieux, et les moyens d'interventions en matière de santé et de nutrition en faveur des femmes et des enfants touchés par les conflits. Les auteurs indiquent aussi que l'exhaustivité et la qualité des données restent limitées dans les situations de conflit. L'interprétation des résultats des interventions en matière de santé et de nutrition dépend particulièrement du contexte, étant donné la multitude de facteurs complexes et interconnectés qui constituent un conflit. En outre, 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 santé et de nutrition aux femmes et aux enfants, ainsi que pour l'évaluation des résultats des interventions. Néanmoins, le système humanitaire étant créatif et pluraliste, il a développé des solutions innovantes pour rapprocher les services vitaux des populations, y compris le regroupement des interventions et l'utilisation de packages d'intervention plus flexibles tels que les cliniques mobiles et les soins communautaires. Si et lorsqu'elles sont rigoureusement évaluées, ces nouvelles solutions pourraient constituer des réponses concrètes aux défis actuels que rencontre la mise en œuvre des interventions dans les contextes de conflit modernes.

Dans le quatrième article de la série,[12] Michelle Gaffey et ses collègues abordent l'importance de tenir compte du contexte pour déterminer les priorités d'intervention en faveur des femmes et des enfants touchés par un conflit. Bien qu'il existe des orientations sur la promotion de la santé et de la nutrition des femmes et des enfants

dans les crises humanitaires, elles ne sont insuffisamment contextualisées pour une utilisation optimale dans les situations de conflit. Comme étape préliminaire pour combler le manque d'orientation, un cadre d'orientation spécifique aux conflits est proposé pour aider les décideurs en matière d'action pour la santé et la nutrition des femmes et des enfants touchés par les conflits à privilégier les interventions qui agiraient sur les principales causes de mortalité et de morbidité chez les femmes et enfants dans ces contextes particuliers et qu'il serait possible de mener dans ces contextes. Les étapes clés pour déterminer ce cadre d'orientation sont l'évaluation des besoins locaux, l'identification des interventions appropriées parmi celles déjà recommandées dans les contextes humanitaires ou universellement, et la détermination de la faisabilité locale et contextuelle de chaque intervention candidate.

Les auteurs donnent ensuite un exemple de ce à quoi pourrait ressembler une sélection d'interventions prioritaires guidée par ce cadre d'orientation dans trois contextes de conflit fictifs qui diffèrent dans leurs niveaux d'insécurité et dans les schémas de déplacement des populations. Dans les épicentres de conflit, où la violence est aiguë et continue, les risques pour la sécurité personnelle des demandeurs et des prestataires de soins impliquent qu'un petit nombre d'interventions médicalement urgentes et vitales doit être privilégié dans ce contexte. Dans les zones d'insécurité, où la menace de violence peut être imminente mais où la population n'est pas actuellement exposée à un conflit actif, un plus large éventail d'interventions dans les communautés, dans les établissements de soins et dans les hôpitaux doit être privilégié. Cependant, compte tenu de l'insécurité et des risques, il est recommandé de déterminer un ordre entre interventions de priorité supérieure à mettre en œuvre immédiatement et intervention de priorité inférieure à mettre en œuvre ultérieurement. Lorsque les populations déplacées sont installées dans des camps stables ou intégrées au sein des communautés d'accueil, les contraintes sur la prestation de services de santé sont généralement moindre, et un package complet et exhaustif d'interventions adéquates doit être privilégié, ciblant les besoins les plus criants. En proposant ce cadre d'orientation pour la prise de décision, les auteurs visent à accélérer son approfondissement et ses éventuels tests sur le terrain par des organisations et agences locales, nationales et internationales impliquées dans l'intervention humanitaire et sanitaire en faveur des femmes et des enfants touchés par les conflits.

Dans un commentaire lié à cette série,[13] Zulfiqar Bhutta et les membres du comité directeur du consortium BRANCH décrivent quelques pistes pour que les acteurs de la santé humanitaire s'engagent plus efficacement pour les femmes et les enfants dans les contextes de conflit armé. Plusieurs domaines d'action clés sont mis en évidence, à commencer par un appel à faire progresser rapidement l'élaboration, la compilation et la diffusion systématiques d'orientations opérationnelles et autres pour les interventions du secteur de la santé et de la nutrition en faveur des femmes et des enfants, qui tiennent suffisamment compte des défis liés au contexte dans les situations de conflit, et qui traduisent par les recommandations générales en solutions locales pragmatiques, soutenues par des données. Les domaines qui ont un besoin urgent de telles orientations sont notamment la délégation de tâches et le recours à des professionnels de santé appartenant aux communautés pour mettre en œuvre des interventions éclairées par des données dans des situations de conflit avec des systèmes de santé défectueux, et une collaboration constructive avec les communautés pour garantir leur adoption des interventions menées à travers ces plateformes.

Bhutta et ses collègues reprennent et amplifient les appels de longue date à des données et des informations de meilleure qualité, facilement accessibles et exploitables dans les situations de conflit, ce qui nécessiteraient un investissement substantiel dans l'adaptation et l'innovation méthodologiques et technologiques pour améliorer la collecte et l'analyse des données. Ils font également écho aux appels précédents à la réforme de l'architecture dominante du secteur de la santé humanitaire et plaident en faveur d'un engagement accru des partenaires locaux sur le terrain pour améliorer la flexibilité et la portée des opérations, ainsi que pour renforcer les réponses locales de limitation des dommages causés par les conflits. Pour aider à orienter ces efforts et d'autres en vue d'améliorer l'action en matière de santé et de nutrition en faveur des femmes et des enfants touchés par les conflits, les auteurs recommandent la convocation d'un groupe consultatif technique, qui soit international et indépendant. Enfin, Bhutta et ses collègues soutiennent que la communauté mondiale de la santé a la responsabilité particulière d'attirer l'attention mondiale sur la souffrance, la vulnérabilité et les capacités des populations touchées par les conflits et les déplacements, et de donner la parole aux communautés dans le besoin et de le faire immédiatement, en particulier compte tenu des défis que posent la COVID-19 dans les situations de conflit et parmi les populations déplacées.

References

1 Kruk ME, Freedman LP, Anglin GA, Waldman RJ. Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: a theoretical framework and research agenda. *Soc Sci Med* 2010; **70:** 89–97.

2 Ghobarah HA, Huth P, Russett B. The post-war public health effects of civil conflict. *Soc Sci Med* 2004; **59:** 869–84.

3 Urdal H, Che CP. War and gender inequalities in health: the impact of armed conflict on fertility and maternal mortality. *Int Interact* 2013; **39:** 489–510.

4 Wagner Z, Heft-Neal S, Bhutta ZA, Black RE, Burke M, Bendavid E. Armed conflict and child mortality in Africa: a geospatial analysis. *Lancet* 2018; **392:** 857–65.

5 Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PLoS One* 2019; **14:** e0210071.

6 Blanchet K, Ramesh A, Frison S, et al. Evidence on public health interventions in humanitarian crises. *Lancet* 2017; **390:** 2287–96.

7 Checchi F, Warsame A, Treacy-Wong V, Polonsky J, van Ommeren M, Prudhon C. Public health information in crisis-affected populations: a review of methods and their use for advocacy and action. *Lancet* 2017; **390:** 2297–313.

8 Frison S, Smith J, Blanchet K. Does the humanitarian sector use evidence-informed standards? A review of the 2011 Sphere indicators for wash, food security and nutrition, and health action. *PLoS Currents* 2018; published online Oct 30. https:// doi.org/10.1371%2Fcurrents.dis.40805a591152be1c1431b5dab43e516d.

9 Wise PH, Shiel A, Southard N, et al. 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.

10 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.

11 Singh NS, Ataullahjan A, Ndiaye K, et al. 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.

12 Gaffey MF, Waldman RJ, Blanchet K, et al. 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.

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