

Répondre aux crises humanitaires de façon à renforcer les systèmes de santé à plus long terme : que savons-nous ?

Document de synthèse préparé par **Kim Ozano** et **Tim Martineau**

juillet 2018

La croissance des conflits mondiaux et de la fragilité sont synonymes de danger pour la santé des populations les plus pauvres et les plus vulnérables à l'échelle mondiale. Pour résoudre ce problème, il est essentiel que la communauté internationale puisse réagir aux crises humanitaires de manière à y intégrer un développement durable à long terme^{1,2}. Ce problème n'est pas nouveau, mais un qui soulève les difficultés suscitées par les différences de principes et de méthodes de travail entre les organismes d'aide d'urgence, de réhabilitation et de développement. Dans le secteur de la santé, la réponse humanitaire aux besoins de santé à court terme peut avoir un impact immédiat ou à long terme sur la mise en place de systèmes de santé durables et sur les objectifs de santé à long terme^{3,4}. La plupart des acteurs considèrent qu'il est utile d'atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) dans les situations de conflit et de crise ; des tensions existe toutefois entre la fourniture de prestations de services d'urgence rapides et flexibles et la réalisation, sous l'égide du pays, d'objectifs de santé à long terme⁵. Des efforts sont déployés pour améliorer la connectivité entre acteurs humanitaires et acteurs du développement par le biais d'une meilleure coordination, du partage de résultats, de sources de financement et d'un engagement pour une planification à plus long terme⁶ ; malgré cela, les différences entre principes de travail, mandats et cultures font obstacles à sa réalisation^{2,7}. En outre, des situations de crise prolongées, telles que celles du Sud-Soudan et de la Syrie, obligent le secteur humanitaire et celui du développement à agir simultanément^{2,5,7,8}. Ce document de synthèse décrit ce que l'on sait sur la manière de répondre aux crises humanitaires de façon à renforcer ultérieurement les systèmes de santé.

Le lien entre aide humanitaire et développement en matière d'acheminement de l'aide

Historiquement, la séparation entre aide d'urgence, réhabilitation et assistance au développement a souvent créé un vide dans la prestation de services entre les services d'urgence et les réformes de la santé à long terme^{6,7}. Pour y remédier, les partenaires du Sommet humanitaire mondial de 2016 ont convenu d'un « New Way of Working » (NWoW) (Nouveau mode de travail) basé sur une compréhension commune de la durabilité, de la vulnérabilité et de la résilience. Le « NWoW » soutient la mise en commun de données, d'analyses et de mécanismes d'informations associés à de meilleurs processus concertés de planification et de programmation⁹,

Messages clés

Un nouvel élan s'est fait jour à l'échelle mondiale pour remédier à l'écart entre aide d'urgence et aide au développement et assurer la transition de l'une à l'autre. La littérature existante et les expériences décrites dans ce document de synthèse suggèrent de prendre en considération quelques domaines transversaux pour que les interventions puissent contribuer au (ou du moins ne pas saper le) renforcement à long terme des systèmes de santé destinés au plus vulnérables tout en répondant aux besoins de santé immédiats.

- Identifier les points communs parmi les principes sur lesquels reposent l'aide humanitaire et les efforts de développement
- Identifier par quels moyens les donateurs peuvent soutenir les organisations partenaires et leur personnel afin de mieux établir un lien entre aide d'urgence, réhabilitation et développement
- Examiner comment la distribution des ressources peut soutenir ou entraver les liens entre gouvernements, acteurs humanitaires et acteurs du développement
- Appliquer les principes du développement de la santé au tout début des situations d'urgence dans des perspectives de planification à long terme
- En l'absence d'un gouvernement légitime, envisager une planification, une analyse et un financement décentralisés
- Impliquer les partenaires locaux dans l'évaluation des besoins et la prise de décisions afin de renforcer les capacités aux niveaux national et sous-national
- Surveiller les intentions des acteurs internationaux au niveau local afin de pouvoir anticiper les écarts dans les prestations de services et minimiser les menaces potentielles pouvant compromettre à long terme les résultats en matière de santé
- Être conscient de l'impact que les relations de pouvoir et la programmation verticale peuvent avoir sur le renforcement des systèmes de santé à long terme
- Évaluer et partager des exemples concrets sur la manière dont les programmes ont contribué à une meilleure connectivité entre les secteurs de l'aide sanitaire sans compromettre la qualité de la prestation de services

L'ensemble des documents de synthèse de cette série est accessible sur : <http://bit.ly/2rUPRH9>

Cette série de documents d'information a été élaborée par le [ReBUILD Research Programme Consortium](http://www.rebuildconsortium.com) afin d'éclairer un certain nombre de questions essentielles concernant les systèmes de santé dans un contexte de crise ; il s'appuie à la fois sur le travail de ReBUILD et sur de nombreuses autres sources. Les problèmes ont été identifiés lors une **étude relative à l'établissement d'un programme de recherche** réalisée par le **Groupe de travail de Health Systems Global sur la thématique des systèmes de santé dans les états fragiles en proie à des conflits**.

Répondre aux crises humanitaires de façon à renforcer les systèmes de santé à plus long terme : que savons-nous ?

qui aspirent à soutenir l'appropriation nationale et locale par le renforcement des capacités sur plusieurs années. Le G7+ a publié des exemples de projets relatifs à la santé inspirés par le New Deal¹⁰.

Si la mise en exergue du 'lien entre aide humanitaire et développement' est bien accueillie, ce n'est pas sans controverse^{5,11}. Certaines organisations internationales non gouvernementales (ONG) affirment avec force que les efforts visant à faire converger les objectifs humanitaires et les objectifs de développement mettent en péril la prestation de services d'urgence rapides et adaptés aux besoins¹². Le décalage entre les principes humanitaires de neutralité et d'indépendance et les objectifs de développement qui exigent une approche de partenariat comprenant des allégeances politiques et gouvernementales potentielles suscite également bien des préoccupations^{5,13}. La défense de principes tels que l'appropriation du gouvernement requiert de la prudence car les partenaires humanitaires sont souvent obligés de travailler avec des agences illégitimes afin de garantir des prestations de services aux personnes vulnérables. Inciter les acteurs humanitaires à prendre part aux discussions le plus tôt possible peut contribuer à atténuer les préoccupations et à encourager une communication productive^{2,13}. En outre, le NWoW a été critiqué pour son absence de processus de mise en œuvre, de jalons ou de repères clairs pour mieux suivre le processus¹¹. Des projets alignés sur les principes du NWoW et du New Deal sont néanmoins déjà en cours d'élaboration et de mise en œuvre^{10,14,15}.
(Voir Encadré 1)

Encadré 1 – Les principes du NWoW et du New Deal en pratique

Concevoir des résultats collectifs pour faire face à la crise prolongée actuelle tout en contribuant à la réalisation d'ODD à long terme

La mission de stratégie de financement au **Soudan** rassemble de nombreux donateurs d'organisations promouvant l'aide humanitaires, le développement et le maintien de la paix afin de définir des objectifs communs et des sources de financement claires destinés aux besoins immédiats tels que la nutrition, la construction d'installations et d'infrastructures de santé, ainsi que des objectifs à long terme associés au renforcement des ministères et à la mise en place de bases visant la réalisation des ODD¹⁴.

Appliquer les principes de développement en santé très tôt dans les situations d'urgence pour préparer le terrain au développement.

L'initiative DARES, active au **Yémen**, en **République centrafricaine**, en **Somalie** et en **Libye**, définit les objectifs et les résultats à court, moyen et long termes, au moyen d'activités spécifiques pour identifier les besoins en capacités nationales et infranationales, notamment en matière de renforcement des systèmes de santé et du personnel de la santé¹⁵.

Exemples concrets, mais limités, de la conciliation entre principes humanitaires et principes de développement

La littérature met en évidence la nécessité d'établir de nouvelles méthodes de travail, mais les directives sur la façon de les aborder en pratique sont limitées¹⁶. Des exemples concrets illustrant la façon dont les donateurs, les ONG et les gouvernements ont procédé à des changements, aussi minimes soient-ils, seraient nécessaires pour aider les responsables de la mise en œuvre à appréhender les moyens d'être mieux connectés sans compromettre la qualité des prestations de services¹⁶. Les programmes de santé ambitieux qui tentent d'aligner objectifs humanitaires, objectifs de relèvement et objectifs de développement devront être évalués et diffusés afin de partager les enseignements qui en découlent et de mettre en lumière les meilleures pratiques^{5,16}.

Expérience transversale limitée au sein des organisations chargées de la mise en œuvre

Avec peu de professionnels expérimentés dans les domaines de l'aide d'urgence, de la réhabilitation et de l'aide au développement, les compétences et les capacités permettant de travailler d'un secteur de l'aide à l'autre et d'en coordonner des activités sont insuffisantes¹⁶. Encourager les organisations à développer leurs effectifs pour acquérir de l'expérience dans la prestation de services de santé à toutes les phases de la fragilité serait bénéfique à une planification conjointe des programmes. Des bureaux partagés et des programmes de mise en œuvre pourraient faciliter ce processus¹. Les donateurs pourraient également contribuer à la transition en finançant le même organisme pour mettre en œuvre des programmes humanitaires et de développement, les incitant à établir des liens entre les stratégies et en les aidant à créer des possibilités de financement complémentaire².

Compte tenu des limites susmentionnées, il est également important de reconnaître les défis déjà posés par le secteur du développement vis-à-vis de la mise en place de systèmes de santé durables suite à un conflit ou une crise. Les exemples examinés ci-dessous s'appuient à la fois sur la littérature et sur les enseignements tirés des secteurs du développement en proie à une crise prolongée ou lors de l'après-conflit/l'après-crise, ainsi que sur des enseignements plus généraux sur les défis qui se posent pour les systèmes de santé durables dans les pays à revenus faibles et moyens. **Voir également le document connexe sur la durabilité des systèmes de santé.**

Les risques associés à la programmation verticale menée par des agences internationales

La répartition des fonds et des ressources alloués par les donateurs aux prestataires locaux s'avère un problème crucial pour les systèmes de santé et les activités humanitaires en cours (**voir le document connexe sur les types de prestataires de soins de santé**). Les donateurs financent souvent les ONG locales pour qu'elles fournissent des prestations prédéterminées selon des systèmes verticaux de surveillance, d'établissement de rapports et

de budgétisation ne requérant qu'une implication minimale de l'État¹. Les interventions sont organisées sous forme de programmes isolés (santé maternelle et infantile, VIH / SIDA, par exemple) axés sur des résultats à court terme¹⁷. Alors qu'ils gagnent en fonctionnalités et en légitimité, les gouvernements héritent d'un système de santé fragmenté et verticalisé où le développement des compétences du personnel de santé est minime¹⁸. Une analyse des réseaux sociaux évaluant les infrastructures organisationnelles pour la fourniture de prestations dans le nord de l'Ouganda dans l'après-conflit a révélé qu'il était octroyé moins d'appui au renforcement des effectifs qu'aux programmes spécifiques aux services de santé maternelle et de lutte contre le VIH¹⁸. Une littérature plus large met en évidence un manque de politiques appropriées dans les situations de conflit et de crise vis-à-vis des systèmes de gouvernance et d'administration, y compris dans la planification organisationnelle, la gestion des ressources financières et humaines pour le déploiement, les mesures incitatives et l'équité entre les sexes -- autant d'éléments nécessaires pour assurer un juste équilibre entre les secteurs et la répartition géographique^{4,8,19}.

Voir également les documents connexes sur les systèmes de santé inclusifs et la durabilité des systèmes de santé ; et aussi, la ressource électronique 'Building Back Better' (Reconstruire en mieux) sur le genre et les systèmes de santé dans l'après-conflit.

Une approche à long terme de la reconstruction et du renforcement des systèmes de santé, visant à consolider l'État, à soutenir la légitimité des gouvernements et à garantir des prestations de services efficaces et équitables, est nécessaire dans les situations de conflit/ de crise²⁰. La visibilité des services de santé peut rehausser la crédibilité et la légitimité, alors que court-circuiter les systèmes de santé gouvernementaux pendant de longues périodes peut amener les communautés à développer une perception négative des services publics, comme au Nigeria et en Sierra Leone²⁰. La légitimité des gouvernements est encore exacerbée lorsque les ONG recrutent des agents de santé selon des conditions qui ne sont pas viables pour le gouvernement hôte²¹. On a besoin de mieux comprendre comment les flux de ressources internationales affectent les objectifs de santé à long terme aux niveaux national et sous-national. Identifier des moyens efficaces pour déceler les décalages entre les intentions et le désengagement potentiel des acteurs internationaux (par exemple, en utilisant l'analyse de réseaux sociaux²²) permettrait aux administrations locales d'anticiper les écarts dans les prestations de services et de procéder aux adaptations nécessaires pour assurer des résultats à plus long terme¹⁸.

Gérer le pouvoir de l'aide internationale et soutenir l'appropriation des pays

Bien que la multiplicité des acteurs de l'aide internationale contribue à soutenir la prestation des services qui font cruellement défaut lors de situations d'urgence, il est absolument nécessaire qu'ils prennent conscience de leur pouvoir et du risque de créer une dépendance. Il faut tirer les enseignements de pays tels que le Cambodge, où l'aide considérable a entraîné une dépendance vis-à-vis des donateurs internationaux, tant au niveau national qu'à celui des districts^{21,23,24}. Cela a suscité la conviction que les étrangers possèdent de « meilleurs » connaissances, ressources et pouvoirs, créant ainsi un sentiment intériorisé d'infériorité au sein du personnel de santé^{25,26}. Des déséquilibres de pouvoir ont également été signalés en Sierra Leone en termes d'accès aux ressources financières et à l'information entre les ONG et les responsables de district^{21,27}.

Pour remédier à ces inégalités de pouvoir, les acteurs devraient mieux soutenir l'appropriation des activités par les pays en travaillant avec les gouvernements, si légitimes. Lors de crises prolongées, il est particulièrement nécessaire d'identifier les concepts et les méthodes qui permettent de travailler avec des systèmes de santé transnationaux, pluralistes et sous-gouvernés⁶. L'élaboration précoce de politiques pour la fourniture d'un ensemble de prestations de santé de base dotées d'indicateurs de performance et d'une base solide pour un système de santé durable peut en faciliter le processus²⁸. En Afghanistan, l'USAID a engagé des négociations diplomatiques avec les ministères de la Santé publique et des Finances afin de promouvoir la santé mondiale et les intérêts nationaux. En soutenant de telles interactions, ils ont renforcé le secteur de la santé et ont potentiellement aidé à accroître le renforcement de l'État²⁸.

Planification et financement décentralisés dans les zones sans gouvernement légitime

Dans les situations de conflit, il peut ne pas exister de gouvernement clairement établi et légitime pour mettre en place des systèmes de santé responsables en particulier en cas de violation des droits de l'homme ou d'incapacités^{6,19}. Steets et ses collaborateurs² suggèrent une planification, une analyse et un financement décentralisés pour résoudre les problèmes de gouvernance nationale. Dans certains cas, il a été efficace d'empêcher les ministères nationaux de travailler directement avec le personnel et les partenaires au niveau régional¹⁷. Au Sud-Soudan, les plus grands donateurs ont réparti leurs efforts entre les différents États fédérés pour éviter le double emploi ; ils ont fait état d'expériences positives, en particulier pour ce qui est de l'analyse des données et de la planification des prestations³. Les avantages comprennent la proximité de la population locale, une motivation accrue à aider et une tendance des partenaires à survivre au changement politique au niveau personnel⁶. Un examen des rapports de programmes fonctionnant dans des contextes de conflit/de crise a révélé la nécessité de mettre davantage l'accent sur la responsabilité et la participation des communautés touchées, concluant que le NWoW ne peut réussir sans la responsabilité envers et avec les personnes les plus touchées par des crises prolongées⁶. Les programmes de santé mondiaux réalisés au niveau local en Afghanistan ont constaté des améliorations dans la qualité et la prestation des services²⁹. **(Voir encadré 2.)**

Encadré 2 – Impliquer les partenaires locaux dans l'évaluation des besoins et la prise de décision

Les programmes de santé mondiaux menés au niveau local en **Afghanistan** ont permis d'améliorer l'assurance de la qualité et la prestation de services. Ils comprenaient la modification du matériel éducatif destiné aux populations rurales, la prise de conscience religieuse dans les groupes hommes-femmes dans le cadre d'interventions d'éducation sanitaire et le recrutement d'un personnel local possédant une bonne maîtrise des langues et des coutumes²⁹.

Soutenir le renforcement des capacités des cadres intermédiaires

Les cadres intermédiaires ne sont pas toujours pris en compte dans les processus de renforcement des capacités dans les secteurs humanitaire ou les secteurs de développement, mais les recherches suggèrent que le renforcement des équipes de gestion de la santé au niveau des districts peut rapidement améliorer les performances des agents de santé de première ligne³⁰. Les responsables au niveau des districts en Ouganda déploreraient pourtant un manque d'autorité pour leur permettre de prendre des décisions concernant leur personnel, un contrôle minimal sur les ressources limitant leurs capacités de mettre

References

1. Otto R, Weingärtner L. (2013) Linking Relief and Development: More than old solutions for old problems? IOB Study no. 380. Netherlands: Ministry of Foreign Affairs; 2013. <http://bit.ly/2JdBXbj>
2. Steets J, Preysing D, Shapiro G. (2011) Donor Strategies for Addressing the Transition Gap and Linking Humanitarian and Development Assistance: A Contribution to the International Debate. Berlin: Global Public Policy Institute. <http://bit.ly/2N3tY30>
3. Jones A, Howard N, Legido-Quigley H. (2015) Feasibility of health systems strengthening in South Sudan: a qualitative study of international practitioner perspectives. *BMJ Open* 5(12). <http://bit.ly/2L5DKRz>
4. Martineau T. et al. (2017) Leaving no one behind: lessons on rebuilding health systems in conflict- and crisis-affected states. *BMJ Global Health* 2(2). <http://bit.ly/2JecIWN>
5. De Castellarnau M, Stoianova V. (2018) Bridging the emergency gap: Reflections and a call for action after a two-year exploration of emergency response in acute conflicts. Barcelona: Médecins Sans Frontières. <http://bit.ly/2NGLj2Q>
6. Affun-Adegbulu C. et al. (2018) Contexts and Crises: Evidence on Coordination and Health Systems Strengthening in Countries under Stress: a literature review and some reflections on the findings. Antwerp: Health Policy Unit, Institute of Tropical Medicine, Belgium. <http://bit.ly/2m7FXRj>
7. Kocks A. et al. (2018) Building bridges between international humanitarian and development responses to forced migration. German Institute for Development Evaluation and The Swedish Expert Group for Aid Studies. <http://bit.ly/2L8H3HG>
8. Downie R. (2012) The State of Public Health in South Sudan: Critical Condition. Washington: Center for Strategic and International Studies. CSS Global Health Policy Centre. <http://bit.ly/2KXuu5p>
9. OCHA (2016). New Way of Working <http://bit.ly/2L4kUxB>.
10. Rabinowitz G. et al. (2016) Aid instruments for peace-and state-building: Putting the New Deal into practice: G7+ <http://bit.ly/2JdBJ4>.
11. ICVA (2017). The "New Way Of Working" examined: An ICVA briefing paper. Geneva: International Council of Voluntary Agencies. <http://bit.ly/2ub9PBg>
12. Médecins Sans Frontières (2016). EMERGENCY NOW: A call for action beyond summits MSF's reflections on the World Humanitarian Summit. MSF. <http://bit.ly/2JamV6d>
13. DuBois M (2016). Don't blur the lines between development and humanitarian work. *The Guardian*. <http://bit.ly/2m7wF1D>
14. OECD (2017). 'From Funding to Financing' Financing Strategy Mission Report Sudan. <http://bit.ly/2JdlPGM>
15. DARES (2017) Deliver Accelerated Results Effectively and Sustainably: Operational Framework to Guide Collaboration in Fragile, Conflict and Vulnerable Settings. WHO with WFP, UNICEF and World Bank. <http://bit.ly/2JdlPGM>
16. Hinds R. (2015) Relationship between humanitarian and development aid (GSDRC Helpdesk Research Report 1185). University of Birmingham, UK. <http://bit.ly/2KXJKIj>
17. Ssengooba F. et al. (2017) Sub-national assessment of aid effectiveness: A case study of post-conflict districts in Uganda. *Globalization and Health* 13(1):32. <http://bit.ly/2NFeLj>
18. Ssengooba F. et al. Application of social network analysis in the assessment of organization infrastructure for service delivery: a three district case study from post-conflict northern Uganda. *Health policy and planning* 32(8). <http://bit.ly/2N5ooNz>
19. Roome E, Raven J, Martineau T. (2014) Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. *Conflict and Health* 8(1):18. <http://bit.ly/2L7GHVj>
20. Eldon J, Waddington C, Hadi Y. (2008) Health systems reconstruction: Can it contribute to State-building? *Health & Fragile States Network*. 58. <http://bit.ly/2umHkjm>
21. Bertone MP, Witter S. (2015) An exploration of the political economy dynamics shaping health worker incentives in three districts in Sierra Leone. *Social Science & Medicine*. 141:56-63. <http://bit.ly/2L7GHVj>
22. ReBUILD (2014) Benefits of Social Network Analysis for District Performance Assessment. ReBUILD Policy Brief. ReBUILD RPC & Makerere University, Kampala. <http://bit.ly/2NasqEm>
23. Chanboreth E, Hach S. (2008) Aid Effectiveness in Cambodia Phnom Penh: Wolfensohn Center for Development.
24. Ui S. et al. (2010) Strengthening Community Participation at Health Centers in Rural Cambodia: Role of Local Non-governmental Organizations (NGOs). *Critical Public Health*. 20(1):97-115. <http://bit.ly/2L0k8f>
25. Ear S. (2013) Aid Dependence in Cambodia: How Foreign Assistance Undermines Democracy. New York: Columbia University Press.
26. Cooke B, Kothari U. (2001) Participation: The New Tyranny? London: Zed Books Ltd.
27. ReBUILD (2016) Institutions for strong and equitable health systems after conflict and crisis: lessons from ReBUILD research. ReBUILD Briefing Paper. ReBUILD RPC, Liverpool. <http://bit.ly/2JhhlcZ>
28. Wells J. (2017) US Health Diplomacy in Afghanistan: A Development Tool in Health System Reconstruction of a Fragile and Conflict-Affected State. *Journal of International Relations and Foreign Policy*. 5(1). <http://bit.ly/2L0qpNO>
29. Kevany S. et al. (2014) Global Health Diplomacy Investments in Afghanistan: Adaptations and Outcomes of Global Fund Malaria Programs. *Medicine, Conflict and Survival*. 30(1):37-55. <http://bit.ly/2NHVH9>
30. Rowe AK et al. (2005) How can we Achieve and Maintain High-quality Performance of Health Workers in Low-resource Settings? *The Lancet* 366(9490):1026-35. <http://bit.ly/2Kky5o5>
31. Alonso-Garbayo A. et al. (2017) Decision space for health workforce management in decentralized settings: a case study in Uganda. *Health Policy and Planning* 32 (suppl 3): iii59-iii66. <http://bit.ly/2KPZncI>
32. Frerks G, Douma P (2013). Fragility by Choice? A Scoping Mission in Burundi, South Sudan and Uganda. The Dutch Consortium for Rehabilitation. <http://bit.ly/2KPZIBC>
33. ReBUILD (2015) Incentives to improve health workers' retention and motivation: implementation challenges and informal practices at district level. The role of DHMTs and NGOs. ReBUILD Policy Brief. ReBUILD RPC & LSHTM. <http://bit.ly/2uoCIsV>

en œuvre les décisions³¹. Travailler au niveau local peut mieux établir un lien entre les objectifs humanitaires au développement à long terme et la promotion de l'appropriation. Les organisations internationales doivent cependant veiller à ne pas faire appel à des partenaires sous-traitants locaux pour mettre en œuvre des plans prédéfinis qui ne bénéficient que de très peu de participation et d'appropriation de la part des partenaires sur le terrain, comme cela a été constaté en Ouganda, au Sud-Soudan et au Burundi³². Le renforcement des capacités du système de santé au niveau du district, ainsi que le suivi des ressources pour assurer la maîtrise des performances à long terme, devraient être pris en compte lors de la livraison de l'aide dans le secteur humanitaire et le secteur du développement^{17,33}.



Le consortium ReBUILD est un partenariat international de recherche travaillant sur le renforcement des systèmes de santé dans les situations de conflit ou de crise.

Pour en savoir plus sur les recherches et les résultats de ReBUILD, rendez-vous sur le site Web à l'adresse www.rebuildconsortium.com et suivez-nous sur [@ReBUILDRPC](https://twitter.com/ReBUILDRPC).

Pour plus d'informations, veuillez contacter: **Sophie Witter** – switter@qmu.ac.uk or rebuildconsortium@lstm.ac.uk

ReBUILD Consortium
Liverpool School of Tropical Medicine
Pembroke Place
Liverpool, L3 5QA
T: +44(0)151 705 3100
E: rebuildconsortium@lstm.ac.uk

Ces documents de synthèse résultent d'un projet financé par le gouvernement britannique via UK Aid. Les points de vue qui y sont exprimés ne reflètent toutefois pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement britannique.

