



Promouvoir la collaboration entre
les secteurs de la protection de l'enfance et de la santé dans
le contexte des épidémies de maladies infectieuses :
Consultations des parties prenantes

REMERCIEMENTS

Les consultations des parties prenantes résumées dans ce rapport ont été menées par les consultants indépendants, Nidhi Kapur et Hannah Thompson, au nom de l'initiative READY. Le soutien technique et la supervision ont été assurés par Lauren Murray, responsable de la protection de l'enfance de READY. READY tient à remercier tous les informateurs clés qui ont consacré du temps à partager leurs points de vue et leurs expériences et à reconnaître leur contribution à la promotion d'une collaboration plus étroite entre les acteurs de la santé et de la protection de l'enfance dans le contexte des épidémies de maladies infectieuses.

Décembre 2021

Initiative READY
Save the Children
899 North Capitol Street NE, Suite 900
Washington D.C. 20002

Ce rapport de synthèse est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Les contenus relèvent de la responsabilité de l'initiative READY et ne reflètent pas nécessairement les opinions de USAID ou du gouvernement des États-Unis. Dirigée par Save the Children, READY est mise en œuvre en partenariat avec le Johns Hopkins Center for Humanitarian Health, le Johns Hopkins Center for Communication Programs, UK-Med, EcoHealth Alliance et Mercy Malaysia.

1. HISTORIQUE

En 2018, le Bureau d'aide humanitaire (BHA) de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a financé Save the Children pour mener une initiative mondiale de trois ans visant à accroître la capacité de réponse humanitaire aux principales épidémies. Grâce à un consortium de partenaires, cette initiative, connue sous le nom de READY, complète les efforts existants pour renforcer et maintenir la capacité des membres opérationnels du consortium, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres parties prenantes afin de pouvoir répondre plus rapidement et plus efficacement aux épidémies majeures. Elle promeut une approche intégrée et multisectorielle de la réponse aux épidémies afin de répondre de manière holistique aux besoins des communautés touchées, avec en son centre, l'engagement communautaire et les communications. READY accorde la priorité aux maladies ayant un potentiel épidémique ou pandémique majeur, en particulier celles transmises par l'eau, les voies respiratoires et les fluides corporels.

2. OBJECTIFS

Les données mondiales relatives aux épidémies de maladies infectieuses passées ont souligné à plusieurs reprises une incidence accrue des problèmes de protection de l'enfance¹ - en particulier un nombre plus élevé d'enfants confrontés à la maltraitance, à la violence, à l'exploitation et / ou à la négligence. La sensibilité biologique et comportementale des enfants à certaines maladies infectieuses peut être aggravée par la manière dont les mesures de santé publique conçues pour contenir et contrôler la transmission du virus peuvent perturber la vie quotidienne pendant et après une épidémie.²

La pandémie sans précédent de COVID-19, son impact sur les enfants et les enseignements tirés jusqu'à présent ont conduit READY et ses partenaires stratégiques à donner la priorité à l'amélioration de la coordination et de la collaboration entre les acteurs de la protection de l'enfance et de la santé. Alors que les réponses précédentes aux épidémies de maladies infectieuses, telles qu'Ebola et la diphtérie, ont souligné la nécessité pour les acteurs de la protection de l'enfance et de la santé de travailler ensemble - par exemple en garantissant des options de prise en charge alternatives sûres pour les enfants non accompagnés ou orphelins, ou des messages adaptés aux enfants - la réponse à la COVID-19 dans les contextes humanitaires a mis en lumière la nécessité de et les défis liés à la programmation intégrée. En effet, la pandémie a démontré sans équivoque la nécessité d'accorder davantage d'attention et d'orientation sur le comment et le pourquoi de la programmation intégrée.

Afin d'appuyer la production de données probantes et l'élaboration de directives sur la programmation intégrée, READY a entrepris une série de consultations auprès des parties prenantes pour examiner les principaux défis, les pratiques exemplaires et les réussites de la programmation intégrée de la protection de l'enfance et de la santé pendant la pandémie actuelle et les épidémies et flambées épidémiques passées. Plus précisément, ces consultations visaient à :

- 1) Identifier les pratiques exemplaires et les réussites des réponses intégrées de protection de l'enfance et de la santé

¹ UNICEF Innocenti (2020), Impacts des pandémies et des épidémies sur la protection de l'enfance : Enseignements tirés d'un examen rapide dans le contexte de la COVID-19, disponible sur : <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/WP-2020-05-Working-Paper-Impacts-Pandemics-Child-Protection.pdf>.

² L'Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire (2018), Note d'orientation : Protection des enfants lors d'épidémies de maladies infectieuses, disponible sur : <https://alliancecpha.org/en/child-protection-online-library/guidance-note-protection-children-during-infectious-disease>.

- 2) Nommer et comprendre les lacunes et les blocages dans la conception et la mise en œuvre d'une réponse intégrée
- 3) Recueillir des recommandations pour assurer une programmation intégrée à l'avenir

Ce travail vise à améliorer la norme 24 des standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire (SMPE)³ dans le but de mieux préparer les acteurs de la santé et de la protection de l'enfance aux futures épidémies de maladies infectieuses. Ce rapport documente les principales réflexions et recommandations liées à la collaboration intersectorielle tirées des consultations avec les informateurs clés.

3. METHODOLOGIE : CONSULTATIONS DES PARTIES PRENANTES

Un aperçu de la méthodologie des consultations des parties prenantes est fourni ci-dessous.

- Un comité directeur a été créé en mai 2021 pour réunir des collègues du domaine de responsabilité de la protection de l'enfance (CP AoR), du groupe sectoriel mondial pour la santé (GHC), du groupe de référence pour la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) et du International Rescue Committee (IRC) afin de :
 - Servir de contacts clés au nom de leur agence ;
 - Fournir une vue d'ensemble et une orientation techniques régulières au processus de consultation ;
 - Faciliter la collecte des documents clés pour l'étude documentaire - en particulier ceux qui n'étaient pas accessibles au public ;
 - Identifier conjointement les informateurs clés pour une consultation approfondie dans le cadre de la cartographie des acteurs et pour faciliter la programmation et l'adhésion des participants ;
 - Examiner et fournir en temps opportun une rétroaction consolidée sur les produits livrables provisoires, ainsi que valider les produits livrables finaux.
- Avant de commencer le processus de consultation, un examen sommaire a été effectué pour identifier les documents spécifiques à chaque pays (y compris les procédures opérationnelles standardisées, les notes d'orientation, les aide-mémoire, etc.) créés par des collègues pour soutenir la collaboration et la coordination entre les acteurs de la protection de l'enfance et de la santé. Cet examen préalable comprenait initialement des documents provenant des membres du comité directeur et a évolué pour englober d'autres documents partagés par des informateurs clés.
- Avec l'appui du comité directeur, READY a utilisé une approche d'échantillonnage raisonné pour mener un total de 32 entretiens avec des informateurs clés entre mai et juin 2021.
 - Les informateurs clés représentaient différents secteurs et domaines techniques, notamment la protection de l'enfance (17 informateurs clés), la santé (13 informateurs clés) et l'éducation en situations d'urgence (2 informateurs clés)
 - Les informateurs clés provenaient d'un éventail d'organisations et de réseaux, y compris des groupes suivants : le Groupe de travail sur l'apprentissage et le développement de l'Alliance pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire (Alliance), le Réseau inter-agences pour l'éducation en situations d'urgence (INEE), le Domaine de responsabilité de la protection de l'enfance (CP AoR), le Groupe de référence SMSPS, le Better Care Network, la Coalition mondiale pour la protection de

³ L'édition 2019 des standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'action humanitaire (SMPE) est disponible sur : https://alliancecpha.org/en/CPMS_home.

l'éducation contre les attaques (GCPEA), les agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU), dont l'UNICEF, le HCR, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation internationale du Travail (OIT), ainsi que des organisations non gouvernementales internationales (ONGI) dont : Save the Children, Plan International, IRC, Action Contre la Faim, World Vision, International Medical Corps, Humanity & Inclusion.

- Les informateurs clés cherchaient principalement à (1) comprendre l'expérience des informateurs dans le travail sur les épidémies de maladies infectieuses avec divers degrés d'intégration sectorielle vis-à-vis de la protection de l'enfance et de la santé, (2) explorer les principales lacunes, identifier les opportunités et documenter les réussites, et (3) comprendre les recommandations des informateurs pour assurer l'intégration des considérations de protection de l'enfance dans les efforts de préparation et d'intervention.
- Le consentement éclairé a été demandé au début de chaque entretien avec des informateurs clés et les réponses des informateurs clés ont été anonymisées pour préserver la confidentialité.

4. REFLEXIONS CLES

Dans le cadre des consultations des parties prenantes, les praticiens de la santé et de la protection de l'enfance ont collectivement cerné un certain nombre d'obstacles et de défis à la collaboration sectorielle dans le contexte d'épidémies de maladies infectieuses. Un résumé de haut niveau de ces réflexions a été regroupé par thème ci-dessous :

Contraintes liées au temps et à la rapidité de réponse :

- Certaines parties prenantes étaient d'avis qu'une combinaison de contraintes de temps, de pénuries de personnel et de surcharge de travail rendait la collaboration intersectorielle plus difficile à réaliser, surtout dans les épidémies qui nécessitent une intervention rapide.
- Ces contraintes étaient souvent exacerbées par un manque de préparation ou de planification de scénarios complets en amont d'une épidémie.

Disparités dans les normes, les attitudes et les connaissances sectorielles :

- La perception erronée selon laquelle la protection de l'enfance est une « bonne chose à avoir » mais pas une nécessité a été soulignée comme un obstacle attitudinal potentiel à la priorisation des besoins des enfants et des soignants, en particulier dans les premières étapes de la réponse.
- Il a également été constaté que les différences de parcours académique influençaient les méthodes de travail. Par exemple, le personnel clinique peut être plus enclin à être formé pour être logique et procédural en suivant une série linéaire d'étapes tandis que les praticiens de la protection de l'enfance sont formés pour examiner l'environnement holistique d'un enfant au-delà du cadre clinique. De nombreuses parties prenantes ont estimé que les praticiens de la protection de l'enfance pourraient donc être plus susceptibles d'identifier et de répondre aux préoccupations découlant de l'intersection entre les caractéristiques virales (mode de transmission, etc.) et les effets (souvent involontaires ou corollaires) des mesures de prévention et lutte contre l'infection (PCI) ou des messages nécessaires pour contrôler l'épidémie.

- Les parties prenantes ont également indiqué qu'un manque de connaissance des autres secteurs peut limiter la capacité des individus à identifier des points de convergence et des façons de travailler ensemble.

Facteurs individuels, interpersonnels et institutionnels :

- Un certain nombre de parties prenantes ont fait remarquer qu'une collaboration fructueuse était souvent fonction de personnalités individuelles ou d'un sous-produit de la durée pendant laquelle le personnel clé était en poste.

Le risque de cloisonnement lié au système de groupes sectoriels humanitaires :

- Plusieurs parties prenantes ont estimé que, de par sa nature même, le système de groupes sectoriels humanitaires peut perpétuer le cloisonnement entre les secteurs et qu'il faut faire preuve d'intention pour surmonter ce cloisonnement en préconisant de façon proactive une réponse intégrée comme point de repère de la qualité.

Limites liées aux donateurs, aux mécanismes de financement et au financement :

- Alors que certains donateurs sont toujours de nature multisectorielle (fonds de financement commun, par exemple) et que certains peuvent être les défenseurs d'une programmation holistique, les parties prenantes ont signalé que de nombreux donateurs peuvent être plus spécifiques à un secteur, ce qui rend la tâche de réponse intégrée plus difficile.

Épidémies cycliques ou nouvelles :

- Dans les contextes où certaines maladies infectieuses ont tendance à être endémiques et où des flambées sont gérées fréquemment, les parties prenantes ont trouvé que la nature itérative des ripostes à l'épidémie et des relations de travail augmentait les chances de collaboration sectorielle systématique.
- Au Yémen par exemple, le risque de recrudescence du choléra et ses conséquences sont soulignés dans l'approche Intégrée pour la réduction des risques de famine.⁴ La maladie y est considérée sous un angle intersectoriel, c'est-à-dire que si un enfant est immunodéprimé pour cause de malnutrition, il sera également prédisposé à des maladies telles que le choléra.
- Les parties prenantes ont noté qu'en comparaison, la nouveauté de la COVID-19 signifiait qu'il y avait peu d'informations au départ concernant ses modes de transmission et la manière de se protéger contre l'infection, en particulier compte tenu de la présence de cas asymptomatiques, mais infectieux. L'ampleur mondiale de cette pandémie signifiait aussi que, dans une certaine mesure, tout le monde a été touché contrairement aux autres cas d'épidémies de maladies infectieuses plus enclines à des restrictions géographiques et où l'intervention extérieure (par des individus sains ou depuis des zones non affectés) était normalement possible.

Comparaison entre personnes infectées et personnes touchées :

⁴ Approche Intégrée pour la réduction des risques de famine : Une stratégie inter-groupe sectoriel pour prévenir la famine au Yémen : Étude de cas (juillet 2020) disponible sur : <https://reliefweb.int/report/yemen/integrated-famine-risk-reduction-inter-cluster-strategy-prevent-famine-yemen-case-study>.

- Certaines maladies infectieuses comme la rougeole touchent principalement les enfants avec une large majorité de patients âgés de moins de 2 ans. Dans ces cas, certaines parties prenantes ont estimé que le lien entre la santé et la protection de l'enfance pourrait être plus clair.
- Avec la COVID-19, cependant, les enfants constituent un nombre de cas nettement inférieur à celui des adultes (souvent avec des symptômes moins graves). Par conséquent, les praticiens de la santé se sont moins concentrés sur les enfants. La réalité selon laquelle les enfants ont été fortement touchés par la pandémie, même si les taux d'infection parmi les enfants étaient plus faibles, a peut-être reçu moins d'attention en conséquence, selon certains informateurs clés.

Une étude de cas en collaboration sectorielle : Cox's Bazar - Bangladesh

Au début de la pandémie de COVID-19, le sous-secteur de la protection de l'enfance à Cox's Bazar, au Bangladesh, a rapidement intégré les considérations de protection de l'enfance dans la réponse axée sur la santé :

- Au moment où les homologues de la santé étaient submergés de demandes de tous les secteurs, le sous-secteur de la protection de l'enfance a mis en place un petit groupe de travail ad hoc, limité dans le temps et axé sur les tâches, chargé d'examiner spécifiquement la question de la protection de l'enfance et de la santé de l'enfant dans le contexte de la COVID-19 (un autre groupe de travail a été mis en place pour la protection de l'enfance et EAH).
- Le sous-secteur de la protection de l'enfance a pris l'initiative d'approcher de manière proactive ses collègues du secteur et de demander quel type de soutien serait le plus utile. Ils ont répondu aux besoins identifiés en assumant l'essentiel du travail qui s'ensuivait (conscients que leurs homologues de la santé étaient surchargés). Pour leur part, les agents de la santé se sont montrés disposés à coopérer et réactifs en fournissant du personnel pour les formations et l'examen de documents essentiels.
- Ils se sont surtout intéressés aux situations critiques dans lesquelles des enfants risquaient d'être séparés de leur tuteur. Par ailleurs, le groupe s'est concentré sur la nécessité d'offrir des services SMSPS en cas d'hospitalisation d'un enfant ou d'un tuteur d'enfants.
- Une note d'orientation provisoire a été rédigée par des collègues de la protection de l'enfance, révisée par des collègues de la santé et validée par les deux parties. En 2020, 137 agents de santé ont ensuite été formés en personne et en petits groupes par des responsables de la protection de l'enfance pour devenir des « soignants d'enfants » afin de fournir un soutien 24h/24 et 7j/7 aux enfants dans les centres de traitement auxquels les praticiens de la protection de l'enfance n'auraient pas eu accès autrement. Les bénévoles de la protection de l'enfance ont été autorisés à accéder aux centres de quarantaine. Des jouets et des livres ont également été mis à disposition dans les établissements.
- La note d'orientation provisoire a depuis été mise à jour et une deuxième vague de soignants a

5. RECOMMANDATIONS POUR LES ETAPES A VENIR

Au fil des entretiens avec les parties prenantes, des informateurs clés ont identifié un certain nombre de recommandations clés pour promouvoir une collaboration plus étroite entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur de la santé dans les prochaines réponses aux épidémies. Les facteurs potentiels de succès pour une communication, une coordination et une collaboration efficaces entre les acteurs de la protection de l'enfance et de la santé reposaient en grande partie sur l'expérience passée et actuelle de travail dans la préparation et la réponse aux épidémies de maladies infectieuses. Bien que les recommandations nécessiteront probablement une contextualisation en fonction du type, de l'ampleur ou du lieu d'une épidémie de maladie infectieuse, elles sont décrites ci-dessous :

Développer une théorie du changement pour expliquer la nécessité de l'intégration sectorielle et clarifier les rôles et les responsabilités de chaque secteur :

- Présenter l'intégration de la prise en compte de la protection de l'enfance comme une opportunité de répondre aux besoins d'une part importante de la population (à savoir 40 à 50 % de la population nationale).
- Montrer comment la protection de l'enfance peut servir de « facilitateur » dans la réussite d'autres objectifs sectoriels. De même, démontrer comment les prestataires ou centres de santé peuvent agir comme un point d'entrée important pour l'identification et l'orientation en toute sécurité des risques de protection de l'enfance et la prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS), ainsi que pour identifier les risques et atténuer de potentiels préjudices involontaires qui peuvent survenir suite aux mesures de PCI telles que la séparation de la famille.
- Utiliser des outils de mesure, examiner les données et établir des bilans pour former une base de données probantes en faveur d'une réponse intégrée, favoriser la prise en charge et orienter l'allocation des ressources.
- Veiller à ce que les acteurs comprennent l'importance de l'intégration pour changer les normes en indiquant clairement non seulement *comment* procéder à l'intégration, mais *pourquoi*.

Faire de la préparation une priorité :

- Compte tenu de la rapidité souvent requise pour répondre à une épidémie de maladie infectieuse, il faut mettre davantage l'accent sur l'intégration des considérations de protection de l'enfance lors des efforts de préparation afin que l'accent puisse être mis sur la qualité de la réponse lorsqu'une épidémie se produit.
- En tant que secteur, la santé aura généralement des plans de préparation en place. Les acteurs de la protection de l'enfance doivent être impliqués dans le développement de ces plans pour s'assurer que les questions touchant à la protection de l'enfance ainsi que des parcours d'orientation sont inclus, ainsi que pour préparer leurs propres plans de préparation spécifiques au secteur.

Mettre à profit les « causes plus abordables » pour plaider en faveur de l'intégration :

- La communication des risques et l'engagement communautaire (CREC) et la SMSPS sont deux domaines de travail qui se prêtent naturellement à la collaboration intersectorielle et offrent des « gains relativement rapides ».
- Les stratégies CREC peuvent souvent être axées sur les adultes et manquent de messages et d'images adaptés aux enfants de différentes tranches d'âge. Non seulement les acteurs de la protection de l'enfance

peuvent aider à combler cette lacune, en adaptant les interventions aux enfants d'âges, de sexes, de handicaps et de capacités variés, mais ils auront également souvent des liens préexistants avec les communautés et diverses plateformes qui peuvent être exploitées lors d'épidémies de maladies infectieuses afin d'améliorer la compréhension et l'adoption des mesures de santé publique recommandées. Les acteurs de la protection de l'enfance peuvent également diriger le développement d'une méthodologie d'enfant à enfant pour sensibiliser et faire adopter des comportements sains.

- Les interventions SMSPS sont transversales et peuvent soutenir à la fois les secteurs de la protection de l'enfance et de la santé. La COVID-19 a mis en lumière l'importance de la SMSPS pour les enfants et les soignants, et il est possible de continuer à renforcer cette compréhension pour assurer un continuum de soins pendant les épidémies de maladies infectieuses. Le personnel des services sociaux joue un rôle essentiel en première ligne compte tenu de son implication auprès des familles.

Faciliter la communication, la coordination et la collaboration :

- Identifier le personnel aux postes clés de coordination du groupe sectoriel et cultiver une relation de travail positive (en particulier aux moments clés, tels que la rotation du personnel).
- Établir des procédures opérationnelles standardisées claires et concises pour gérer les orientations et réorientations.
- Éviter le jargon et utiliser un langage accessible.
- Présenter aux coordinateurs de groupe sectoriel et autres employés clés trois pistes d'actions prioritaires envisageables pour appuyer l'intégration des questions liées à la protection de l'enfance.

Faire de l'intégration sectorielle une priorité managériale et obligatoire dans les processus de travail :

- L'intégrer aux descriptions de poste, aux objectifs annuels et aux organigrammes.
- Structurer le déroulement des opérations pour exiger la révision inter-sectorielle des documents importants, stratégies, messages, etc.
- Les directives et les boîtes à outils doivent mettre l'accent sur l'intégration dans leur formulation, leur format et leur image de marque.
- Les allocations budgétaires doivent refléter l'intégration (par exemple, inclure un travailleur social dans les hôpitaux).
- Développer des indicateurs de résultats conjoints, des listes de contrôle, des fiches-conseils et la formation.

Promouvoir le leadership éclairé et la collaboration formelle du groupe sectoriel pour la santé, du groupe sectoriel pour la protection, ainsi que du Domaine de responsabilité de la protection de l'enfance :

- Mettre à profit le rôle de coordinateur de santé de l'enfant nouvellement recruté auprès du groupe sectoriel pour la santé pour faire progresser la collaboration intersectorielle.
- Mettre en place un budget pour le personnel dédié à l'intégration.

- Plaider pour la validation de la protection de l'enfance en tant que pilier autonome de la réponse aux maladies infectieuses, en plus de promouvoir l'intégration de la protection de l'enfance dans d'autres piliers de la réponse.

Synchroniser les efforts avec d'autres initiatives simultanées lors de l'intégration :

- Exploiter l'élan de dynamisme et maximiser l'impact en identifiant les points de convergence avec d'autres secteurs, en particulier entre la santé, la nutrition, la sécurité alimentaire et/ou EAH dans les descriptions de poste, les objectifs annuels et les organigrammes.
- Veiller à ce que d'autres secteurs soient activement impliqués dans les processus de rédaction, de révision, de marque et de diffusion des directives / outils à venir - afin qu'ils puissent également défendre les droits des enfants.

Augmenter les investissements pour promouvoir l'intégration sectorielle vis-à-vis des gouvernements nationaux :

- Étant donné que les épidémies de maladies infectieuses sont souvent dirigées et gérées de façon centralisée, il peut être important de sensibiliser les gouvernements nationaux aux avantages d'une intervention intégrée. Ceci est particulièrement pertinent dans des contextes où des dynamiques de pouvoir interministérielles peuvent être en jeu, où le Ministère des affaires sociales (ou une entité équivalente responsable de la protection de l'enfance) peut avoir moins de voix et/ou un budget inférieur à celui du Ministère de la santé.

Procéder à une liaison ciblée avec les donateurs sur les avantages de l'intégration sectorielle :

- Les donateurs peuvent jouer un rôle important dans l'établissement de normes et l'alignement des attentes autour des efforts intégrés de préparation et de réponse aux épidémies de maladies infectieuses.
- Les donateurs peuvent défendre la cause non seulement en faisant de l'intégration une condition d'éligibilité au financement, mais aussi en transmettant le message que l'intégration est une marque de qualité.