



L'ALLIANCE
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE
DANS L'ACTION HUMANITAIRE



NOTE D'ORIENTATION :
LA PROTECTION DES ENFANTS
PENDANT LES ÉPIDÉMIES DE
MALADIES INFECTIEUSES



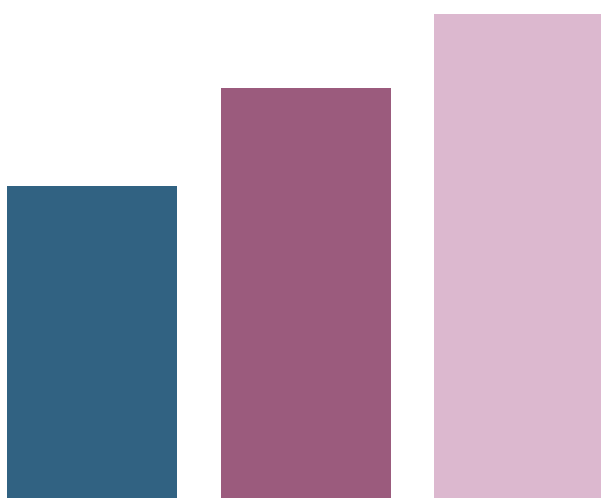
L'épidémie d'Ebola qui avait été déclarée endiguée au Liberia pour la troisième fois en janvier 2016, a touché la nation d'Afrique de l'Ouest le plus durement en faisant 4800 morts et a dévasté son système de santé sous-équipé et fragile. Image fournie par l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire.



L'ALLIANCE
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE
DANS L'ACTION HUMANITAIRE



NOTE D'ORIENTATION :
LA PROTECTION DES ENFANTS
PENDANT LES ÉPIDÉMIES DE
MALADIES INFECTIEUSES



Remerciements

La note d'orientation sur la protection des enfants lors d'épidémies de maladies infectieuses a été conçue en collaboration avec le groupe de travail « Standards minimums pour la protection de l'enfant » de l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire (menée conjointement avec Terre des hommes et Save the Children), sous la direction de Plan International Allemagne. Les conseils contenus ici sont tirés des expériences professionnelles de collègues basés sur le terrain et qui, au moment de cette publication, avaient été récemment impliqués dans la protection de l'enfant en période d'épidémies infectieuses.

Notes d'orientation rédigée par : Hanna-Tina Fischer, Leilani Elliott (PhD) et Sara Lim Bertrand du Groupe Proteknôn Consultancy, avec l'aide de Anita Queirazza, Plan International

Conception graphique : www.prinsdesign.co.za

L'élaboration de cette directive a été généreusement financée avec l'aide du Bureau de L'USAID (Agence des États-Unis pour le développement international) d'Assistance en cas de catastrophe à l'étranger (OFDA). Nous remercions tout particulièrement le groupe d'experts et les informateurs principaux qui ont partagé leurs idées et leurs expériences durant la phase de rédaction et de relecture.

Les auteurs souhaitent remercier tout particulièrement les précieuses contributions de :

Dr. Maya Aarii, UNICEF
Frederic Baele, Goal
Juliet Bedford, Université d'Oxford
Lauren Bienkowski, Domaine de responsabilité de la protection de l'enfant (UNICEF)
Audrey Bollier, Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire (Save the Children)
Andrew Brooks, UNICEF
Marcio Gagliato, groupe de travail pour la Santé mentale et psychosociale (SMSPS)
Peter Gross, UNICEF
Hani Mansourian, Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire (UNICEF)
Amanda McClelland, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC)
Dr. Rachel Moresky, Université de Columbia
Edouard Ndong, World Vision International
Hellen Nyangoya, UNICEF
Ruth O'Connell, Save the Children
Heather Papowitz, UNICEF
Cristina Pérez, Plan International
Minja Peuschel, Save the Children
Marion Pratts, Terre des hommes
Helen Alice Richards, Royaume-Uni - Department for International Development (DFID)
Timothy Sam, MSF
Amy Richmond, Save the Children
Dr. Alexander Rosewell, UNICEF
Brama Sellu, Child Fund (Fonds pour l'Enfant)
Gurvinder Singh, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC)
Susan Wisniewski, groupe de travail SPME (Terre de hommes)

Nous sommes aussi redevables aux personnels de terrain de Plan International, de Save the Children et de l'UNICEF qui ont fourni aux pays des études de cas.



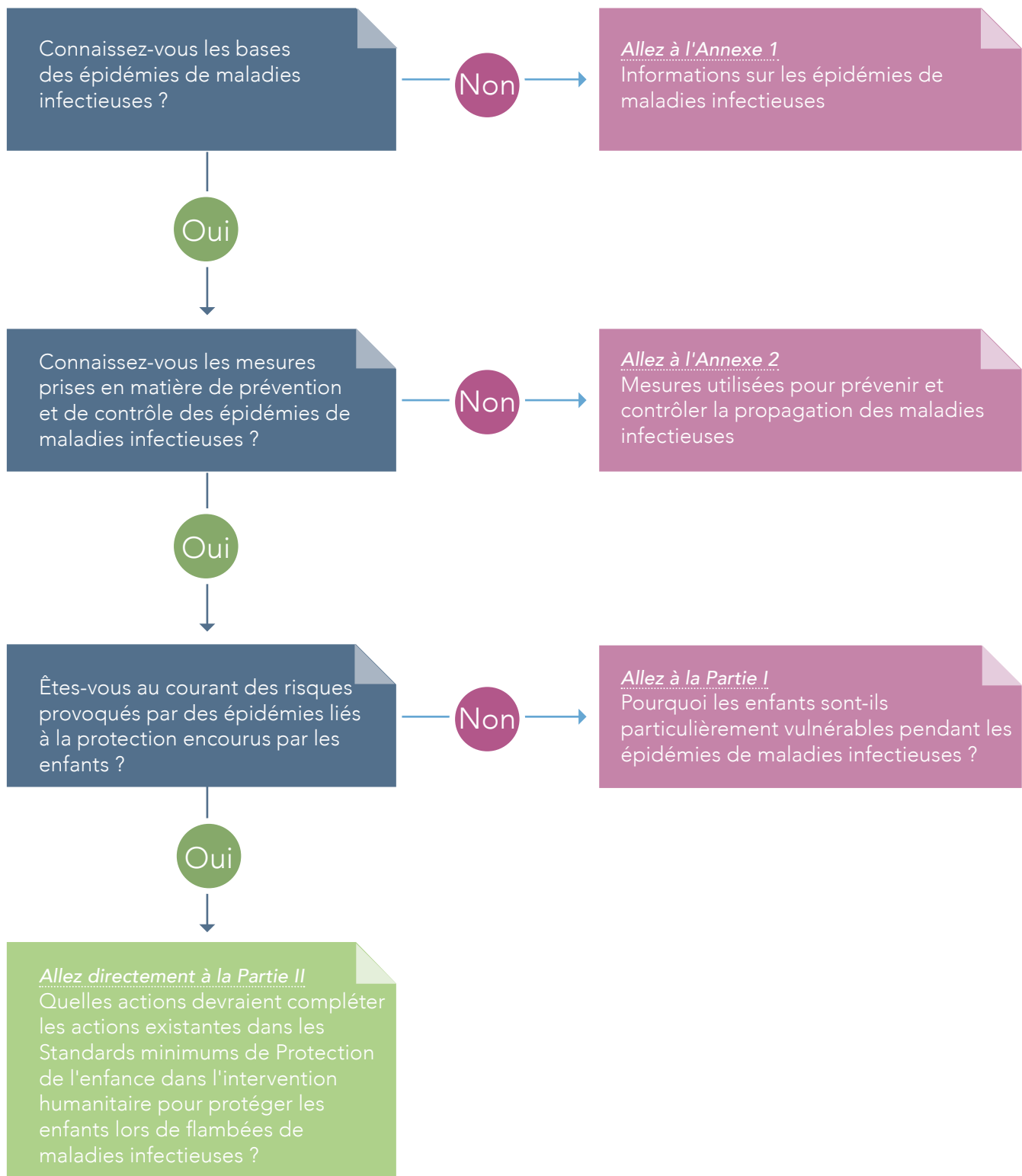
L'ALLIANCE
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE
DANS L'ACTION HUMANITAIRE

Sommaire

Acronymes	5
Introduction	7
Justification	7
Objectifs et audience	7
Structure	7
1. Pourquoi les enfants sont-ils particulièrement vulnérables pendant les épidémies de maladies infectieuses? 7	
1. Predisposition des enfants à l'infection	9
2. Les épidémies bouleversent les environnements dans lesquels les enfants grandissent et s'épanouissent	10
3. Mesures mises en place pour la prévention et le contrôle des épidémies de maladies infectieuses	12
risques présents pour les enfants	
2. Quelles sont les actions qui doivent s'ajouter aux actions existantes dans les Standards Minimums pour la Protection de l'Enfance dans l'action humanitaire pendant les épidémies de maladies infectieuses ? 19	
Standards Minimums pour assurer une réponse de qualité	20
Standards Minimums pour répondre aux besoins en matière de protection de l'enfant	25
Standards minimums pour développer des stratégies adéquates pour la protection de l'enfant	33
Annexe 1: Information sur les épidémies de maladies infectieuses	37
Annexe 2 : Mesures utilisées pour prévenir et contrôler les maladies infectieuses	41
Annexe 3 : Types d'épidémies de maladie infectieuse	45
Références	49

Organigramme

L'organigramme est fait pour aider à se guider dans cette note d'orientation. Répondre aux questions en bleu foncé soulignera les sections de cette note qui vous sont le plus utiles.



Acronymes

CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, USA
CFS	Espaces amis des enfants (EAE)
Co-V	Coronavirus
EVD	Ebola Virus Disease (Maladie à virus Ebola)
ETU	Ebola Treatment Unit (Unité de traitement Ebola)
FTR	Family Tracing and Reunification (Recherche des familles et regroupement familial)
HEPI	Health Emergency Preparedness Initiative (Initiative pour la préparation à une situation d'urgence sanitaire)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (VIH Virus de l'immunodéficience humaine)
IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité permanent inter-organisations)
ICC	Interim Care Center (Centre de soins provisoire)
ID	Infectious disease (Maladies infectieuses)
IFRC	International Federation of the Red Cross (Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge)
IHR	International Health Regulations (Règlement sanitaire international)
L3IASC	Niveau 3 de situation d'urgence du Comité permanent inter-organisations
MHPSS	SSMSP Services de Santé mentale et de Soutien Psychosocial
OICC	Observation Interim Care Centre (Observation du centre de soins provisoire)
PHEIC	Public Health Emergencies of International Concern (Comité d'urgence du règlement sanitaire international)
PPE	Personal Protective Equipment (EPI - Équipement de protection individuelle)
PSS	Psychosocial Support (Soutien psychosocial)
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SOP	Standard Operating Procedures (Procédure opératoire normalisée)
UNISDR	United Nations Office for Disaster Risk Reduction (Bureau des Nations Unies pour la réduction du risque de catastrophe)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé



**É POSSÍVEL DISTINGUIR A
PICADA DO MOSQUITO DA
DENGUE COM A DE UM
MOSQUITO COMUM?**

*Não. A sensação de eventual roçar
ou picadinho é semelhante à picada
de qualquer outro mosquito.*



Introduction

JUSTIFICATION

On a constaté que la fréquence des épidémies de maladies infectieuses a augmenté au cours des 40 dernières années au niveau mondial.¹ La globalisation et l'augmentation des mouvements de personnes et de biens entre les pays et les continents qui lui sont associés ont accru les risques de propagation rapide de maladies infectieuses dans le monde.² Même si des progrès ont été réalisés dans la prévention, la surveillance et le traitement des maladies, les épidémies de maladies infectieuses demeurent un problème majeur de la santé publique.^{1 (p5)}

Des épidémies de maladies infectieuses peuvent apparaître pendant une crise humanitaire, ou peuvent constituer elles-mêmes une situation d'urgence humanitaire, définie par le Bureau des Nations Unies pour la réduction du risque de catastrophe comme un événement dangereux qui provoque de lourdes pertes humaines, de matériel, des pertes économiques ou environnementales qui dépassent les capacités des communautés ou des sociétés touchées à faire face à ces événements en utilisant leurs seules ressources.³ Depuis décembre 2016, le comité permanent (IASC) a élargi les critères d'activation du niveau 3 (L3) d'urgence et inclut les événements de maladies infectieuses.⁴ L'urgence de niveau 3 signifie une crise humanitaire grave, à grande échelle et soudaine, qui nécessite un système de mobilisation mondial pour augmenter l'intervention humanitaire et améliorer l'ensemble de l'aide.

Les enfants sont particulièrement vulnérables pendant les épidémies de maladies infectieuses pour diverses raisons. Au-delà des impacts immédiats sur leur santé et celle de leurs parents, les bouleversements économiques et sociaux provoqués par les épidémies constituent des risques pour le bien-être et la protection des enfants. Les expériences des récentes épidémies, comme celle du choléra au Yémen en 2016-17 et celle du virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-16, ont montré que les épidémies de maladies infectieuses représentent des défis différents des interventions pour la protection de l'enfant historiquement fondées sur des contextes de conflits armés

ou de catastrophes naturelles. Les interventions humanitaires, en réponse aux récentes épidémies de maladies infectieuses, ont également souligné les disparités existantes dans les consignes de soutien aux interventions de protection de l'enfant en cas d'urgences sanitaires publiques.

OBJECTIFS ET AUDIENCE

Cette note d'orientation a pour but de donner aux travailleurs humanitaires à la protection de l'enfant, en particulier les conseillers et chefs de projets de la protection de l'enfant, des directives sur la façon de mettre en place les interventions en cas d'épidémies de maladies infectieuses afin de garantir que les besoins pour la protection des enfants sont pris en compte dans la préparation et en réponse aux épidémies. Cette note d'orientation tire les leçons apprises durant les épidémies de maladies infectieuses à travers le monde dans des contextes différents.

STRUCTURE

Cette note d'orientation comporte deux parties :

- Partie I** Explique pourquoi les enfants sont particulièrement vulnérables pendant les épidémies de maladies infectieuses, et décrit leurs **vulnérabilités particulières à l'infection, les perturbations provoquées par les épidémies qui affectent leurs environnements et les risques de protection** qui peuvent survenir pendant les épidémies.
- Partie II** Décrit les actions recommandées de **prévention et d'intervention** pour compléter les actions actuelles *des standards minimums de protection de l'enfance dans l'action humanitaire* (2012) afin de guider les praticiens.

Page précédente : Le personnel de Plan International Brazil collaborent avec les autorités nationales et locales pour lutter contre la propagation du virus Zika. Une grande partie de ce travail consiste à sensibiliser et à garantir aux enfants et à leurs familles les ressources et les informations dont ils ont besoin pour arrêter la propagation des moustiques porteurs du virus. Aucune action communautaire ne peut être menée à bien sans l'implication des enfants. Image fournie par l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire.

1.



Pourquoi les enfants sont-ils si particulièrement vulnérables pendant les épidémies de maladie infectieuse ?

Les enfants sont particulièrement vulnérables pendant les épidémies de maladies infectieuses pour trois raisons :

1. Les enfants sont **particulièrement vulnérables aux infections** pendant les épidémies de maladies infectieuses.
2. Les maladies infectieuses peuvent **perturber les environnements où les enfants grandissent et s'épanouissent**.
3. Mesures utilisées pour prévenir et contrôler la propagation des maladies infectieuses qui peuvent exposer les enfants **à des risques de protection**.

1. LA SENSIBILITÉ DES ENFANTS À L'INFECTION

La sensibilité des enfants pendant les épidémies de maladies infectieuses dépend de certains facteurs liés à leur stade de développement, leurs capacités d'évolution et leur dépendance aux personnes en charge.¹ Ceci inclut :

- Les enfants présentent des voies d'expositions qui leur sont propres et que les adultes n'ont pas, comme l'exposition in utero, pendant l'accouchement et par le lait de la mère.⁵ Les enfants sont aussi plus enclin à mettre des choses dans leur bouche et donc à accroître l'exposition aux agents infectieux transmis par la voie fécale-orale.
- Les enfants, surtout de moins de cinq ans, nécessitent la proximité directe des personnes en charge et des membres de la famille, augmentant ainsi leur risque d'exposition s'il tombent malades.⁶
- Les enfants, à cause de leur âge, de leur maturité et de leurs aptitudes à évoluer, sont moins à même de respecter les comportements et les gestes d'hygiène tels que se laver régulièrement les mains, qui empêchent ou réduisent les risques d'infections.⁷ Les messages qui encouragent les comportements favorables à la santé sont aussi le plus souvent destinés aux adultes.
- Les défenses immunitaires des enfants sont généralement plus faibles que chez les adultes, car leur système immunitaire n'a pas encore fini de se développer.⁸ De plus, chez les enfants, le système nerveux central, le système de reproduction, digestif, le squelette, les muscles, le système endocrinien et d'autres sont en cours de développement et donc les maladies infect-

« Le genre peut être un facteur supplémentaire de sensibilité à une infection. Les femmes seraient plus exposées de façon disproportionnée à des maladies infectieuses directement transmises à cause de leur rôle traditionnel de prise en charge. »

ieuses peuvent avoir des conséquences à long terme chez les enfants et jusqu'à l'âge adulte.

- En raison de leurs besoins nutritionnels, les enfants présentent de plus grands risques de malnutritions que les adultes, ce qui augmente les risques possibles d'infections causées par un certain nombre de maladies.⁹⁻¹²
- Les immunisations ne sont pas toutes disponibles à tous les groupes d'âge. Par exemple, le vaccin par voie orale Dukoral approuvé par l'OMS, ne peut être donné qu'aux enfants âgés de deux ans ou plus, et les vaccins Shancol et mORCVAC sont recommandés seulement pour les enfants de plus de deux ans.¹³
- Le genre peut ajouter un facteur de sensibilité supplémentaire à l'infection. Les femmes sont supposées être plus exposées à la transmission directe des maladies infectieuses en raison de leur rôle traditionnel de prise en charge.^{14, 15} Par exemple, pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, les adolescentes ont pris la responsabilité de s'occuper de leurs frères et sœurs qui étaient tombés malades, s'exposant à un plus grand risque de contamination.^{6, 16}

On constate des différences importantes dans les périodes d'incubation, les symptômes et les délais entre le début des symptômes et les décès chez les enfants et les adultes pour beaucoup de maladies infectieuses.¹⁷⁻¹⁹ Dans certains contextes les enfants présentent un plus grand nombre de maladies et connaissent des taux de mortalité plus élevés,²⁰⁻²² alors que pour d'autres maladies, il y a beaucoup moins de cas chez les enfants.²³

1 Pour plus de renseignements sur les épidémies de maladies infectieuses et leur transmission, se reporter à l'annexe 1. Pour plus de renseignements sur les différentes maladies infectieuses individuelles, se reporter à l'annexe 3.

2. LES ÉPIDÉMIES PERTURBENT LES ENVIRONNEMENTS OÙ GRANDISSENT ET S'ÉPANOUISSENT LES ENFANTS

Perturbations provoquées par les maladies infectieuses

Les épidémies de maladies infectieuses peuvent perturber les environnements où les enfants évoluent et grandissent. Les perturbations peuvent être provoquées par des maladies infectieuses individuelles et par des mesures prises pour prévenir et contrôler l'épidémie de maladies infectieuses.

Le modèle socio écologique sert à illustrer les impacts qu'ont les maladies infectieuses sur les enfants et leurs environnements. Comme le montre la figure 1, les enfants grandissent et s'épanouissent généralement au sein de la famille et des cercles d'amis, imbriqués dans des communautés. Les perturbations dans les familles, les amis et l'ensemble de la communauté peuvent avoir des conséquences néfastes pour le bien-être des enfants, leur développement et leur protection.

Familles

Les maladies infectieuses peuvent avoir des conséquences à court et à long terme sur la composition et le fonctionnement de la famille. Parce que les enfants, surtout les plus jeunes, dépendent de leurs parents pour leur éducation, les soins et la protection et pour leurs besoins essentiels, ces changements posent des risques importants à leur bien-être et à leur développement.

Perturbations dans la structure familiale

Pendant les épidémies de maladies infectieuses, les parents peuvent se retrouver dans l'incapacité de procurer l'aide adéquate à leurs enfants en raison de la maladie, de la mort ou pour toute autre raison, comme la détresse psychologique. Moins de supervision peut laisser les enfants exposés à la violence, à l'exploitation et aux abus.

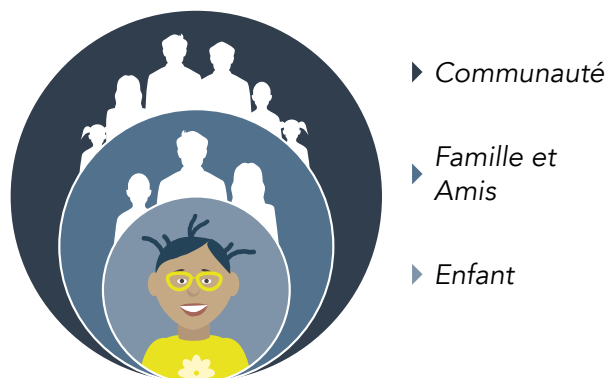


Figure 1 : Les écosystèmes sociaux des enfants

L'absence de soins adaptés peut aussi provoquer chez l'enfant une réponse au stress comme un signal de menace par rapport à une situation. Une exposition prolongée au stress peut influencer les systèmes biologiques des enfants et les rendre hyper réceptifs au stress.²⁴ Alors qu'une exposition au stress de niveau bas à modéré encourage le développement de l'enfant, les niveaux de stress trop « élevés, fréquents ou prolongés » peuvent devenir toxiques pour les enfants, surtout quand ils n'ont pas le soutien de leur entourage qui atténue les effets.^{24 (p236)} Dans des cas extrêmes, la négligence, ou l'absence continue de soins adaptés, peut perturber le développement de l'architecture du cerveau des enfants et entraîner des conséquences à long terme.

La structure familiale peut aussi être modifiée par des mesures délibérées prises au nom des parents, comme envoyer leurs enfants dans des régions non affectées afin qu'ils restent avec leur famille élargie ou leurs amis dans l'espoir de les garder en sécurité. Les enfants manifestant des symptômes de la maladie peuvent aussi être abandonnés par leurs parents par crainte de contaminer les membres de la famille, de la stigmatisation associée à la maladie ou parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer le traitement.²⁵ Des témoignages d'intervenants de première ligne durant l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) au Liberia suggèrent que certains parents n'ont pas rendu visite à leurs enfants malades dans les centres de traitement ou n'y sont pas retournés une fois leurs enfants guéris. Dans certains cas, les membres de famille élargie ont abandonné les enfants ayant survécu et les enfants dont les parents étaient décédés.²⁶ Dans les deux cas, la décision d'abandonner l'enfant résultait de la crainte des familles d'être rejetées par leurs communautés.

Perturbations du revenu familial

Les épidémies de maladies contagieuses peuvent également avoir un effet dévastateur sur le fonctionnement de la famille en limitant les sources de revenu des membres de la famille en raison de la maladie, de la nécessité de prendre soin des membres de la famille malades, ou de la hausse des dépenses des ménages pour les soins. En 2006, par exemple, au cours d'une épidémie de chikungunya en Orissa (Inde), une étude a montré la nature catastrophique des dépenses personnelles des ménages pour les soins, mettant en péril les moyens d'existence des familles.²⁷ Les effets de cette perte peuvent entraîner des conséquences

immédiates et à long-terme sur l'accès de la famille, y compris les enfants, à des denrées nutritives adéquates, aux services de santé et autres besoins essentiels.²⁸

Amis

Au-delà de leurs relations familiales, les relations amicales des enfants peuvent être impactées à cause d'une maladie infectieuse. Les enfants peuvent être trop atteints pour jouer avec leurs pairs, il se peut que leurs amis tombent malades. Les interactions sociales que les enfants établissent avec leurs pairs jouent un rôle important pour leur développement social. À mesure que les enfants grandissent, les aptitudes sociales qui leur sont nécessaires sont acquises à travers les interactions avec les pairs et les autres.²⁹ De plus, les jeux auxquels jouent les enfants avec leurs amis sont idéaux pour améliorer leurs aptitudes cognitives, linguistiques et socio émotionnelles.³⁰ Pendant l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone, les enfants ont déclaré être tristes, seuls et perdus sans le sentiment de camaraderie de leurs pairs³¹

Communautés

Au niveau communautaire, les maladies infectieuses peuvent perturber la productivité, les relations sociales entre les membres de la communauté et le mode de vie culturel.³² Lorsque les membres de la communauté tombent malades, leur capacité à contribuer à la force de travail diminue tout comme leurs engagements sociaux et civiques. Pour les communautés pastorales qui dépendent de l'élevage comme moyen de subsistance, les maladies zoonotiques comme la Fièvre de la vallée du Rift (FVR) représentent des menaces pour les moyens de subsistance et le mode de vie de communautés entières.³³ En Tanzanie, par exemple, les impacts de l'épidémie de FVR en 2007 a entraîné la stigmatisation des communautés qui avaient perdu « respect et dignité ». ^{33 (p319)} il a été constaté que les maladies infectieuses ont aussi des conséquences psychologiques sur les membres d'une communauté qui ne sont pas contaminés par la maladie et qui n'ont pas infecté les membres de leur famille. Dans le cas de l'épidémie de SRAS à Singapour en 2003, il a été suggéré que l'épidémie avait eu un impact physiologique nourri par l'anxiété et la peur de la contagion chez des membres bien portants de la communauté.³⁴ Tous ces impacts au niveau communautaire touchent les enfants.

Ci-dessous : Terre des hommes/Will Baxter/Burundi 2016



3 LES MESURES PRÉVENTIVES ET DE CONTRÔLE DES ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES PEUVENT PRÉSENTER DES RISQUES POUR LES ENFANTS

Les mesures prises par les professionnels de la santé publique et de la médecine pour prévenir et contrôler la maladie pendant les épidémies de maladies contagieuses sont importantes et primordiales pour alléger le poids de la maladie et en diminuer le risque d'infection (Pour en savoir plus sur les différents types de mesures préventives et de contrôle mises en place selon les différentes maladies contagieuses, voir l'annexe 2). Bien que les avantages des interventions de santé publique couramment adoptées priment sur les risques, un certain nombre de ces mesures peuvent également présenter des risques pour les enfants n'étant pas directement concernés par l'intervention, y compris dans le domaine de la protection de l'enfant. En soulignant les risques potentiels que ces mesures peuvent présenter pour la protection de l'enfant, l'objectif est de trouver des moyens d'atténuer les effets négatifs potentiels non intentionnels.

MESURES PRÉVENTIVES

Les mesures préventives visant à enrayer de nouvelles infections comprennent la vaccination et des mesures éducatives et environnementales. Bien que ces mesures protègent contre l'infection, elles peuvent en même temps présenter des risques pour la protection et le bien-être des enfants.

Vaccination

- Pendant les campagnes de vaccination, certains des enfants les plus vulnérables peuvent ne pas être atteints - comme les enfants vivant dans la rue dans les centres urbains et ceux vivant dans des zones rurales reculées.³⁵ Pour remédier à cette situation, des technologies de téléphonie mobile ont été testées au Bangladesh, par exemple, afin d'améliorer la couverture vaccinale parmi ces populations difficiles à atteindre.³⁶

Mesures éducatives

- Au cours des campagnes de sensibilisation, les mes-

« Même si les avantages des interventions sanitaires publiques communément adoptées l'emportent sur les risques, il faut néanmoins prendre en compte les risques pour la protection de l'enfant que ces mesures peuvent faire apparaître. »

sages élaborés pour sensibiliser les gens à la maladie, aux modes de transmission et/ou aux comportements visant à réduire le risque de transmission peuvent être mal compris ou mener à la stigmatisation des groupes à risque. En outre, le contenu des initiatives de sensibilisation, ainsi que la manière dont ces messages sont diffusés, ne sont souvent pas adaptés aux enfants et aux jeunes. Ne pas comprendre correctement les messages peut provoquer une panique et une détresse psychosociale chez les enfants.

Mesures concernant l'environnement

- Les mesures relatives à l'environnement prises pour prévenir la propagation de maladies, comme le contrôle des vecteurs, peuvent ne pas protéger les personnes contre l'infection, car elles peuvent être utilisées à mauvais escient pour diverses raisons. Par exemple, dans la région du lac Victoria au Kenya, des moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide qui avaient été distribuées pour réduire la prévalence du paludisme (notamment chez les enfants de moins de cinq ans) étaient plutôt utilisées pour sécher les poissons car les parents n'étaient pas convaincus de leur efficacité dans la lutte contre le paludisme.³⁷ Par conséquent, les enfants n'ont pas bénéficié de cette mesure préventive et leur sensibilité au paludisme est demeurée inchangée.

MESURES DE CONTRÔLE

Afin de contrôler la propagation d'une maladie infectieuse, les mesures couramment adoptées comprennent des interventions de distanciation sociale comme la quarantaine et l'isolement, et le traitement de la maladie.³⁸ Ces mesures peuvent également présenter des risques pour les enfants.

Traitement

- Au cours du traitement, les parents et autres personnes en charge peuvent se trouver dans l'impossibilité d'encadrer leurs enfants du fait de leur propre hospitalisation ou celle de leurs autres enfants. En outre, lorsque les informations concernant le parent traité ne sont pas recueillies il peut être difficile d'identifier les enfants survivants en cas de décès du parent et de garantir la mise en place de prise en charge alternative.
- Les établissements de santé offrant des traitements aux enfants peuvent ne pas avoir de service adaptés

d'un point de vue médical pour soigner les enfants, mais aussi à leurs besoins psychosociaux et à leur développement.³⁹

- Les enfants peuvent ne pas recevoir de traitement à temps en raison du manque de traitements disponibles ou des délais pour reconnaître et diagnostiquer une maladie. Ceci est souvent dû aux difficultés à détecter des signes et des symptômes de la maladie chez les enfants, notamment les nouveaux-nés, les nourrissons et les jeunes enfants.
- Les établissements de santé peuvent ne pas avoir la formation spécialisée, les fournitures médicales et l'équipement requis pour les soins cliniques destinés aux enfants, en particulier les soins critiques pour les patients gravement malades.
- Les établissements de santé dispensant des traitements peuvent ne pas disposer de prestation de soins pour les enfants qui accompagnent les patients. Durant l'épidémie de choléra au Yémen en 2017, par exemple, les enfants accompagnant leurs parents malades dans les centres de traitement du choléra étaient parfois laissés seuls à dormir dehors sous la véranda pendant que leurs parents étaient admis pour le traitement. Laissés sans surveillance, les enfants, surtout les filles, étaient exposés à des risques de harcèlement, de violence et d'abus sexuels.⁴⁰ Les parents se rendant dans les centres de traitement en compagnie d'autres membres de la famille palliaient à ces risques en s'assurant de la supervision de leurs enfants pendant qu'eux-mêmes recevaient leur traitement.
- Le traitement prodigué pour une maladie infectieuse spécifique peut supplanter d'autres traitements nécessaires à la population, notamment ceux concernant les enfants en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques. Au cours de l'épidémie de la maladie à virus Ebola, par exemple, des cas de morbidité et de mortalité évitables chez les enfants et les femmes enceintes ont été reportés.⁴¹ Cela était en partie attribuable au fait que les centres de santé se concentraient principalement sur le traitement de la maladie à virus Ebola.³¹

Isolément

- Lors de leur admission dans des unités d'isolement désignées, les parents seront incapables de fournir des soins à leurs enfants. De même, lorsque les enfants sont isolés, ils sont souvent incapables de recevoir de l'affection de la part de leurs parents.



Ci-dessus : Kadan Abdi Jama et son fils, Abdirahman Saed (âgé d'un an et 8 mois) se trouvent devant l'unité de soins de traitement du choléra pour les femmes. En mai 2017, le Croissant-Rouge somalien, la Croix-Rouge canadienne et la Croix-Rouge norvégienne ont déployé un centre de traitement en réponse à l'augmentation de cas de diarrhée aiguë/choléra au Somaliland. La Croix-Rouge et le Croissant-Rouge ont joué un rôle décisif dans le contrôle de l'épidémie en ramenant le nombre de cas de 200 patients par jour pendant le pic en juin à cinq - six cas par jour en octobre 2017. Image fournie par l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire.

- Pendant l'isolement, les enfants n'ont souvent pas accès à la stimulation cognitive ou sociale qu'apporte l'éducation ou la possibilité de nouer des contacts avec leurs pairs.
- Les patients isolés risquent d'être stigmatisés. Lors de l'épidémie de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) au Qatar, par exemple, la peur de la stigmatisation sociale s'est avérée être une raison pour les patients d'ignorer l'isolement sanitaire.⁴²
- Dans certains cas, l'isolement a eu un impact sur la santé mentale et le bien-être des patients, notamment l'augmentation de la dépression et de l'anxiété.^{43,44}
- Les unités d'isolement peuvent être mal interprétées par les membres de la communauté comme étant des endroits où les gens meurent seuls, comme ce fut le cas au départ avec les unités de traitement de l'Ebola au Liberia. Cela peut mener à des soupçons concernant les établissements de santé et à une résistance à l'égard des admissions volontaires.⁴⁵



Ci-dessus : Razafino Mensanahary, 23 ans, volontaire de la Croix-Rouge de Malagasy, se prépare à une situation d'urgence, car on suspecte une peste infantile à l'hôpital, en face de la Croix-Rouge de Malagasy. 20.10.2017, Tananarive, Madagascar / photo Maria Santto Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge (IFRC)

Quarantaine

Mise en quarantaine au domicile

- La quarantaine à domicile est une mesure d'éloignement sociale utilisée pour réduire l'exposition à l'infection. Lorsque la quarantaine à domicile visait les enfants pendant la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009 à Victoria (Australie), par exemple, cela pouvait avoir des conséquences financières imprévues pour les ménages, car les parents devaient prendre congé pour s'occuper de leurs enfants.⁴⁶
- La quarantaine à domicile peut avoir des impacts psychologiques sur les personnes. En réponse à l'épidémie du SRAS à Toronto (Canada) en 2003, par exemple, les personnes mises en quarantaine à la maison présentaient des niveaux accrus d'anxiété et de dépression, décrivant entre autres des sentiments d'incertitude, de rejet, d'ennui, d'isolement, de frustration et d'inquiétude.⁴⁷⁻⁴⁹
- Les centres de quarantaine peuvent ne pas avoir de services adaptés aux besoins particuliers des enfants, y compris des possibilités de stimulation cognitive et sociale.
- Pour les enfants admis dans des centres de quarantaine, les renseignements sur la famille de l'enfant ne sont pas toujours enregistrés, ce qui rend difficile le contact et la réunion de l'enfant avec sa famille une fois qu'il est prêt à quitter le centre. Au Liberia pendant l'épidémie d'Ebola, par exemple, les enfants placés dans les Centres de soins provisoires d'observation (OICC) pendant 21 jours ne savaient pas toujours si leur parent avait survécu au virus ou à quel endroit ils étaient traités.²⁵

Centres de quarantaine

- Dans les centres de quarantaine, les parents seraient incapables de fournir une attention à leurs enfants en raison de leur propre quarantaine dans les établissements ou celle de leurs enfants.
- Imposer une quarantaine à des villages ou des communautés entières peut réussir à limiter la propagation d'une infection mais elle peut aussi limiter la capacité des membres de la famille à travailler, à entreprendre des activités agricoles et à accéder aux marchés en rai-

son des restrictions de déplacement.⁵⁰ Durant l'épidémie du virus Ebola en Sierra Leone, cet impact financier au niveau familial présentait des risques particuliers pour la protection des enfants, notamment la prostitution chez les adolescentes pour accroître les revenus du foyer.⁵¹

- La quarantaine au niveau communautaire peut entraîner la fermeture des écoles lorsque l'on craint que l'infection ne se propage dans les écoles. Ce qui impacte forcément l'accès des enfants à l'éducation et à la socialisation avec leurs pairs.⁵² En Guinée, au Liberia et en Sierra Leone, par exemple, environ 5 millions d'enfants ne sont pas allés à l'école durant l'épidémie du virus Ebola en raison de la fermeture des établissements scolaires.⁵³ Il a été observé que le bien-être des enfants était affecté par leur incapacité à participer à des activités régulières telles que jouer, être en compagnie d'autres enfants et apprendre, et que la supervision des parents et les soins affectifs s'en trouvaient réduits.⁵¹
- La quarantaine au niveau communautaire peut aussi entraîner une séparation prolongée des membres de la famille lorsque les parents et les enfants se trouvent dans des lieux différents au moment où les mesures de quarantaine sont imposées par le village et/ou le district, et ne pourront se réunir qu'une fois ces mesures levées.⁵¹
- La quarantaine au niveau communautaire peut avoir un impact sur la disponibilité et l'accès aux services de santé et d'enregistrement à l'état civil. Une forte baisse des actes de naissances, par exemple, a été observée durant l'épidémie du virus Ebola en Sierra Leone entre 2014 et 2015 où environ 700 000 enfants n'ont pas été déclarés pendant cette période.⁵⁴ Bien que les mesures de quarantaine ne soient vraisemblablement pas les

seules responsables de cette baisse, elles y auraient toutefois contribué.

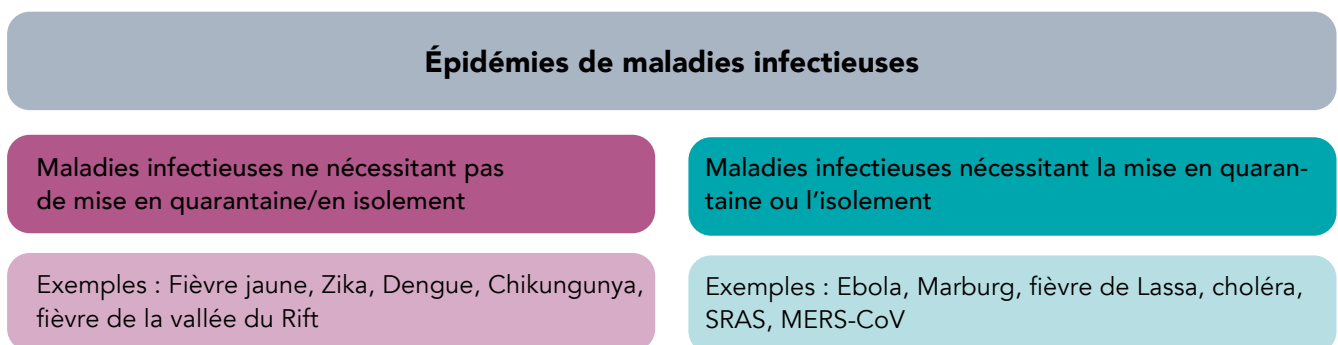
- Là où les mesures de quarantaine au niveau communautaire sont mises en place mais mal comprises par les membres de la communauté, cela peut provoquer la peur et la panique. Durant l'épidémie du virus Ebola au Liberia, par exemple, les mesures imposées ont entraîné une hausse de la stigmatisation, une perturbation des réseaux de solidarité sociale existants et un manque de respect des mesures de quarantaine.⁵⁵

QUELLES SONT LES MESURES DE PRÉVENTION APPLIQUÉES EN FONCTION DES DIFFÉRENTES ÉPIDÉMIES ?

Les mesures de prévention et de contrôle sont conçues pour endiguer la propagation de l'infection. Différentes mesures s'appliquent à différentes maladies infectieuses selon principalement le moyen de transmission des maladies.

En général, on distingue deux catégories principales de maladies : celles qui nécessitent la quarantaine et l'isolement et celles qui ne les nécessitent pas. En effet, des mesures telles que la vaccination, les mesures éducatives et environnementales et de traitement sont pertinentes, mais les mesures de quarantaine et d'isolement ne seront utilisées que dans les foyers où les maladies sont très contagieuses et transmises directement d'une personne à l'autre. La figure 2 (ci-dessous) illustre ces deux catégories à travers des exemples.

Figure 2 : Types d'épidémies de maladies infectieuses



Rassemblant le contenu de la partie 1, ci-dessous, un tableau résumant les principaux risques de protection pour les enfants qui peuvent survenir lors d'épidémies de maladies infectieuses. Il s'agit notamment des risques

de protection présentés par la maladie elle-même, ainsi que des risques de protection pouvant résulter par inadvertance des mesures prises pour prévenir et contrôler la propagation de la maladie.

Tableau 1 : Récapitulatif des risques en matière de protection pour les enfants qui peuvent survenir lors des épidémies de maladies infectieuses

QUESTION DE LA PROTECTION DE L'ENFANT	LES RISQUES PRÉSENTÉS PAR LA MALADIE	RISQUES QUE PRÉSENTENT LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE	
		MALADIES INFECTIEUSES NE NÉCESSITANT PAS DE QUARANTAINE OU D'ISOLEMENT	MALADIES INFECTIEUSES NÉCESSITANT LA MISE EN QUARANTAINE OU L'ISOLEMENT
Enfants séparés de leurs parents	<ul style="list-style-type: none"> • Décès ou handicap du parent • Enfants envoyés par les parents dans une autre famille dans des zones non affectées 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation pour traitement du parent ou de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement du parent ou de l'enfant • Mise en quarantaine imposée au niveau communautaire quand les membres d'une famille sont séparés • Abandon des enfants après qu'ils aient reçus des soins ou qu'ils aient été placés en quarantaine
Détresse psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Peur d'être atteint de la maladie • Stigmatisation des individus malades ou suspectés d'avoir contracté la maladie • Décès ou maladie dans la famille, parmi les amis et les voisins 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation du parent pour des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation du parent pour des soins • Confinement en chambre d'isolement et mise en quarantaine à domicile peuvent rendre les enfants anxieux et seuls, surtout s'ils ne peuvent pas être réconfortés physiquement ou jouer avec leurs amis • Les mesures de quarantaine au niveau communautaire peuvent provoquer peur et panique dans la communauté • Les équipements protecteurs individuels portés par les agents de santé peuvent sembler étrangers et faire peur
Violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Le décès ou la maladie d'un parent diminue la protection de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de supervision des enfants quand les parents sont hospitalisés 	<ul style="list-style-type: none"> • La fermeture des écoles et/ou l'accès restreint aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive peuvent accroître les comportements à risques • Dépendance envers des étrangers pour transporter des biens et des services dans la communauté, qui peuvent exploiter la supervision réduite des enfants ou exiger des relations sexuelles en échange d'une aide • Augmentation des obstacles qui entravent le signalement de la violence sexuelle

QUESTION DE LA PROTECTION DE L'ENFANT	LES RISQUES PRÉSENTÉS PAR LA MALADIE	RISQUES QUE PRÉSENTENT LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE	
		MALADIES INFECTIEUSES NE NÉCESSITANT PAS DE QUARANTAINE OU D'ISOLEMENT	MALADIES INFECTIEUSES NÉCESSITANT LA MISE EN QUARANTAINE OU L'ISOLEMENT
Travail des enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Perte du revenu familial en raison du décès ou de la maladie du parent 	<ul style="list-style-type: none"> • La perte du revenu familial en raison du décès ou de la maladie du parent augmente les risques de travail des enfants et - surtout pour les filles - le commerce sexuel • Interruption des moyens de subsistance et de ce fait encourage les filles à pratiquer le commerce sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • La perte du revenu familial dû à des mesures d'isolement ou de quarantaine accroissent le risque que les enfants s'engagent dans des activités dangereuses et de commerce sexuel
Exclusion sociale	<ul style="list-style-type: none"> • La stigmatisation sociale des individus contaminés ou des individus suspectés de contamination 	<ul style="list-style-type: none"> • La stigmatisation sociale des individus qui sont en traitement ou de ceux qui sont suspectés d'être contaminés • La stigmatisation sociale des groupes à risques qui sont la cible des campagnes de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • La stigmatisation sociale des individus qui étaient en quarantaine ou en traitement • La stigmatisation des groupes à risques ciblés dans le matériel pédagogique • Perturbation des processus d'enregistrement des naissances en raison de la quarantaine
Négligence	<ul style="list-style-type: none"> • Décès ou maladie d'un parent • Abandon dû à la crainte de la transmission 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enfants peuvent ne pas recevoir des niveaux constants de stimulation sociale et/ou cognitive pendant la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement ou quarantaine des parents loin de leurs enfants • Isolement ou quarantaine des enfants sans stimulation sociale et/ou cognitive • Fermeture des écoles et d'autres infrastructures
La violence physique	<ul style="list-style-type: none"> • La perte du revenu familial en raison du décès ou de la maladie du parent augmente les tensions familiales et les risques de violence domestique • La peur de la transmission, le besoin de s'occuper des membres malades de la famille ou l'incapacité tutorale de faire face à la détresse psychosociale des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de supervision des enfants dont les parents ont été hospitalisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Les mesures de quarantaine des foyers et de la communauté peuvent provoquer des tensions entre les parents et les enfants des foyers, avec pour résultat une frustration accrue des parents et des punitions corporelles • Augmentation des obstacles qui entravent le signalement des incidents ou des violences physiques

2.

Umaru, 12 ans, originaire du district de Moyamba, en Sierra Leone. « Un jour, je serai médecin parce que je veux aider ma famille, le pays, certains de mes amis, ainsi que ma mère et ma grand-mère. Un jour, s'ils ne se sentent pas bien, mais que je suis instruit, je pourrai beaucoup les aider. Lorsque mon père a contracté le virus Ebola, il a dit qu'il avait mal à la tête, alors il est d'abord allé à l'hôpital. Ils ont déclaré qu'il avait le virus Ebola, alors ils l'ont dirigé vers le centre de traitement du virus Ebola. »
Image fournie par l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire.





Quelles mesures devraient compléter les *Standards minimums pour la Protection de l'Enfance dans l'Action Humanitaire* pour protéger les enfants pendant l'épidémie de maladies infectieuses ?

Les interventions humanitaires suite aux épidémies de maladies infectieuses doivent obligatoirement se concentrer sur la prévention et le contrôle de la transmission de la maladie. Ce faisant, les interventions doivent tenir compte des conséquences des épidémies sur les enfants, leurs familles et leurs communautés. En particulier, il est nécessaire d'envisager les différentes façons qu'ont les épidémies, ainsi que les mesures qui en découlent pour prévenir et contrôler la transmission de la maladie, de menacer le bien-être et la protection des enfants.

Dans cette partie, on montre que la protection des enfants est un composant clé de la réponse à des épidémies de maladie infectieuse en période de crises humanitaires. À cet effet, sont exposées et décrites ci-dessous les activités nécessaires de prévention et d'intervention aux divers besoins pour la protection de l'enfant qui surgissent pendant des épidémies de maladies infectieuses. *Les Standards minimums pour la Protection de l'Enfance dans l'Action Humanitaire* sont utilisés comme base et seules les actions complémentaires d'actions existantes pour chaque norme sont incluses. L'ensemble des 26 standards minimums ne figurent pas ci-dessous, seulement ceux qui nécessitent des actions complémentaires pendant une épidémie de maladie infectieuse.

On fait référence à deux grandes catégories d'épidémies de maladie infectieuse : celles nécessitant une mise en quarantaine et/ou l'isolement et celles qui ne le nécessitent pas. Ces actions sont précisées quand il est nécessaire de porter une attention particulière aux maladies infectieuses nécessitant la mise en quarantaine et/ou l'isolement.

STANDARDS MINIMUMS POUR ASSURER UNE RÉPONSE DE QUALITÉ

1 STANDARD 1 : COORDINATION

Mesures de préparation

- S'assurer que les acteurs de la protection de l'enfant participent aux efforts de préparation au niveau du pays menés par les agents de la santé en cas d'épidémies de maladie infectieuse éventuelles. Durant la planification de la préparation, s'assurer qu'une attention particulière soit donnée aux risques liés à la protection de l'enfant qui peuvent survenir à la suite de la maladie et des mesures préventives et de contrôle, et identifier les mesures d'atténuation.



Mesures de réponse

- Admettre que l'approche groupée ou le modèle de coordination des réfugiés ne peuvent pas être utilisés dans les réponses aux épidémies de maladies infectieuses, et identifier les mécanismes existants de coordination qui peuvent intégrer les actions de réponse pour la protection de l'enfant. Il peut donc s'avérer nécessaire de collaborer avec de nombreux autres groupes de coordination.



Le Conseil de Sécurité des Nations Unies a établi en septembre 2014 que l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest est une « menace pour la paix et la sécurité internationale » et a créé la première mission d'urgence sanitaire, la Mission des Nations Unies pour la lutte contre Ebola (MINUAUCE). La MINUAUCE a soutenu un modèle de coordination basé sur quatre piliers — gestion de cas, détection de nouveaux cas et recherche des contacts, inhumations en toute sécurité et dignité, mobilisation sociale — différent de l'approche groupée ou du modèle de coordination des réfugiés utilisés dans d'autres crises humanitaires.⁵⁶ Plutôt que d'avoir un sous-regroupement distinct pour la protection infantile, les acteurs de la protection de l'enfance ont coordonné les efforts de réponse en appliquant les quatre piliers de réponse.

- Quand une épidémie de maladie infectieuse se déclenche dans des Etats en faillite ou touchés par des conflits armés, les acteurs humanitaires doivent coordonner avec des agents non gouvernementaux, conformément aux protocoles convenus et aux mesures de précaution.

Au Yémen, les acteurs de la protection de l'enfance qui intervenaient pendant l'épidémie de choléra dans des territoires tenus par des groupes armés non gouvernementaux travaillaient avec des ministères de la santé et d'aide sociale établis par un gouvernement parallèle. Bien que ne faisant pas partie d'un gouvernement légitime et reconnu internationalement, ces ministères étaient dans une certaine mesure opérationnels, et les acteurs humanitaires avaient besoin de leur adhésion et de leur participation pour agir. Parallèlement, les acteurs humanitaires ont dû maintenir le contact avec le gouvernement central déchu qui, bien que non opérationnel dans certaines des zones touchées par le choléra, était internationalement reconnu comme le gouvernement légitime.

- Lorsqu'il existe un mécanisme de coordination, désigner un responsable de la protection de l'enfant pour participer aux réunions du groupe de travail du secteur de la santé, selon les besoins, et demander au secteur de la santé de désigner un point focal pour participer aux réunions pertinentes du groupe de travail sur la protection de l'enfant.
- Travailler avec le secteur de la santé pour élaborer et diffuser des Procédures Opérationnelles Standardisées pour l'identification et le référencement des enfants vulnérables, y compris dans les centres de santé.
- Au sein du secteur de la protection de l'enfant, désigner des points focaux géographiques ou thématiques de protection de l'enfant, représentant par exemple les districts touchés ou les principales préoccupations en matière de protection de l'enfant, et communiquer leurs coordonnées aux homologues du secteur de la santé.

1 Pour obtenir plus d'informations sur les maladies qui nécessitent la quarantaine et l'isolement, veuillez consulter la figure 2 et l'annexe 3.



En outre, pour les maladies infectieuses qui nécessitent une quarantaine et/ou un isolement :

- Promouvoir une coordination étroite entre les organismes gérant les centres de traitement et d'observation ou de quarantaine, en s'attachant en particulier à normaliser la documentation des cas (y compris les données ventilées (distinguées) par âge, sexe et handicap), afin d'identifier les personnes présentant des problèmes de protection.

Au Liberia, différents organismes ont géré les centres d'observation et les centres de traitement de la MVE. Les mécanismes de communication et de coordination en place étaient inadéquats. Par conséquent, les déplacements des patients entre les centres n'étaient pas bien consignés, pas plus que les antécédents des patients, y compris les détails des parents dont les enfants avaient été admis dans les centres de soins et les détails sur les membres de la famille élargie.²⁵

*Ci-dessus : de nombreuses femmes viennent à ce ruisseau, remplissent un ou deux seaux et boivent autant qu'elles le peuvent pendant qu'elles sont ici. L'une d'elles explique : « Nous n'avons pas de pompe manuelle pour recueillir l'eau. Les deux seules qui fonctionnaient ici se sont taries pendant la saison sèche. L'eau est très rare et c'est très loin pour se rendre au ruisseau. Nous savons que l'eau de ce ruisseau n'est pas potable, mais c'est la seule eau que nous ayons pour l'instant. »
Image fournie par l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire.*



Image : Cira Santos, maman de six enfants, apprend comment empêcher les moustiques de se reproduire - Brésil. Image fournie par l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire.

2 STANDARD 2: RESSOURCES HUMAINES

Mesures de préparation

• Au niveau mondial :

- o Veiller à ce que la protection de l'enfant soit intégrée dans les outils de l'HEPI pour toutes les maladies prioritaires.
- o Établir et maintenir une base de données inter-agence du personnel de réserve ayant une expertise dans le domaine de la protection de l'enfant et une expérience de travail dans le domaine des épidémies des maladies infectieuses, afin d'accélérer les processus de recrutement et de déploiement.
- o Étendre les formations actuelles sur la protection de l'enfant en situation d'urgence destinées aux membres de la liste de réserve et aux spécialistes de la protection de l'enfant afin d'inclure des informations sur les besoins spécifiques de protection de l'enfant et les actions prioritaires en cas d'épidémies des maladies infectieuses, et veiller à ce que les participants éligibles soient ajoutés à la base de données mondiale inter-agence et/ou à la liste de réserve.



La dotation en personnel des interventions humanitaires en cas d'épidémies de maladies infectieuses peut être un défi car, souvent, le manque de ressources et la faiblesse des systèmes de santé ont contribué à la montée de l'épidémie en premier lieu.⁵⁷ Dans le cas de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MEV), des années de guerre civile au Liberia et en Sierra Leone avaient dévasté les systèmes de santé existants. Dans ce contexte, il était difficile de recruter suffisamment de personnel pour trois raisons principales : le financement, l'identification d'experts suffisamment expérimentés et les assurances données au personnel entrant en matière de sécurité (c'est-à-dire évacuation médicale, installations de traitement spécial, etc.). Les déploiements d'urgence ont été utilisés pour relever certains des défis liés au recrutement international. L'UNICEF, par exemple, a déployé un total de 714 personnes pour la situation d'urgence de la maladie du virus d'Ebola (MEV). L'UNICEF au Liberia, en Sierra Leone et en Guinée a demandé 67 spécialistes de la protection de l'enfant, et 56 ont été déployés. » ^{53(p57)}

Mesures de réponse

- Examiner les besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial de l'ensemble du personnel, en particulier des travailleurs de première ligne, et la manière dont ils peuvent être spécifiquement affectés du fait de leur participation à la lutte contre l'épidémie de maladie infectieuse. Veiller à ce qu'un soutien psychosocial approprié soit disponible sur place et à distance, et offrir des opportunités régulières au personnel pour participer à des activités créatives, des conseils individuels et/ou des discussions de groupe guidées.



3 STANDARD 3 : COMMUNICATION, PLAIDOYER ET MÉDIAS

Mesures de préparation

- Identifier les acteurs clés qui peuvent soutenir la communication sur les questions de protection de l'enfant, notamment les journalistes locaux, les agents de santé communautaires, les membres de la communauté et les groupes communautaires locaux, et renforcer leurs capacités à le faire dans le contexte des épidémies de maladies infectieuses.
- Veiller à ce que les politiques et les processus de communication sur toutes les questions liées aux épidémies, y compris celles impliquant des enfants, soient coordonnés entre les agences et entre les secteurs.
- En collaboration avec les partenaires, les autorités et d'autres acteurs de la protection de l'enfant, identifier les messages clés en matière de protection de l'enfant (notamment sur les risques et les mesures d'atténuation, la manière dont la maladie se propage, comment réduire le risque d'infection, comment reconnaître les signes et les symptômes de la maladie, où emmener les enfants qui présentent des symptômes et que faire avec les enfants si la personne qui s'occupe principalement d'eux ne se sent pas bien) et élaborer une stratégie de diffusion commune.
- Veiller à ce que les messages tiennent compte de l'âge et soient fondés sur une compréhension des conditions socioculturelles et des déterminants comportementaux liés à la connaissance et aux perceptions de la maladie, à ses mesures de prévention et de contrôle et aux modes de recherche de soins.



- Engager des artistes locaux connus, tels que chanteurs, comédiens, stars de la télévision et du cinéma et personnalités de la radio, pour créer des messages positifs, contextualisés, éducatifs et de sensibilisation qui s'appuient sur les modes de communication locaux populaires, notamment la chanson et le théâtre.

Mesures de réponse

- Reconnaître que les messages destinés aux adultes seront vus et entendus par les enfants, qui peuvent ne pas être prêts, sur le plan du développement ou émotionnel, à comprendre leur contenu. Travailler avec d'autres secteurs pour veiller à ce que les messages de prévention - même ceux qui s'adressent uniquement aux adultes - soient formulés de manière à éviter de causer une détresse excessive aux enfants ou aux personnes qui s'occupent d'eux.



Les messages diffusés lors de la maladie à virus Ebola (MVE), déclarant que « l'Ebola tue », ont provoqué la panique chez les adultes et les enfants. Les gens se sentaient désespérés, effrayés et impuissants à éviter la maladie. La perception que la mort était inévitable et imminente décourageait le respect des pratiques sûres, ce qui a entraîné un sentiment de peur accru chez les enfants.⁵³

- Veiller à ce que les messages de protection soient conçus pour répondre aux facteurs de risque pour les enfants des deux sexes et d'âges différents, d'une manière adaptée à l'enfant et sensible à la culture.

En Sierra Leone, les messages de la maladie à virus Ebola (MVE) concernant les risques de transmission et l'importance d'éviter les contacts de personne à personne étaient génériques. Ils n'étaient pas adaptés aux types d'activités de contact de personne à personne que les enfants et les adolescents pouvaient pratiquer, telles que le sport et les activités sexuelles. Les messages sur la sexualité sans risque relatifs à la maladie du virus Ebola (MVE) ne visaient pas les adolescents, un groupe cible important pendant l'épidémie.⁵⁸

- Impliquer les chefs religieux et les médecins traditionnels, y compris les guérisseurs et les sages-femmes, dans des interventions communautaires, et obtenir leur soutien pour identifier et différer temporairement ou adapter les pratiques locales qui peuvent constituer des risques d'infection. Il peut s'agir de la consommation de certains aliments, comme la viande de brousse, des coutumes associées à l'enterrement des morts et d'autres rites de passage, y compris les cérémonies qui marquent d'importantes périodes de transition dans la vie des enfants.

4 STANDARD 4: GESTION DU CYCLE DE PROGRAMME

Mesures de réponse

- Veiller à ce que les évaluations de la protection de l'enfant, ainsi que le suivi continu de la situation, couvrent la situation des enfants dans les centres de quarantaine, les centres de traitement et les communautés confrontées à des restrictions de mouvement.

5 STANDARD 5: GESTION DE L'INFORMATION

Mesures de préparation

- Développer des protocoles de partage d'informations et de protection des données avec les acteurs de la santé et d'autres acteurs clés dans le cadre de la planification de la préparation aux épidémies de maladies infectieuses.



Mesures de réponse

- Développer un consensus entre les acteurs de la protection de l'enfant sur les catégories d'enfants touchés par l'épidémie de maladie infectieuse qui seront utilisées pour la collecte des données, la mise en œuvre des programmes et les procédures d'établissement des rapports.



Au début de la réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MEV), les acteurs de la protection de l'enfant se sont réunis pour définir les grandes catégories d'enfants touchés par la MEV qui seront utilisées par les agences (survivants de la MEV, orphelins de la MEV, etc.).

Cette classification était pratique et permettait de trouver des dénominateurs communs dans la collecte des données et la mise en œuvre des programmes.

- En collaboration avec les acteurs de la santé, élaborer des protocoles de partage d'informations et des voies de référencement pour l'enregistrement et le référencement immédiats des enfants dans le besoin. Les protocoles de partage des informations doivent être conformes à l'éthique médicale, en respectant la confidentialité du patient, ainsi que celle des membres de sa famille. Les informations qui sont partagées, et avec qui, doivent l'être sur la base du strict besoin de savoir, et uniquement dans l'intérêt supérieur de l'enfant.
- Veiller à ce que le statut de chaque enfant et des membres de sa famille en matière d'infection et de maladie reste confidentiel et ne soit communiqué que sur la base du strict besoin d'en connaître.
- Veiller à ce que les personnes chargées de la collecte, de l'analyse et du cryptage des données qui font référence à l'état infectieux et pathologique des enfants et des membres de leur famille soient dignes de confiance, aient reçu une formation en matière de confidentialité des données et comprennent la nature potentiellement sensible des informations qu'elles traitent.

6

STANDARD 6 : SUIVI DE LA PROTECTION DE L'ENFANT

Mesures de réponse

- Pour chaque préoccupation à suivre, distinguez le nombre d'enfants de sexe masculin/féminin touchés par l'épidémie de maladie infectieuse du nombre total d'enfants de sexe masculin/féminin touchés. Si possible, inclure des indicateurs distincts pour chaque facteur de causalité ; par exemple : séparation de la famille en raison de mesures de quarantaine ; d'un abandon ; de l'admission de l'enfant ou de son parent dans un centre d'accueil ; etc.
- Mettre en place des systèmes pour surveiller la situation des enfants qui peuvent être exposés à un risque accru de violence, d'abus et de négligence, tels que les enfants en situation d'handicap, atteints de maladies chroniques ou d'albinisme, victimes et survivants de la maladie, et ceux dont des membres de la famille ou du ménage ont contracté la maladie.



En Sierra Leone, des Centres de réponse en situation d'urgence de district (DERC) ont été créés dans les différents districts et reliés au Centre national de réponse en situation d'urgence (NERC). Le DERC a dirigé la réponse à l'épidémie de la MEV au niveau du district, qui comprenait plusieurs piliers. Les piliers étaient situés sous le centre de commandement. Des bureaux de protection ont été créés au sein des DERC dans le but de relier les différents cas de protection aux prestataires de services appropriés et de s'assurer qu'ils reçoivent une réponse rapide et appropriée. Le fait de disposer de Bureaux de Protection au sein du DERC a permis d'améliorer la rapidité et la qualité de la réponse apportée aux enfants et aux familles vulnérables.

Toutes les stratégies de réponse élaborées devraient être guidées par l'expertise locale et les enseignements tirés de l'engagement sur ces questions dans le contexte local.

DES STANDARDS MINIMUMS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE PROTECTION DE L'ENFANT

8

STANDARD 8 : VIOLENCE PHYSIQUE

Lors d'épidémies de maladies infectieuses, l'imposition de mesures de quarantaine et la suspension des activités génératrices de revenus, éducatives et sociales qui en résulte, peuvent accroître les tensions dans le foyer. Les enfants qui ne peuvent pas aller à l'école ou jouer avec leurs amis peuvent se trouver en colère et frustrés par leurs parents, qui sont eux-mêmes soumis à un stress extrême. Pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MEV) en Sierra Leone, les enfants auraient reçu plus de coups pour avoir désobéi à leurs parents et aussi pour avoir pleuré de faim.⁵⁹

9 STANDARD 9: LES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE

Les preuves sont rares sur des questions difficiles à évaluer telles que la violence sexuelle dans les situations d'épidémie, mais les témoignages des intervenants de première ligne décrivent les risques spécifiques liés à la violence sexuelle dans ces situations. En Sierra Leone, un nombre important de filles ont été violées pendant l'épidémie d'Ebola par des membres de la communauté chargés de faire respecter la quarantaine au niveau communautaire (gardes), ainsi que des chauffeurs de taxi transportant des biens et personnes entre les communautés touchées.⁵¹ Les facteurs favorisant comprenaient la perturbation des structures familiales protectrices, des réseaux sociaux et des routines en raison des règlements adoptés par les autorités, ainsi que la réduction de la supervision communautaire. Les personnes en charge ont été principalement préoccupées par les soins aux malades et la nécessité de trouver des moyens de répondre aux besoins fondamentaux, notamment en matière d'alimentation. La fermeture des écoles et les restrictions de rassemblements publics ont également empêché la participation des enfants aux jeux, apprentissages ou activités supervisées.

Mesures de réponse

- Plaider auprès des acteurs de la santé pour (a) maintenir des salles séparées pour les filles et pour les garçons dans les centres de soins lorsque cela est possible; (b) prendre en compte l'âge et le genre dans l'affectation du personnel à ces lieux ; et (c) s'assurer que toutes les personnes ayant accès ont fait l'objet d'une vérification des antécédents en matière de protection de l'enfant, ont reçu une formation sur la prévention et ont signé une politique de protection de l'enfant. Plaider auprès des acteurs de la santé pour établir des procédures de visite appropriées.
- Mettre en place des dispositifs de prise en charge alternative sûrs pour les enfants qui accompagnent les personnes qui s'occupent d'eux dans les centres de traitement, y compris des centres d'observation au cas où une quarantaine serait nécessaire, et placement dans la famille élargie pour les enfants qui peuvent retourner dans un environnement familial.
- Travailler avec la communauté pour accroître la sensibilisation aux risques et conséquences uniques de la violence sexuelle dans le contexte d'épidémies, y compris la transmission potentielle de la maladie.
- Décourager tout comportement potentiellement à risque en renforçant l'environnement protecteur des enfants des communautés en quarantaine, en



particulier ceux dont les personnes en charge sont infectées et incapables de s'en occuper au quotidien.

- Former les gardes gouvernementaux et communautaires à leurs obligations en matière de protection de l'enfant, les obliger à signer et à respecter les politiques de protection de l'enfant, et poursuivre les auteurs de violence sexuelle contre les enfants, en imposant des sanctions administratives et pénales plus sévères aux personnes en position d'autorité.
- Diffuser des messages qui soulignent l'importance de rechercher une assistance médicale pour ces enfants - pour traiter toute blessure subie pendant l'agression et/ou administrer une prophylaxie post-exposition dans les 72 h, mais aussi pour vérifier les symptômes de la maladie afin de commencer un traitement rapide si nécessaire.
- Fournir une aide financière et matérielle aux familles dont les moyens financiers sont limités en raison de l'épidémie.

En outre, pour les maladies infectieuses qui nécessitent une quarantaine et/ou un isolement :

- Mettre en place des mécanismes pour garantir que les communautés confrontées à des restrictions de mouvement ont toujours accès à des soins holistiques adaptés aux enfants pour les enfants victimes de violence et leurs familles.
- Coordonner avec les acteurs de la justice, de la santé et du travail social pour veiller à ce que tous ces enfants, indépendamment de leur état d'infection et de maladie, reçoivent des soins et une assistance appropriés et en temps opportun.
- Fournir une aide financière et matérielle aux familles dont les possibilités de génération de revenus sont limitées par la quarantaine ou la maladie.

Mesures de réponse pour les maladies infectieuses nécessitant la mise en quarantaine ou l'isolement :



- Coordination avec les personnes s'occupant des enfants - enseignants, travailleurs sociaux, agents de santé, responsables de l'application des lois et groupes communautaires concernés - pour sensibiliser aux risques pour la santé posés par les pratiques traditionnelles nocives impliquant des contacts corporels, notamment les scarifications, traces ou marquages tribaux, perçage, circoncision ou autres modifications sur le corps, tests de virginité et mariage précoces⁶⁰.
- Parallèlement à toute stratégie existante visant à mettre fin aux pratiques néfastes, contacter les chefs traditionnels et religieux pour discuter de la possibilité de différer ou adapter ces pratiques lors

des épidémies de maladies infectieuses afin de limiter la contagion. Les stratégies développées doivent être basées sur l'expertise locale et les leçons tirées de l'engagement sur ces questions au niveau local.

10 **NORME 10 : SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ET DÉSORDRES MENTAUX**

Pendant les épidémies de maladies infectieuses, les enfants peuvent être en détresse pour diverses raisons. Lorsque les personnes en charge, membres de la famille ou amis tombent malades, les enfants peuvent ne pas pouvoir leur rendre visite dans les centres de traitement et recevoir des informations régulières sur leur état. Ils peuvent perdre leurs réseaux de soutien habituels en raison d'une prise en charge

alternative ou du rejet par les voisins, la famille élargie ou les membres de la communauté. L'anxiété et le deuil collectifs qu'une communauté éprouve peuvent avoir un impact important sur les enfants. Une connaissance limitée de la maladie par le public peut déclencher une désinformation, des rumeurs et la panique.⁶¹ Les enfants peuvent devenir hyper vigilants, avoir peur que les personnes qui s'occupent d'eux ou d'autres membres de la famille tombent malades et meurent. Ils peuvent également subir la perte des personnes proches, dont ils dépendent pour les soins et la survie. Les campagnes d'information médiatiques peuvent également accroître le niveau de détresse de la population. Au cours de l'épidémie de Zika au Salvador, par exemple, une grande attention médiatique s'est portée sur la maladie, ce qui aurait augmenté le niveau d'anxiété chez les femmes enceintes.⁶²

Au cours de l'épidémie d'Ebola, les acteurs de la protection de l'enfant ont identifié différentes interventions de soutien psychosocial pour des catégories distinctes d'enfants touchés. Elles sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Alternatives possibles d'activités de soutien psychosocial (PSS)

Les personnes exposées à l'infection et en quarantaine à domicile	Les personnes exposées à l'infection et en quarantaine dans des centres de santé	Les personnes déclarées atteintes d'une maladie infectieuse dans les unités de traitement
Distribuer des trousseaux de survie	Diffuser des messages et des programmes à la télévision ou à la radio	
Mener des activités communautaires, y compris le suivi et le soutien aux familles	Mobiliser des conseillers pour rendre visite aux patients au besoin	
	Distribuer des jeux récréatifs et didactiques aux enfants	
Mener des activités de sensibilisation, appropriées à l'âge et au genre, à la télévision et à la radio		
Offrir un soutien aux travailleurs du secteur social pour qu'ils participent à des visites communautaires	Établir une présence de travailleurs sociaux liée au système de protection de l'enfant, y compris l'enregistrement rapide pour la recherche et la réunification des familles	
Renforcer les capacités du personnel de réponse, des travailleurs de la santé et des travailleurs communautaires en ce qui concerne les premiers soins psychosociaux et le référencement de cas nécessitant des services spécialisés de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS)		
Renforcer la capacité des systèmes pour l'identification, la recherche, la réintégration des familles (IDFTR) et la prise en charge alternative pour les orphelins et les enfants vulnérables		
Coordonner le référencement vers des services pour les enfants et leurs familles		

Mesures de préparation

- Veiller à ce que les acteurs engagés dans la planification de la préparation aux épidémies de maladies infectieuses connaissent les directives IASC MHPSS.



Mesures de réponse

- Adapter les interventions de santé mentale et de soutien psychosocial à la nature de l'épidémie, à son impact sur les enfants et les familles, et à la possibilité offerte aux personnes ou non de se rassembler en toute sécurité.
- Envisager une gamme d'options de prestations pour les interventions psychosociales, y compris les soins communautaires, à domicile, entre pairs et en individuel.
- Encourager les communautés à adopter des mécanismes sûrs et positifs pour faire face à leur peur et à leur chagrin, continuer de célébrer des événements spéciaux, adaptés si nécessaire pour se prémunir contre la transmission.
- Développer des voies de référencement et offrir un soutien psychosocial aux enfants dont les personnes en charge ou membres de la famille sont admis dans les centres de traitement.



Au Yémen, les acteurs de première ligne ont signalé un degré élevé de traumatisme chez les enfants accompagnant leurs parents dans les centres de traitement du choléra, en particulier en cas de décès par la suite. Certains centres disposaient d'agents de soutien psychosocial ou de personnel de santé ayant reçu une formation de base en soutien psychosocial, disponibles pour apporter un soutien aux enfants dont les parents étaient hospitalisés. Selon l'âge de l'enfant, le personnel a expliqué le traitement, les risques de contracter le choléra et les mesures de prévention pour eux-mêmes et les autres. Cela a permis aux enfants de comprendre et d'être responsabilisés.⁴⁰

- Veiller à ce qu'un soutien spécialisé soit disponible pour les enfants, les personnes en charge et autres membres de la famille dont les proches sont décédés ou ont été touchés par la maladie.

Lors de l'épidémie de Zika au Brésil, les femmes ayant donné naissance à des bébés atteints de microcéphalie étaient à risque d'avoir des niveaux élevés d'anxiété et une mauvaise qualité de vie au cours des douze premiers mois de vie de leur nouveau-né. Cela a eu un impact sur leurs capacités à prendre soin de leurs autres enfants et à communiquer avec eux. Une étude réalisée en 2016 a révélé que la majorité de ces femmes n'ont pas reçu de soutien ou de conseils psychosociaux spécialisés.⁶³

En outre, pour les maladies infectieuses nécessitant une quarantaine et/ou un isolement :

- Former les personnes en charge des enfants, enseignants et animateurs communautaires sur les moyens alternatifs de reconforter, d'impliquer et interagir avec les enfants.

Pendant l'épidémie d'Ebola au Liberia, un soutien psychosocial et des activités socio-récréatives ont été proposés à domicile par les membres de la communauté, ou dans une zone commune accessible aux maisons en quarantaine adjacentes. Dans d'autres cas, des équipes de soutien psychosocial d'ONG ont proposé des activités organisées derrière la barrière délimitant la zone de quarantaine. Le contact personnel présentant des risques de contagion, le chant, la parole et la danse ont été utilisés pour reconforter les enfants.²⁵

Pendant l'Épidémie d'Ebola en Sierra Leone, les jeunes ayant survécu ont travaillé comme volontaires formés dans des centres de soins provisoires pour fournir un soutien psychosocial aux enfants. En plus des activités proposées, les jeunes ont partagé un message d'espoir en montrant qu'il est possible de survivre à la maladie.⁵⁸

- Travailler avec les chefs traditionnels et religieux et d'autres membres de la communauté pour adapter les cérémonies funéraires et de deuil traditionnelles.

En Sierra Leone, les équipes d'inhumation ont été formées pour procéder à des inhumations sûres et dignes, mais aussi faire face au deuil, communiquer avec les membres de la famille en détresse et assurer la protection de l'enfant afin d'identifier ceux nécessitant des soins et un soutien spécialisés. Initialement, les victimes étaient enterrées dans des fosses communes sans cérémonie, ce qui était extrêmement difficile pour les membres de la famille. Les traditions funéraires ont ensuite été adaptées pour que les corps des femmes soient préparés par des femmes des équipes funéraires sûres et enterrés dans des tombes individuelles portant leur nom (facilitant la célébration de la cérémonie de dévoilement de la pierre tombale après 12 mois), et pour que les personnes intéressées puissent assister aux funérailles en se tenant à distance de la tombe, à l'extérieur de la zone de contagion. Ces changements ont permis aux enfants de pleurer leurs parents et membres de leur famille décédés et sentir que leurs proches étaient respectés dans la mort.⁶⁴

En coordination avec le personnel de santé et les travailleurs sociaux concernés :

- o Adapter les mesures de soutien psychosocial à la nature de la maladie, en particulier ses modes de transmission.

Lors de l'épidémie de choléra au Yémen, les enfants malades étaient généralement séparés des adultes malades. D'un point de vue psychosocial, cependant, les enfants se sentaient plus en sécurité avec leurs mères. Les décisions ont donc été prises au cas par cas, en particulier pour les jeunes enfants et les mères qui suivaient également un traitement pour rester avec leur enfant.⁴⁰ En revanche, lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, les enfants arrivés dans les centres de traitement avec leurs parents malades ont été séparés en raison du risque d'infection. Cela a été appliqué y compris lorsque l'enfant était sous traitement, car l'exposition à d'autres malades avait de graves conséquences sur les patients.



Page précédente : Terre des hommes/
Olivier Girard/Burkina Faso 2016

- o Créer des opportunités sûres (via l'adoption de mesures prophylactiques, des options de télécommunication telles que Skype, WhatsApp, Messenger ou téléphone, l'échange de lettres, photos, vidéos et dessins, ou tout autre mécanisme approprié) pour que les enfants maintiennent un contact régulier avec leurs parents et membres de leur famille dans le cas où l'un d'entre eux ou les deux devaient être admis dans un centre de soins.

Pendant la réponse à l'épidémie d'Ebola, le mode de transmission du virus impliquait que les enfants ne pouvaient pas être réconfortés par le toucher. Au Liberia, les enfants séparés de leur famille en raison de la mise en quarantaine ou qui se trouvaient dans des centres de traitement ont pu maintenir le contact avec leurs parents à l'aide d'appels vidéo et d'échange de vidéos préenregistrées. En Sierra Leone, les appels téléphoniques entre les enfants séparés de leurs familles et leurs parents étaient programmés à la même heure chaque semaine, donnant ainsi aux enfants une forme de routine. Ces mesures de télécommunication étaient un moyen essentiel de rassurer les parents et les enfants, car ils ne savaient souvent pas où ils étaient évacués, pendant combien de temps ils seraient séparés, et quand ils pourraient se retrouver.²⁶

- o Former les enseignants à soutenir la réintégration sociale des élèves une fois les écoles réouvertes et à offrir aux élèves la possibilité de parler des difficultés qu'ils ont rencontrées et de faire leur deuil, notamment lors de la perte de membres de la famille et d'amis à cause de la maladie.

12 NORME 12 : TRAVAIL DES ENFANTS

Dans une évaluation réalisée en 2015 en Sierra Leone, les enfants ont expliqué devoir assumer de nouveaux rôles et responsabilités pour compléter les revenus du ménage. Ils ont signalé une corrélation directe entre la fermeture des écoles et l'augmentation du travail et de l'exploitation des enfants.³¹ Au Liberia, les acteurs de première ligne lors de l'épidémie de MVE ont également identifié des enfants qui se livraient à des travaux dangereux afin de compléter le revenu familial perdu en raison des arrêtés et mesures de quarantaine.²⁵ Les enfants eux-mêmes ont signalé une pression accrue sur les garçons et les filles afin qu'ils complètent les revenus, ceci touchant aussi bien les enfants ayant perdu leurs parents des suites de la maladie ou pas.³¹

En Sierra Leone, les transactions sexuelles, un moyen par lequel les adolescentes ont essayé de répondre aux besoins fondamentaux de leur famille, est un phénomène qui est apparu pendant l'épidémie. Il a été suggéré que les causes à l'origine de cette augmentation comprennent l'aggravation de la pauvreté et l'incapacité des personnes en charge à fournir de la nourriture et des biens matériels à leurs enfants.⁵¹ Les témoignages d'intervenants au Liberia montrent une situation similaire.²⁵

Mesures de réponse

Pour les maladies infectieuses nécessitant la mise en quarantaine ou l'isolement :

- Plaider pour que les mesures de quarantaine soient accompagnées d'un soutien financier ou matériel aux ménages et / ou communautés affectés, conformément aux meilleures pratiques concernant la recherche d'espèces et / ou des articles non alimentaires.



Page précédente : Terre des hommes/Olivier Girard/Burkina Faso 2016

13 NORME 13 : ENFANTS NON ACCOMPAGNÉS ET SÉPARÉS

Lors d'épidémies de maladies infectieuses, les enfants peuvent être séparés de leurs parents suite à leur décès ou d'actions délibérées tel que l'envoi de l'enfant auprès d'autres personnes, ou à la suite de mesures de santé publique visant à contrôler la propagation de la maladie. Les jeunes enfants courent un risque particulier de séparation familiale s'ils sont admis seuls dans des centres d'observation ou de traitement, ou s'ils accompagnent leurs parents qui décèdent par la suite, car ils ne connaissent souvent ni leur village d'origine, ni les noms et coordonnées des membres de leur famille.

A. Mesures clés - identification, documentation, recherche et réunification familiale (IDTR)

Mesures de préparation

- Identifier, former et encadrer les acteurs de santé et les responsables locaux susceptibles d'être impliqués dans les réponses aux épidémies de maladies infectieuses sur la prévention de la séparation familiale, l'identification et le référencement des enfants non accompagnés et séparés de leurs familles, les méthodes adaptées selon l'âge pour les entretiens, les techniques adaptées pour interroger les enfants se trouvant dans des centres d'observation ou de traitement, et les procédures à suivre pour remplir et gérer les formulaires utilisés localement.



Lors de la réponse à l'épidémie d'Ebola au Liberia, des dossiers de gestion de cas ont été ouverts pour tous les enfants admis dans les centres d'observation ou de traitement et utilisant des formulaires standard de gestion de cas adaptés pour intégrer les informations concernant la santé de l'enfant. Ces formulaires mentionnaient le nom, la date de naissance et le lieu d'origine de l'enfant, les coordonnées des parents et de la famille élargie de l'enfant, ainsi que sa date d'arrivée et l'identité de la personne qui l'ayant amené. Le formulaire a été mis à jour conformément aux protocoles habituels et à chaque contrôle médical ou visite que l'enfant recevait.

- Éviter de diffuser des informations qui pourraient involontairement encourager les familles à aban-

donner leurs enfants, comme par exemple diffuser des informations erronées sur les modes de transmission ou des rumeurs selon lesquelles les enfants dans les centres d'observation recevraient une assistance spéciale ou prioritaire.

Mesures de réponse



- S'assurer que les enfants ou personnes qui en ayant la charge qui présentent des symptômes soient admis dans le centre de traitement le plus proche, ce qui faciliterait la continuité des contacts familiaux. En cas de traitement, les enfants ne devraient pas être éloignés de leurs familles si possible et ces dernières devraient toujours savoir où se trouvent les enfants. Il en est de même pour les enfants dont les parents sont soignés. Ils devraient également être informés de leur état de santé.
- Coordonnez avec les acteurs de la santé, les travailleurs sociaux et autres acteurs pour établir ou renforcer les mécanismes de référencement existants pour les enfants.
 - o Si les enfants sont retirés de leur famille et placés dans des établissements de soins médicaux, les détails et ceux de leur famille doivent être pris lors du retrait, et non lorsque l'enfant arrive au centre de soins. Un enfant malade ne devrait jamais être retiré à sa famille sans renseignement sur la personne en charge la plus proche et sans les garder sur lui. La famille de l'enfant devrait toujours savoir où l'enfant sera traité et recevoir des informations régulières sur son état et son emplacement.
 - o À partir du moment où un enfant séparé ou non accompagné entre en contact avec les services de santé, la recherche active de la famille de l'enfant devrait commencer afin de faciliter le regroupement familial une fois l'enfant sorti de l'hôpital ou, au besoin, de déterminer une autre option de prise en charge alternative appropriée. N'attendez pas qu'un enfant soit transféré dans un centre à plus long terme.

En outre, pour les maladies infectieuses nécessitant une quarantaine et/ou un isolement :

- Assurez la coordination avec les acteurs de la santé pour assurer l'enregistrement des enfants admis dans les centres d'observation ou de traitement, y compris les détails sur le nom de l'enfant, sa date de naissance et son lieu d'origine ; les noms des parents et, les noms et coordonnées d'autres membres de la famille susceptibles de les prendre en charge si besoin.

Lors de la réponse précoce à l'épidémie d'Ebola au Liberia, les acteurs de première ligne ont souligné que les enfants se trouvaient dans des centres d'observation et de traitement dans des lieux inconnus de leur famille, et vice versa.²⁵ Parfois, ils ont été transférés dans des centres de soins secondaires sans aucune trace écrite, ni aucune communication avec leur famille. Souvent, aucun détail sur la famille n'a été pris, ce qui a davantage compliqué le regroupement familial. Il s'agissait d'une préoccupation particulière pour les enfants plus jeunes (de moins de cinq ans), qui ne pouvaient pas communiquer les noms et coordonnées de leurs parents et membres de leur famille élargie, ou de leurs communautés d'origine. Cette situation s'est améliorée au fil du temps, car un formulaire commun a été utilisé dans tous les centres d'observation et de traitement pour saisir les renseignements sur l'enfant, des personnes en charge et membres de la famille élargie, ainsi que les mouvements des patients.

Le risque de séparation permanente de la famille a augmenté pendant la réponse à l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone puisque, dans certains cas, les parents et autres personnes en charge ont été placés dans des centres de traitement dans un district, et les enfants ont été placés en quarantaine ou dans des centres de traitement dans trois ou quatre districts éloignés de là. En raison d'une mauvaise communication les parents séparés de leurs enfants ne savaient souvent pas où ils se trouvaient ou s'ils étaient encore en vie.

- Veillez à ce que des procédures soient mises en place pour maintenir le contact à distance ou virtuel entre les enfants et les parents physiquement séparés en raison de la quarantaine, de l'isolement ou du traitement.

Pendant la réponse à l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone, des efforts ont permis de garder les frères et sœurs ensemble s'ils étaient admis dans des centres de traitement ou d'observation ou placés dans leur famille élargie. Les enfants placés dans des centres de quarantaine ont pu maintenir le contact au

moyen d'appels téléphoniques hebdomadaires avec les parents qui se trouvaient à un endroit connu. Les personnes s'occupant des nourrissons et jeunes enfants dont les parents étaient en quarantaine ou dans des centres de traitement ont été encouragées à communiquer avec eux pour leur dire où se trouvaient leurs enfants et les rassurer sur leur état.

- Coordonnez avec les acteurs de la santé, les travailleurs sociaux et les autres acteurs pour établir ou renforcer les mécanismes de référencement existants pour les enfants.

Durant l'épidémie d'Ebola, la collaboration entre les travailleurs sociaux, les acteurs communautaires et de la santé était spécifique, sachant que les dispositifs de référencement ont été mis en place entre différents types de centres de soins (centres d'observation et de traitement). Les travailleurs sociaux et les acteurs communautaires ont reçu une formation sur des mesures de santé précises, comme la prévention et le contrôle des infections, ce qui a eu un effet positif sur les soins prodigués aux enfants. Les familles d'accueil ont été incluses dans les dispositifs de référencement élaborés et, pour la première fois dans un système de protection/santé plus vaste. Des équipes multidisciplinaires ont participé à la coordination du suivi, des soins et du soutien, ce qui a eu un impact plus positif sur les enfants.⁵³

- o Dans les cas où les installations médicales sont éloignées du lieu d'origine des familles, assurez-vous que des logements temporaires appropriés sont disponibles pour les parents dont les enfants ont été admis dans des centres d'observation ou de traitement. Cela réduira le risque de séparation de la famille et facilitera le soutien psychosocial de l'enfant.
- o Si un adulte est admis en traitement ou observation, vérifiez s'il a des enfants, où ils se trouvent et les modalités de soins mis en place, c'est-à-dire si et par qui ils sont soignés.
- o Lorsqu'un enfant ou ses parents a/ont été admis dans un établissement médical, assurez-vous que des mécanismes de communication sont en place entre les enfants et leur famille. Cela

peut inclure la possibilité de visites sécurisées (si des mesures appropriées sont prises) ; ou des moyens comme Skype, téléphone ou Whatsapp ; ou l'échange de lettres, de photos ou de vidéos.

- o Réduisez le risque de stigmatisation et/ou de rejet, en veillant à ce que les informations pour expliquer l'état de santé de l'enfant sorti d'un centre de soins médicaux, réuni avec sa famille après une période de séparation, ou placé en charge alternative suite à la maladie ou décès d'un parent soient bien comprises par l'adulte responsable (c'est-à-dire, oralement, sur document imprimé ou forme graphique).

B. Principales mesures - Prise en charge alternative

Mesures de préparation

- Menez des campagnes de sensibilisation, complétées par du matériel d'information, d'éducation et de communication, pour veiller à ce que les familles et communautés ne soient pas dissuadées de prendre en charge les enfants non accompagnés et séparés de leurs familles en raison de craintes non fondées au sujet de la nature de la maladie et des modes de transmission.
- Identifiez dans les collectivités touchées les personnes qui sont le mieux placées pour prendre soin d'enfants non accompagnés et séparés de leurs familles en cas d'épidémie.

Cela peut inclure les survivants ayant développé une immunité à la maladie. Les personnes susceptibles de prendre en charge l'enfant devraient suivre un processus de présélection, une formation sur la protection de l'enfant et accepter la politique de protection de l'enfant et les visites de surveillance.



Mesures de réponse

- À moins que la maladie ne soit directement transmissible, ne séparez pas les enfants d'un parent malade sans vous assurer que les enfants soient sous la garde d'un adulte responsable. Si la prise en charge par la famille ou la communauté n'est pas possible, déterminez si des services de garde d'enfants sécurisés temporaires peuvent être établis à côté du centre d'observation ou de traitement où le parent a été admis.
- Si un parent malade est admis dans un centre de santé accompagné d'un enfant, assurez-vous que les informations concernant l'enfant et sa famille soient recueillies au point d'admission. Ces renseignements devraient être utilisés pour



déterminer les mesures de soins appropriées pour l'enfant pendant l'observation ou le traitement su parent, et identifier les autres membres de la famille pour s'occuper de l'enfant en cas de décès.

- Les familles d'accueil doivent être le plus près possible du lieu d'origine de l'enfant et/ou du lieu où ses parents sont soignés (s'ils sont vivants et connus).

Les agences chargées de la protection de l'enfant lors de l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone ont eu de la difficulté à placer les enfants non accompagnés et séparés de leurs familles dans des foyers ou centres communautaires. Pour de nombreuses familles, l'obstacle n'était pas la crainte d'infection ou de discrimination, mais le poids économique pour prendre en charge un autre enfant. La plupart des enfants ont néanmoins fini par être pris en charge par le biais de relations.²⁶

- Prenez des mesures pour préserver l'unité familiale. Lorsque les enfants ou parents ayant été malades ont des problèmes de santé chroniques ou des besoins à long terme, réduisez le risque de séparation de la famille en fournissant une aide financière et/ou matérielle supplémentaire afin de permettre aux parents de continuer à prendre soin de leurs enfants.

En Sierra Leone, pendant la réponse contre l'épidémie d'Ebola, le personnel de la protection de l'enfant accompagnait les enfants sortant de centres de traitement ou d'observation à revenir dans leur communauté. Ils ont organisé le transport et remis aux enfants des kits d'intégration comprenant, entre autres, un matelas et oreillers, des vêtements, de la nourriture et des articles de cuisine. Les agences chargées de la protection de l'enfance ont également collaboré avec des chefs religieux pour faciliter l'acceptation et la réintégration sociale des enfants lors de cérémonies de guérison communautaire.

Au Liberia, les enfants qui ayant survécu au virus Ebola dans des centres de traitement ou qui avaient terminé la période d'observation obligatoire dans des centres d'isolement ont reçu un programme d'aide pour faciliter la réinsertion familiale et communautaire. Les agences chargées de la protection de l'enfant

et les travailleurs sociaux ont également travaillé au niveau communautaire pour préparer la communauté au retour de l'enfant.

Standard: Négligence

Les épidémies de maladies infectieuses peuvent augmenter le risque que les enfants ne reçoivent pas suffisamment de stimulation sociale et cognitive. En plus de la séparation familiale en raison de la maladie ou du décès d'un parent, la capacité des personnes en charge de l'enfant de fournir des soins adaptés peut être compromis par des mesures de contrôle de propagation de la maladie, comme la quarantaine ou l'isolement. En Sierra Leone pendant l'épidémie d'Ebola, par exemple, les règlements ont restreint les mouvements ainsi que les contacts humains entre les personnes. Tenant compte de la nécessité d'une prise en charge adaptée et du stress vécu par les enfants en l'absence de tels soins, cela a certainement eu des conséquences pour les jeunes enfants.

Mesures de réponse

- Dans la mesure du possible, les acteurs de la protection de l'enfant devraient renforcer les relations familiales, par exemple en encourageant les contacts fréquents entre les enfants dans les centres d'observation ou de traitement et leurs parents et/ou les membres de leur famille, ou vice versa.
- Trouvez des façons de sensibiliser les parents à l'importance des relations d'affection avec leurs enfants, en particulier dans les situations de stress élevé comme les épidémies de maladies infectieuses.
- Soutenez les familles qui ont besoin d'un soutien de base, comme les aliments, l'eau, les soins médicaux et services de santé mentale, afin de répondre aux besoins fondamentaux des enfants et réduire les sources de stress.
- Identifiez des moyens de fournir aux enfants en traitement, en isolement et en quarantaine des possibilités de stimulation cognitive, par exemple en diffusant des programmes éducatifs à la radio.



STANDARDS MINIMUMS POUR ÉLABORER DES STRATÉGIES ADÉQUATES DE PROTECTION DE L'ENFANT

15 STANDARD 15: GESTION DES CAS

Mesures de réponse

- Veillez à ce que les intervenants soient informés de l'incidence de l'épidémie sur la protection de l'enfant, des enfants qui sont susceptibles d'être les plus vulnérables et des raisons pour lesquelles ils le sont, et des soutiens disponibles.
- Offrez aux intervenants une formation approfondie et intensive en gestion de cas, en intégrant une gamme de sujets sur la protection de l'enfant propres à l'épidémie de maladie infectieuse. Cela pourrait comprendre une formation sur la façon d'offrir un soutien continu aux familles d'accueil, en particulier aux familles s'occupant d'enfants orphelins suite à la maladie qui sont en deuil et se sont retirés de la vie familiale et communautaire. Compléter le cours par une formation de remise à niveau régulière, une supervision individuelle ou entre pairs, des consultations au sein de chaque organisme de gestion de cas et des ateliers sur la gestion de cas.
- Veillez à ce que les intervenants comprennent les informations de base sur la maladie, y compris les modes de transmission et risques d'infection, afin de lutter efficacement contre les mythes stigmatisant les enfants survivants ou de survivants.
- En s'appuyant sur les mécanismes existants, élaborer des procédures avec le secteur de la santé, les administrateurs locaux et les dirigeants communautaires en définissant des critères et processus pour l'enregistrement, le référencement et le suivi des enfants exposés à la violence, aux abus ou à la négligence à la suite de l'épidémie. La priorité devrait être accordée aux enfants séparés de leurs parents, y compris ceux se trouvant dans des centres d'observation, de traitement ou ceux placés sous prise en charge alternative ; aux enfants des ménages touchés par les restrictions de déplacement ou le manque d'accès aux services; aux enfants en situation de handicap ou atteints de maladies chroniques ou d'albinisme ; victimes et survivants à la maladie, susceptibles d'être rejetés par leur famille et/ou leur communauté ; et aux enfants dont la famille ou les membres du ménage a/ont contracté la maladie.



16 STANDARD 16 : MÉCANISMES COMMUNAUTAIRES

Mesures de préparation

- En coopération avec des groupes communautaires de protection de l'enfant, identifiez le rôle que ces groupes pourraient jouer dans le suivi des enfants placés pendant l'épidémie.



Mesures de réponse

- Apprenez aux bénévoles communautaire, aussi bien aux adultes qu'aux enfants, à identifier les messages locaux appropriés et à sensibiliser la population aux modes de transmission et aux risques d'infection. Appuyez-vous sur différentes données démographiques pour élaborer des messages clés et des stratégies de diffusion efficaces adaptés à l'enfant, en tenant compte de l'âge, du genre, des niveaux d'alphabétisation et d'éducation, des capacités, des incapacités et du statut socio-économique.



En Sierra Leone ou au Liberia, les survivants à l'épidémie d'Ebola ont joué un rôle important en matière de protection de l'enfant, en facilitant des activités psychosociales et socio-récréatives, menant des campagnes de sensibilisation, identifiant et orientant les cas relevant de la protection de l'enfant, et offrant des interventions de base pour le bien-être des enfants infectés ou suspectés d'avoir contracté la maladie. Grâce à l'immunité développée contre le virus, ils ont été les principaux acteurs du changement social, capables d'interagir avec les enfants – contrairement aux spécialistes de la protection de l'enfant – pour comprendre et atténuer les risques auxquels les enfants étaient confrontés et lutter contre la stigmatisation et la discrimination contre les enfants survivants et de parents survivants.

17 STANDARD 17 : ESPACES ADAPTÉS À L'ENFANT

Les espaces amis des enfants (EAE) sont souvent utilisés pour fournir un soutien psychosocial aux enfants en période de crises humanitaires. Pendant les épidémies de maladies infectieuses, il peut néanmoins être nécessaire d'envisager une gamme plus vaste d'interventions, selon la nature de l'épidémie, son

impact sur les enfants et les familles et selon si la population peut se rassembler en toute sécurité. Si des restrictions à la liberté de circulation sont en vigueur, ou si les contacts physiques interpersonnels constituent une menace pour la sécurité, les interventions de soutien en matière de santé mentale et de soutien psychosocial devront être repensées pour fournir des soins adéquats aux enfants.^{53, 65} Des alternatives aux EAE sont décrites ci-dessous.

Mesures de réponse

- Discutez avec les acteurs de la santé et de l'EAH (Eau, Assainissement et Hygiène pour tous) de la possibilité d'établir des EAE en toute sécurité, en tenant compte de la nature de l'épidémie. Pour les maladies infectieuses transmissibles indirectement, identifiez les emplacements éloignés des sources possibles d'infection et gardez l'accès à l'eau potable et à l'assainissement ainsi que la mise en place de mesures de contrôle.
- Si possible, établissez des EAE dans les centres de traitement et autres lieux où les enfants peuvent être confinés ainsi que dans les endroits accessibles aux enfants dont les parents ont été admis dans un centre de soins et/ou sont décédés.



Au Yémen, certains centres de traitement du choléra disposent d'EAE contigus employant des travailleurs psychosociaux. Cette pratique a été considérée comme exemplaire, car elle permet d'identifier les risques associés à la protection des enfants faisant l'objet d'un traitement ou accompagnant leurs parents. Dans le cas où les centres de traitement ne disposaient pas d'EAE contigus, les enfants ont été encouragés à participer à des activités socio-récréatives dans des centres communautaires voisins, employant des travailleurs sociaux du secteur public et/ou des travailleurs para sociaux de la communauté ayant suivi une formation en droits de l'enfant, à la protection de l'enfance et au soutien psychosocial.

- Veillez à ce que le personnel travaillant dans les EAE et les bénévoles comprennent les informations fondamentales concernant la maladie, y compris les symptômes et modes de transmission, afin qu'ils puissent orienter les enfants pour leur traitement ou observation, favoriser la prévention des infections au sein des EAE et lutter contre les mythes à propos de la maladie.
- Veillez à ce que le personnel travaillant dans les

EAE et les bénévoles soient au courant des risques associés à la protection auxquels l'épidémie peut exposer les enfants, des enfants susceptibles d'être les plus vulnérables et des raisons pour lesquelles ils le sont, ainsi que de la manière d'orienter les enfants vers les services de soutien disponibles.

En outre, pour les maladies infectieuses nécessitant une quarantaine et/ou un isolement :

- Déterminez la façon d'adapter les activités des EAE et les types d'activités pouvant être facilitées en toute sécurité pour éviter la transmission « enfant à enfant » ou « enfant à animateur ». Le matériel récréatif doit être facilement désinfecté. Des alternatives telles que des émissions de radio pourraient être envisagées.

Pendant la réponse à l'épidémie d'Ebola au Liberia, des adultes et des enfants, ayant survécu et ayant développé une immunité contre la maladie, ont facilité les activités des EAE dans des centres de quarantaine et d'observation. Dans la mesure du possible, les enfants ont été regroupés au sein d'une unité familiale (par ex. en fratries et groupe de cousins) pour favoriser un sentiment de sécurité et de bien-être. Le matériel récréatif et les jouets ont été désinfectés quotidiennement pour réduire les risques de contagion. Au départ, lorsque la quarantaine était toujours en vigueur, les activités comprenaient l'expression orale, du chant, de la danse et des jeux individuels. Une fois la période de quarantaine écoulée, les enfants ont été autorisés à jouer ensemble, sans toutefois se toucher, par exemple : au football, à la corde à sauter et à la balançoire.

18 STANDARD 18: PROTÉGER ENFANTS EXCLUS

Les épidémies de maladies infectieuses sont souvent accompagnées d'un sentiment de panique dans la population due à la peur d'être infecté et à l'incertitude sur le mode de transmission des maladies.⁵³ Les enfants tombés malades ou dont les parents et autres membres de la famille ont contracté la maladie peuvent faire l'objet de discriminations ou être isolés par la communauté et leurs pairs, y compris après leur rétablissement. Les maladies infectieuses les plus associées à la stigmatisation sont celles considérées comme mortelles et celles dont on pense que la cause est imputable à la personne infectée.⁶⁶

De plus, dans les cultures où il existe des croyances de sorcellerie, l'expérience acquise lors de l'épidémie de VIH/ SIDA montre que les épidémies de maladies infectieuses peuvent être attribuées à des forces surnaturelles. Dans certains cas, les enfants considérés « socialement indésirables » – tels que les enfants présentant un handicap, une maladie chronique ou albinos, perçus comme rebelles, turbulents ou encore « différents » – ont été accusés d'avoir provoqué une épidémie de maladies infectieuses.⁶⁷

Les enfants accusés sont confrontés à de risques, comme l'expulsion de leur foyer, l'abandon ou soumis à des pratiques rituelles de purification violentes ou abusives, voir jusqu'au décès, étant frappés, enchaînés, ligotés ou privés de nourriture et d'eau.⁶⁷⁻⁷⁰

Mesures de préparation

- Travaillez avec les principaux responsables de la santé pour élaborer des stratégies visant à inclure les enfants marginalisés et difficiles à atteindre, tels que les enfants en situation de rue, pendant les campagnes de vaccination.



Mesures de réponse

- Identifiez les enfants qui, du fait d'être exclus, deviennent plus vulnérables au cours d'une épidémie de maladies infectieuses. Parmi eux, on peut trouver les enfants privés de famille, les enfants vivant ou travaillant dans la rue, à proximité des sources de transmission ; les enfants en situation de handicap, dont les routines de soins peuvent être perturbées par des mesures comme la mise en quarantaine et la réduction de l'accès aux services essentiels.



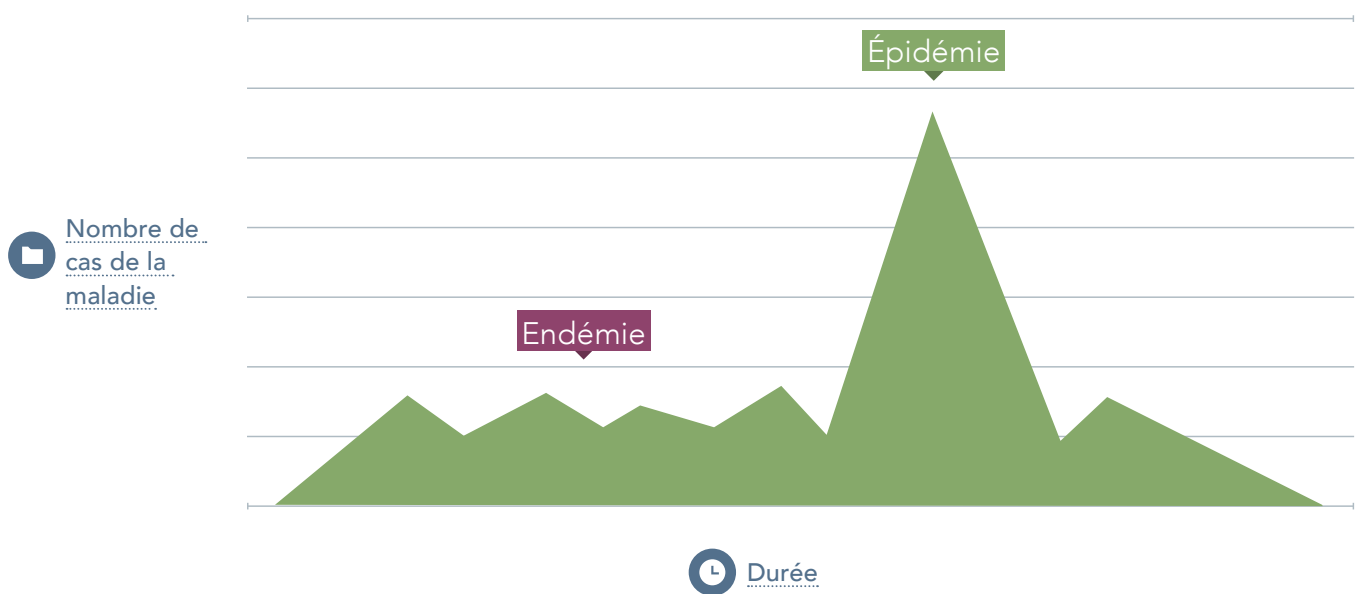
Annexe 1: Information sur les épidémies de maladies infectieuses

À PROPOS DES ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES

Les épidémies de maladies infectieuses surviennent lorsque l'on enregistre une augmentation du nombre de cas d'une maladie infectieuse normalement enregistrée dans une communauté, dans une zone

géographique ou pendant une saison donnée. Les épidémies peuvent se produire dans une zone restreinte ou s'étendre à plusieurs pays ou continents, et se transformer alors en pandémie.⁷¹

Figure 3
Niveaux de maladies endémiques versus épidémiques



1. Épidémie

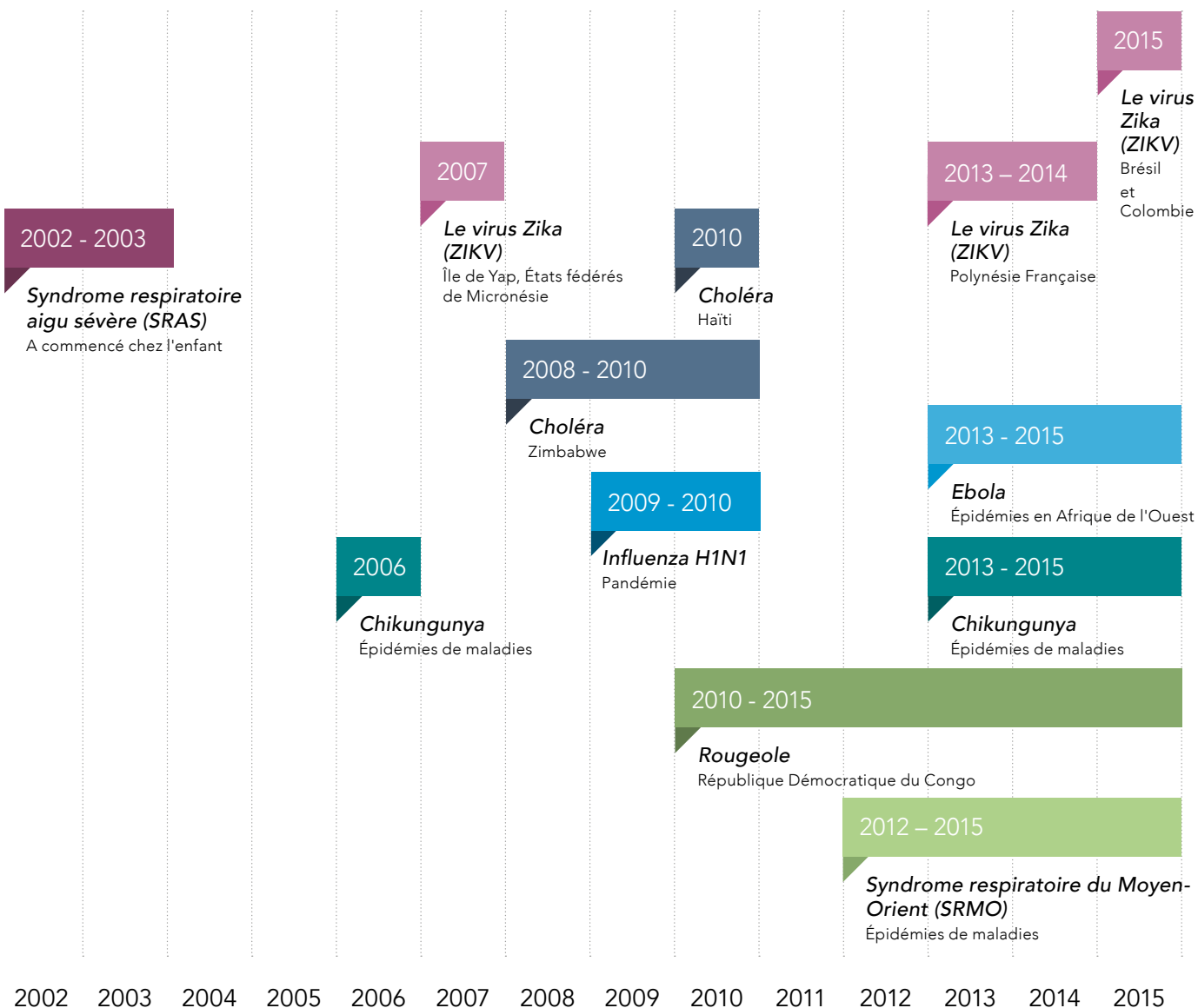
Les épidémies peuvent être causées par des maladies épidémiques ou des maladies présentes en permanence dans une population ou une région données telles que la dengue et le paludisme, ou des nouvelles maladies émergentes comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe A (H1N1) 2009. Les épidémies constituent une menace pour le bien-être de l'ensemble de la communauté.

2. Pandémie

Lorsqu'une épidémie s'étend à plusieurs pays ou continents, affectant généralement un grand nombre de personnes, on lui donne le nom d'« épidémie mondiale » ou de « pandémie ». La propagation mondiale du virus de la grippe A (H1N1) en 2009 est un exemple de pandémie.

Les grandes épidémies et pandémies de maladies infectieuses survenues entre 2002 et 2015 à l'échelle mondiale sont illustrées à la figure 3 à la page suivante.^{72 (p1281)}

Figure 4
Grandes épidémies de maladies infectieuses
de 2002 à 2015



Certaines maladies infectieuses sont connues pour leur capacité à se répandre rapidement dans le monde entier. L'urgence de santé publique de portée internationale (USPI) peut être décrétée par l'OMS pour une épidémie de maladies infectieuses de ce type .

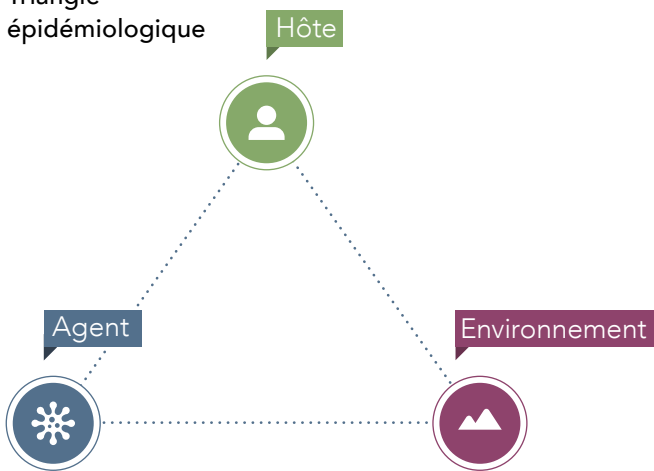
CAUSES DES MALADIES INFECTIEUSES ET LEURS MODES DE TRANSMISSION

Causes des maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont provoquées par des micro-organismes pathogènes ou des microbes tels que des bactéries, des virus, des parasites ou des champignons transmissibles directement ou indirectement d'une personne à une autre. Le triangle épidémiologique^{73 (p52)} illustre comment les maladies résultent de l'interaction entre les agents infectieux, les hôtes et l'environnement.

- Agent :** Micro-organisme pathogène responsable de la maladie
- Hôte :** Organisme (humain) infecté qui tombe malade
- Environnement :** Facteurs, notamment physiques et socio-économiques, qui offrent à un agent la possibilité d'être exposé à un hôte

Figure 5
Triangle épidémiologique



Lorsque les conditions de l'environnement sont favorables à la survie d'un agent et lorsqu'elles permettent l'exposition d'un hôte à un agent, cela peut donner lieu à une infection ou à une maladie.

Transmission des maladies infectieuses

On distingue principalement deux modes de transmission des maladies infectieuses.⁷³

1. La transmission directe, lorsque les maladies infectieuses se transmettent d'une personne à l'autre par :

Contact direct : transmission d'un agent infectieux par contact physique entre deux individus. Elle peut avoir lieu par un contact



peau à peau, un baiser ou un rapport sexuel. Par exemple, la maladie à virus Ebola (EVD) se transmet par contact direct avec le sang, les sécrétions et les fluides corporels des personnes infectées ; et par contact avec les dépouilles infectées.



Propagation par gouttelettes : projection des agents infectieux en suspension dans l'air lors d'une toux ou d'un éternuement. Par exemple, le virus du SRAS se transmet essentiellement par la propagation de grosses gouttelettes respiratoires lors d'une toux ou d'un éternuement.

2. La transmission indirecte, lorsque les maladies infectieuses se transmettent par :



Vecteurs : animaux véhiculant un agent infectieux, comme des moustiques, des puces, des tiques et des phlébotomes. Par exemple, la transmission du paludisme s'effectue par une piqûre de moustique.



Véhicules : objets inanimés (également appelés « vecteurs passifs ») tels que les poignées de porte, la literie et les serviettes de toilettes, mais également l'eau, la nourriture et les produits biologiques comme le sang. Par exemple, le choléra peut se répandre à travers l'eau ou les aliments et peut infecter une personne ayant ingéré de l'eau ou des aliments contaminés.



Voie aérienne : pouvant véhiculer des agents infectieux en suspension dans l'air pendant de courtes ou de longues périodes. Par exemple, la rougeole peut être transmise à un enfant dans un cabinet médical jusqu'à deux heures après le départ d'un autre enfant présentant une rougeole, le virus pouvant demeurer en suspension dans l'air.

Certaines maladies infectieuses ont plusieurs modes de transmission. Par exemple, le choléra se transmet principalement par la consommation d'eau ou de nourriture contaminée, mais il peut également être transmis à travers les fluides corporels. Cela vaut aussi pour la fièvre de Lassa, qui se transmet essentiellement par contact avec des rongeurs infectés, mais peut également être transmise à travers les fluides corporels des personnes infectées, la literie et les vêtements contaminés.

Ameerah, volontaire du Croissant-Rouge du Yémen, se tient au milieu d'un rassemblement d'enfants dans le quartier des bidonvilles de Sanaa. Elle essaie de leur apprendre des moyens sains de protection contre le choléra et leur explique comment se laver les mains avec du savon avant et après avoir mangé. Image fournie par l'Alliance pour la Protection de l'enfance dans l'action humanitaire.



Annexe 2 : Mesures utilisées pour prévenir et contrôler les maladies infectieuses

MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE UTILISÉES POUR PRÉVENIR ET CONTRÔLER LA PROPAGATION DES MALADIES INFECTIEUSES

MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

Différentes mesures de santé publique sont recommandées pour prévenir et contrôler la propagation des maladies infectieuses, en fonction de leurs modes de transmission. Parmi celles-ci, on trouve :

- **Des mesures préventives** : visant à protéger les individus de l'infection.
- **Des mesures de contrôle** : visant à empêcher la propagation de la maladie à partir des personnes infectées, et à minimiser la période de transmission afin de réduire la maladie et les décès.⁷⁴

Les mesures de prévention et de contrôle appliquées dans les différentes épidémies dépendront d'un certain nombre de facteurs, dont la faisabilité, la disponibilité, l'acceptabilité, la sécurité et le coût des mesures concernées.^{75 (p126)}

MALADIES INFECTIEUSES TRANSMISES DIRECTEMENT

Les mesures préventives comprennent :

- **L'immunisation**, lorsqu'un vaccin contre la maladie existe. Il existe des vaccins pour certaines maladies transmises directement, notamment la diphtérie et la grippe A (H1N1), mais ce n'est pas le cas de bon nombre d'entre elles.⁷⁶
- **Des mesures de formation** en matière de maladie infectieuse et de comportements qui augmentent le risque d'infection, tels qu'un rapport sexuel non protégé ou des funérailles non sécurisées, ou diminuent le risque d'infection, comme l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides.⁷⁷
- **Des mesures environnementales**, y compris la mise à disposition de ressources visant à prévenir la transmission (p. ex. des préservatifs).
- **Des précautions standards** (pour la prévention et lutte contre l'infection) à savoir, une série de procédures devant être mises en œuvre dans les lieux de soins accueillant tous les patients confondus, quel que soit leur statut infectieux. L'hygiène des mains, les équipements de protection individuelle (en fonction de l'évaluation des risques présentés par la procédure), les pratiques d'injection sécurisées, le

nettoyage environnemental, l'hygiène respiratoire et le recours à des techniques d'asepsie sont essentiels.

Parmi les mesures de contrôle figurent :

- **L'isolement** ou la séparation des personnes malades infectées de celles non infectées pour prévenir l'exposition à la maladie.⁷⁸ Les personnes isolées peuvent être gardées et soignées à leur domicile, dans les hôpitaux ou dans des établissements de traitement désignés.⁷⁹
- **La mise en quarantaine**, signifie la séparation et la restriction des déplacements des personnes en bonne santé qui ont été exposées à une maladie infectieuse afin de voir si la maladie se développera.⁷⁸ Diverses stratégies sont utilisées par les autorités sanitaires comme mesures de quarantaine, allant de la quarantaine volontaire à domicile à l'annulation de rassemblements publics et, dans des cas extrêmes, l'établissement d'un cordon sanitaire ou d'une barrière autour d'une zone géographique avec application d'une interdiction de mouvement à l'intérieur ou à l'extérieur de cette zone.⁸⁰ Une combinaison de ces mesures de quarantaine a été utilisée, par exemple, en Sierra Leone pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE). Des mesures de quarantaine ont été mises en place au niveau du ménage, du village et de la chefferie/du district.⁸¹ Dans le cadre de la quarantaine, en ce qui concerne les ménages, on a demandé à une partie ou à la totalité des membres du ménage de demeurer à la maison pendant la période d'incubation de la MVE de 21 jours. En ce qui concerne le village cela signifiait qu'aucune personne du village n'était autorisée à se déplacer à l'extérieur du village. Dans la mise en quarantaine des chefferies/districts, le déplacement des personnes entre les chefferies/districts entiers était limité.⁸¹
- **La gestion des contacts**, c'est-à-dire l'identification et le suivi, parfois la mise en quarantaine, des personnes qui ont pu entrer en contact avec la personne infectée, afin de les isoler rapidement avant d'infecter d'autres personnes en contact étroit avec elles.⁸² La recherche des contacts, par exemple, a été utilisée dans les pays touchés par la pandémie de syndrome respiratoire aigu sévère SRAS où les contacts étaient étroitement surveillés

pour déceler les symptômes de la maladie.⁸³ Elle a aussi été utilisée pendant l'épidémie de MVE où les contacts ont été mis en quarantaine pour observation.⁸⁴

- **Traitement** de la maladie. Selon l'infrastructure sanitaire existante et la contagiosité de la maladie, des centres de traitement spéciaux peuvent être mis en place, tels que ceux mis en place lors de l'épidémie de MVE en Afrique de l'Ouest.
- **Prophylaxie post exposition** – terme qui sert à décrire la prestation d'une intervention pharmaceutique (p. ex., vaccin, antibiotiques, etc.) aux personnes exposées à un patient infectieux afin de prévenir la maladie chez cette personne et sa propagation à d'autres. Cette intervention est propre au contexte et à la maladie.

MALADIES INFECTIEUSES TRANSMISES INDIRECTEMENT

Les mesures préventives incluent :

- **Immunsation** aux endroits où des vaccins sont disponibles. Pour certaines maladies infectieuses indirectement transmissibles comme la fièvre jaune et le choléra, il existe des vaccins, mais pour beaucoup d'autres, il n'en n'existe pas.⁷⁶
- **Mesures éducatives** visant à réduire le risque d'infection, comme les comportements d'évitement des moustiques.
- **Mesures environnementales**, y compris la fourniture d'une eau saine et propre, un abri et des installations sanitaires adéquats, ainsi que des ressources matérielles pour prévenir la transmission, comme des moustiquaires de lit.⁷⁵ Le contrôle du vecteur pour les maladies comme le paludisme ou la fièvre jaune est également une mesure préventive.
- **Mesures standard (pour la prévention et le contrôle des infections)** – la série de procédures qui doivent être suivies dans les établissements de soins de santé lorsqu'on s'occupe de tous les patients, indépendamment de leur statut infectieux. Les éléments clés comprennent l'hygiène des mains, l'équipement de protection individuelle (basé sur l'évaluation des risques de la procédure), les pratiques d'injection sécuritaire, le nettoyage de l'environnement, l'hygiène respiratoire et l'utilisation de techniques aseptiques.

Les mesures de contrôle incluent :

- **Traitement** de la maladie par l'hospitalisation ou par consultation externe en utilisant les précautions nécessaires.
- **Prophylaxie post exposition** – un terme qui sert

à décrire la prestation d'une intervention pharmaceutique (p. ex., vaccin, antibiotiques, etc.) aux personnes exposées à un patient infectieux afin de prévenir la maladie chez cette personne et sa propagation à d'autres. Cette intervention est propre au contexte et à la maladie.

CONSIDÉRATIONS CLÉS POUR LA PROTECTION DE L'ENFANT LIÉES AUX MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE

Les agences chargées de la protection de l'enfant doivent prendre en compte des répercussions que peuvent avoir les mesures de prévention et de contrôle en ce qui a trait aux risques pour la protection des enfants et pour la mise en œuvre d'interventions pour la protection de l'enfant. Les tableaux 3 et 4 ci-dessous énumèrent quelques-unes des principales questions à prendre en considération.

Tableau 3 : Implications des mesures préventives et de contrôle pour les risques en matière de protection des enfants

Quels sont les risques en matière de protection auxquels les enfants pourraient être exposés suite aux mesures de prévention et de contrôle ?

Mesures préventives

Vaccination

Les vaccins sont-ils donnés aux enfants de différents groupes d'âge en tenant compte de leur sécurité ? Vérifier l'âge recommandé pour les vaccins en question. Par exemple, les deux vaccins anticholériques oraux approuvés par l'OMS ne conviennent pas pour les enfants de moins d'un et deux ans respectivement.⁸⁵

- Y a-t-il des enfants qui risquent d'être exclus des mesures de prévention et de contrôle telles que les campagnes de vaccination ?

Mesures éducatives

- Les enfants d'âges et de capacités différents sont-ils suffisamment ciblés par les mesures éducatives sur la prévention des infections ?

Mesures de contrôle

Isolément

- Dans quelle mesure la stigmatisation des personnes infectées, y compris les enfants, pourrait-elle être encouragée par des mesures d'isolement ? Que peut-on faire pour agir contre cette stigmatisation sociale ?
- Les unités d'isolement sont-elles adaptées aux enfants ?

Il est important que les acteurs de la protection de l'enfant tiennent compte des répercussions des mesures de prévention et de contrôle, tant sur le plan des risques pour la protection de l'enfant que sur celui des interventions pour la protection de l'enfant.

Quarantaine

- Dans quelle mesure les restrictions des mouvements imposées par la quarantaine ont-elles un impact sur le bien-être des enfants ?
Comment peut-on minimiser les impacts négatifs ?
- Les mesures de quarantaine peuvent-elles involontairement promouvoir la stigmatisation des personnes infectées, y compris les enfants ?
Comment peut-on réduire cette stigmatisation ?

Traitement

- Quels sont les risques liés à la protection que les enfants encourent dans les centres de traitement ?
- Les établissements de traitement sont-ils adaptés aux enfants ?
- Les membres du personnel et les bénévoles sont-ils au courant des Codes de conduite pour la protection de l'enfant et savent-ils comment ces codes sont à mettre en application dans les centres de traitement ?

Tableau 4 : Implications des mesures de prévention et de contrôle pour les interventions de protection des enfants

Comment les interventions de protection des enfants doivent-elles être adaptées à la lumière des mesures de prévention et de contrôle utilisées lors des épidémies ?

Mesures préventives

Vaccination

- Lorsque des campagnes de vaccination sont en cours, les interventions de protection des enfants en font-elles la promotion ou interfèrent-elles de quelque manière que ce soit avec ces campagnes ?

Mesures éducatives

- Les messages utilisés dans les interventions de protection des enfants correspondent-ils aux messages éducatifs utilisés pour informer sur les comportements à risque d'infection ?

Mesures concernant l'environnement

- Les sites dans lesquels des interventions de protection des enfants sont menées ont-ils des mesures de contrôle des vecteurs ou des véhicules en place (c'est-à-dire désinfection des objets, élimination de l'eau stagnante où les moustiques peuvent se reproduire) ?
- Les sites dans lesquels des interventions de protection des enfants sont menées fournissent-ils de l'eau propre et une hygiène et un assainissement adéquats ?

Mesures de contrôle

Isolement

- Comment les interventions de protection des enfants, telles que la fourniture d'un soutien psychosocial aux enfants, doivent-elles être adaptées pour atteindre les enfants dans des unités d'isolement ?
- Les agences chargées de la protection de l'enfance travaillent-elles avec les acteurs de la santé pour atténuer les effets négatifs potentiels de l'isolement sur le bien-être des enfants ?

Quarantaine

- Comment les interventions de protection des enfants, telles que la fourniture d'un soutien psychosocial aux enfants, doivent-elles être adaptées pour atteindre les enfants en quarantaine ?
- Les acteurs de la protection des enfants travaillent-ils avec les acteurs de la santé pour atténuer les effets négatifs potentiels de la quarantaine sur le bien-être des enfants ?

Traitement

- Les acteurs de la protection des enfants travaillent-ils avec les acteurs de la santé pour s'assurer que les centres de traitement sont adaptés et ne présentent pas de risques pour les enfants ?
- Les messages éducatifs sur la prévention des infections sont-ils adaptés aux enfants de sexe, d'âge et de capacités différents ?



Ci-dessus : Terre des hommes/Will Baxter/Burundi 2016

Annexe 3 : types d'épidémies de maladies infectieuses

Figure 2 : Types d'épidémies de maladies infectieuses



Tableau 5 : exemples de maladies infectieuses⁷⁴

Nom de la maladie	Identification (caractéristiques cliniques)	Taux de létalité	Agent infectieux	Période d'incubation	Mode de transmission	Méthodes de prévention et de contrôle
Ebola	Affection virale aiguë sévère, fièvre soudaine, céphalée intense, nausée, vomissements	Varie entre 25 % et 90 % au cours des épidémies passées (taux moyen de 50 %) ⁸⁶	Virus : virus Ebola	Entre 2 et 21 jours	Contact direct avec du sang, des sécrétions, des organes ou du sperme d'humains ou d'animaux infectés.	Prévention : éviter le contact avec les sécrétions des personnes infectées Contrôle : isolement des personnes infectées, désinfection simultanée, suivi des contacts, mise en quarantaine des personnes potentiellement infectées
Marburg	Affection virale aiguë sévère, fièvre soudaine, céphalée intense, nausée, vomissements	Varie entre 24 % - 88 % ⁸⁷	Virus : virus de Marburg	Entre 2 et 21 jours	Transmission aux humains par les chauves-souris frugivores, transmission interhumaine par contact avec du sang, des sécrétions, des organes ou du sperme humains infectés.	Prévention : éviter le contact avec les sécrétions des personnes infectées Contrôle : isolement des personnes infectées, désinfection simultanée, suivi des contacts, mise en quarantaine des personnes potentiellement infectées

SRAS	Fortes fièvre, frissons, maux de tête, courbatures, diarrhée	Estimé à 0 %-50 % (taux moyen de 14-15 %)	Virus : SRAS lié au coronavirus (SRAS-CoV)	Entre 2 et 10 jours (moyenne de 5 à 6 jours) ; rapport de cas isolés indiquant une incubation plus longue	Propagation des gouttelettes respiratoires, dans certaines situations via des objets	Prévention : lavage des mains au savon, éviter de toucher les yeux et la bouche Contrôle : isolement des personnes infectées, port d'un équipement de protection contre les infections aéroportées à proximité d'une personne infectée
MERS⁸⁹	Une maladie respiratoire virale : fièvre, frissons, toux, essoufflement	Estimé à 35 % ⁹⁰	Virus : Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient	Entre 2 et 14 jours, 5 jours en moyenne	Transmis par contact avec des dromadaires infectés, contact humain en milieu de soins	Prévention : pratique d'une bonne hygiène, éviter le contact avec des animaux malades Contrôle : isolement des personnes testées positives au MERS
Peste	Fièvre, frissons, maux de tête, nausées, maux de gorge. Développement fréquent de lymphadénite	Est. Entre 50 % et 60 % ⁹¹ pour la peste bubonique, est. 100 % pour la peste pneumonique si non traitée	Bactérie : <i>Yersinia pestis</i> , bactérie de la peste	Entre 1 et 7 jours	Transmis par les puces, contact direct avec des fluides corporels infectés ou des matières contaminées, inhalation de gouttelettes	Prévention : Réduire la probabilité de morsures de puces Contrôle : Isolement uniquement pour la peste pneumonique, isolement pendant 7 jours des personnes ayant été en contact avec un malade, désinfection
Fièvre de Lassa	Maladie virale aiguë, apparition progressive avec maux de tête, fièvre, maux de tête, toux, nausée	1 % (15 % parmi les patients hospitalisés avec des cas sévères) ⁹⁴	Virus : virus Lassa	Entre 2 et 21 jours	Se propage par contact physique avec des aliments ou des objets contaminés par de l'urine ou des selles infectées, contact avec des fluides organiques de personnes infectées ⁹⁴	Prévention : promouvoir le contrôle des rongeurs et pratiquer une bonne hygiène, porter un équipement de protection en cas de contact avec des personnes infectées Contrôle : isolement des personnes infectées, désinfection simultanée, suivi des contacts, mise en quarantaine des personnes potentiellement infectées
Choléra	Apparition soudaine, diarrhée liquide non douloureuse, nausée, vomissements.	Sans traitement, le patient peut mourir en quelques heures. Varie entre 0 %-15,8 % ⁹⁵ , mais peut être plus élevé parmi les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.	Bactérie : <i>Vibrio cholerae</i> sérogroupes O1 et O139	De quelques heures à 5 jours, habituellement de 2 à 3 jours	Ingestion d'une dose effective d'aliments ou d'eau contaminés	Prévention : vaccins anticholériques oraux, porter un équipement de protection en cas de contact avec des personnes infectées, désinfection simultanée Contrôle : regroupement des patients contaminés par le même pathogène, quarantaine non recommandée.

Nom de la maladie	Identification (caractéristiques cliniques)	Taux de létalité	Agent infectieux	Période d'incubation	Mode de transmission	Méthodes de prévention et de contrôle
Zika	Légère fièvre, éruptions cutanées, conjonctivite, douleurs musculaires et articulaires, maux de tête		Virus : <i>Flavivirus</i>	Habituellement entre 2 et 14 jours	Piqûre de moustiques infectés, transmission par voie sexuelle, transmission de la mère au fœtus, transfusion	Prévention : Gérer les habitats des moustiques vecteurs, aucun vaccin disponible Contrôle : utilisation de moustiquaires sur les lits des patients, aucun traitement spécifique disponible, quarantaine non recommandée.
Fièvre jaune	Maladie virale aiguë, fièvre, frissons, maux de tête, nausées, vomissements	Varie de 5 % dans les régions endémiques à 20-40 % pendant les épidémies	Virus : <i>Flavivirus</i>	3 à 6 jours	Piqûre de moustiques infectés, transfusion	Prévention : Vaccination Contrôle : Empêcher l'accès des moustiques aux patients, prendre des précautions concernant le sang et les fluides corporels, quarantaine non recommandée.
Fièvre dengue	Maladie virale fébrile aiguë, fièvre soudaine, maux de tête intenses, nausées, vomissements	Varie de 1 % avec un diagnostic précoce et des soins médicaux à plus de 20 % ⁹²	Virus : <i>Flavivirus</i> sérotypes 1, 2, 3, 4	De 3 à 14 jours, généralement 4 à 7 jours	Piqûre de moustiques infectés	Prévention : gérer les habitats des moustiques Contrôle : empêcher l'accès des moustiques aux patients, prendre des précautions concernant le sang, quarantaine non recommandée.
Chikungunya	Fièvre soudaine, douleurs musculaires, nausées, fatigue, douleurs articulaires	Estimé à 1 % ⁹³	Virus : <i>Flavivirus</i>	Entre 1 et 12 jours, généralement 3 et 5 jours	Piqûre de moustiques infectés	Prévention : gérer les habitats des moustiques Contrôle : empêcher l'accès des moustiques aux patients, prendre des précautions concernant le sang, quarantaine non recommandée.
Fièvre de la vallée du Rift	Maladie virale fébrile aiguë, fièvre soudaine, maux de tête intenses, nausées, vomissements	Estimé à 0,5 % - 2 %	Virus : <i>Phlebovirus</i>	Entre 3 et 12 jours	Piqûre de moustiques infectés, manipulation des tissus animaux, transmission par aérosols ou contact avec du sang hautement infectieux	Prévention : précautions dans les soins et la manipulation des animaux infectés et de leurs produits, ainsi que du sang humain en phase aiguë, immunisation par un vaccin cellulaire inactivé. Contrôle : isolement des personnes infectées, désinfection simultanée

*Image : Terre des hommes /
Olivier Girard / Burkina Faso 2016*



Références

1. Smith KF, Goldberg M, Rosenthal S, Carlson L, Chen J, Chen C, Ramachandran S. Global rise in human infectious disease outbreaks (Augmentation mondiale des épidémies de maladies infectieuses humaines). *Journal of the Royal Society Interface*. 2014;11(101)
2. Smith RD. Responding to global infectious disease outbreaks : lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management (Répondre aux épidémies mondiales de maladies infectieuses : leçons tirées du SRAS sur le rôle de la perception, de la communication et de la gestion des risques). *Social science & medicine*. 2006;63(12):3113–3123.
3. UNISDR. Terminology on Disaster Risk Reduction (Terminologie pour la réduction du risque de catastrophe). [cité le 3 septembre 2017]. Version FR disponible ici : <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology#letter-d>
4. IASC. Level 3 (L3) Activation Procedures for Infectious Disease Events (Procédures d'activation pour les événements de maladie infectieuse). 2016.
5. Child-specific exposure factors handbook (Manuel des facteurs d'exposition spécifiques à l'enfant). Washington, DC: National Center for Environmental Assessment, Office of Research and Development, U.S. Environmental Protection Agency; 2008.
6. Mupere E, Kaducu O, Yoti Z. Ebola haemorrhagic fever among hospitalised children and adolescents in northern Uganda : Epidemiologic and clinical observations (Fièvre hémorragique Ebola chez les enfants et adolescents hospitalisés dans le nord de l'Ouganda : observations épidémiologiques et cliniques). *Afr. Health Sci*. 2001;1(2):60–65.
7. Thompson S. Infectious diarrhoea in children : controlling transmission in the child care setting (Diarrhée infectieuse chez les enfants : contrôler la transmission en milieu de garde). *J. Paediatr. Child Health*. 1994;30(3):210–219.
8. Simon, A. Katharina, Georg A. Hollander, and Andrew McMichael. « Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. » (Évolution du système immunitaire chez l'homme de la petite enfance à la vieillesse) *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 282, no. 1821 (2015).
9. Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. *Bull. World Health Organ*. 2000;78(10):1207–1221.
10. Brennhofner S, Reifsnider E, Bruening M. Malnutrition coupled with diarrheal and respiratory infections among children in Asia : a systematic review (Malnutrition couplée à des infections diarrhéiques et respiratoires chez les enfants en Asie : un examen systématique). *Public Health Nurs*. 2017;34(4):401–409.
11. Page A-L, de Rekeneire N, Sayadi S, Aberrane S, Janssens A-C, Rieux C, Djibo A, Manuguerra J-C, Ducou-le-Pointe H, Grais RF, et al. Infections in children admitted with complicated severe acute malnutrition in Niger (Infections chez les enfants admis avec une malnutrition aiguë sévère compliquée au Niger). *PLoS One*. (Public Library of Science). 2013;8(7).
12. Latham, Michael C. Human nutrition in the developing world (La nutrition dans les pays en développement). Rome : FAO, 1997.
13. OMS. Vaccins anticholériques : Note d'information de l'OMS. *Weekly Epidemiological Record*. 2010;85(13):117–128.
14. Davies SE, Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika : locating gender in global health emergencies (Une analyse sexospécifique des droits humains dans le contexte d'Ebola et de Zika : situer le genre dans les urgences sanitaires mondiales). *International Affairs*. 2016;92(5):1041–1060.
15. Anker, M. Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases (Aborder les questions de sexe et de genre dans le cadre des maladies infectieuses à tendance épidémique). Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2007.
16. Dowell SF, Mukunu R, Ksiazek TG, Khan AS, Rollin PE, Peters CJ. Transmission of Ebola hemorrhagic fever : a study of risk factors in family members, Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995 (La transmission de la fièvre hémorragique Ebola : une étude des facteurs de risque parmi les membres de la famille, Kikwit, République démocratique du Congo). *The Journal of infectious diseases*. 1999;179:S87–S91.
17. Namvongsa V, Sirivichayakul C, Songsithichok S, Chanthavanich P, Chokeyjindachai W, Sitcharungsi R. Differences in clinical features between children

and adults with dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome (Différences dans les caractéristiques cliniques entre les enfants et les adultes atteints de syndrome hémorragique / choc de la dengue). *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2013;44(5):772.

18. Team WER. Ebola virus disease among children in West Africa (Maladie à virus Ebola chez les enfants en Afrique de l'Ouest). *N. Engl. J. Med.* 2015;372(13):1274.

19. Fitzgerald F, Awonuga W, Shah T, Youkee D. Ebola response in Sierra Leone : The impact on children (Réponse à Ebola en Sierra Leone : l'impact sur les enfants). *Journal of Infection*. 2016;72:S6–S12.

20. Deen JL, Von Seidlein L, Sur D, Agtini M, Lucas ME, Lopez AL, Kim DR, Ali M, Clemens JD. The high burden of cholera in children : comparison of incidence from endemic areas in Asia and Africa (L'impact élevé du choléra sur les enfants : comparaison de l'incidence dans les zones d'endémie en Asie et en Afrique). *PLoS Negl. Trop. Dis.* 2008;2(2):e173.

21. Shrestha SS, Swerdlow DL, Borse RH, Prabhu VS, Finelli L, Atkins CY, Owusu-Edusei K, Bell B, Mead PS, Biggerstaff M, et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009-April 2010) (Estimation de l'impact de la grippe pandémique A (H1N1) de 2009 aux États-Unis (avril 2009-avril 2010)). *Clinical Infectious Diseases*. 2011;52:S75–S82.

22. UNICEF. Yellow Fever : Quick Note (Note de synthèse : fièvre jaune). 2016.

23. Olupot-Olupot P. Ebola in children : Epidemiology, clinical features, diagnosis and outcomes (Ebola chez les enfants : épidémiologie, caractéristiques cliniques, diagnostic et résultats). *The Pediatric infectious disease journal*. 2015;34(3):314–316.

24. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, Pascoe J, Wood DL, others. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress (Les effets à vie de l'adversité et du stress toxique dans la petite enfance). *Pediatrics*. 2012;129(1):e232–e246.

25. Anonyme. Interview with Humanitarian Child Protection Responder to the EVD epidemic in Liberia, September 12, 2017 (Entretien avec le Humanitarian Child Protection Responder au sujet de l'épidémie de MVE au Liberia, 12 septembre 2017).

26. Anonyme. Interview with Humanitarian Child Pro-

tection Responder to the EVD epidemic in Sierra Leone, September 16, 2017 (Entretien avec le Répondant à la protection humanitaire de l'enfant au sujet de l'épidémie de MVE en Sierra Leone, 16 septembre 2017).

27. Gopalan SS, Das A. Household economic impact of an emerging disease in terms of catastrophic out-of-pocket health care expenditure and loss of productivity : investigation of an outbreak of chikungunya in Orissa, India (Impact économique sur les ménages d'une maladie émergente en termes de dépenses de santé privées catastrophiques et de perte de productivité : enquête sur une épidémie de chikungunya en Orissa (Inde)). *J. Vector Borne Dis.* 2009;46(1):57.

28. Kuriansky, Judith, ed. *The Psychosocial Aspects of a Deadly Epidemic: What Ebola has taught us about Holistic Healing*. Santa Barbara, CA : Praeger/ABC-CLIO, LLC, 2016.

29. Assistant JB. Social development of children : The role of peers. (Le développement social des enfants : Le rôle des pairs). *Children & Schools. (Enfants & Écoles)*. 1997;19(4):242–256.

30. Fisher EP. The impact of play on development : A meta-analysis. (L'impact des loisirs et du développement : Une méta-analyse). *Play & Culture. (Loisirs et culture)*. 1992;5(2):159–181.

31. Risso-Gill I, Finnegan L. Children's Ebola Recovery Assessment: Sierra Leone. Save the Children, World Vision International et Plan International et l'UNICEF.; 2015.

32. Molinari N-AM, Ortega-Sanchez IR, Messonnier ML, Thompson WW, Wortley PM, Weintraub E, Bridges CB. The annual impact of seasonal influenza in the US : measuring disease burden and costs. (L'impact annuel de la grippe saisonnière aux États-Unis : mesure de la charge de la maladie et des coûts). *Vaccin*. 2007;25(27):5086–5096.

33. Peyre M, Chevalier V, Abdo-Salem S, Velthuis A, Antoine-Moussiaux N, Thiry E, Roger F. A Systematic Scoping Study of the Socio-Economic Impact of Rift Valley Fever: Research Gaps and Needs. *Zoonoses Public Health. (Santé publique et zoonoses)*. 2015;62(5):309–325.

34. Sim K, Chan YH, Chong PN, Chua HC, Soon SW. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. (Réponses psychosociales et d'adaptation au sein de l'organisation

de santé communautaire face à une épidémie nationale de maladie infectieuse). *Journal of psychosomatic research. (Journal de recherche psychosomatique)*. 2010;68(2):195–202.

35. Semba RD, De Pee S, Berger SG, Martini E, Ricks MO, Bloem MW. Malnutrition and infectious disease morbidity among children missed by the childhood immunization program in Indonesia. (Morbidity due to malnutrition et aux maladies infectieuses chez les enfants ignorée par le programme d'immunisation de l'enfant en Indonésie). *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2007;38(1):120–129.

36. Uddin MJ, Shamsuzzaman M, Horng L, Labrique A, Vasudevan L, Zeller K, Chowdhury M, Larson CP, Bishai D, Alam N. Use of mobile phones for improving vaccination coverage among children living in rural hard-to-reach areas and urban streets of Bangladesh. (Utilisation des téléphones portables pour l'amélioration de la couverture de vaccination chez les enfants des zones rurales difficile d'accès et des rues du Bangladesh). *Vaccin*. 2016;34(2):276–283.

37. Minakawa N, Dida GO, Sonye GO, Futami K, Kaneko S. Unforeseen misuses of bed nets in fishing villages along Lake Victoria. (Mauvaises utilisations inattendues de moustiquaires dans les villages de pêcheurs le long du lac Victoria). *Malaria Journal*. 2008;7(1):165.

38. Salathé M, Jones JH. Dynamics and control of diseases in networks with community structure. (Dynamiques et contrôle des maladies dans les réseaux avec la structure communautaire). *PLoS computational biology. (Bibliothèque publique des Sciences, bio-informatique)*. 2010;6(4):e1000736.

39. Southall DP, Burr S, Smith RD, Bull DN, Radford A, Williams A, Nicholson S, d'autres. The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI) : Healthcare provision in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child. (Initiative pour les soins de santé adaptés aux enfants : Mise à disposition des soins de santé conformément à la convention des Nations Unies pour les droits de l'enfant). *Pediatrics*. 2000;106(5):1054–1064.

40. Anonyme. Entretien avec les premiers intervenants humanitaires pour la protection de l'enfant en réponse à l'épidémie de choléra au Yémen, le 28 septembre 2017.

41. Strong A, Schwartz DA. Aspects socio culturels des risques courus par les femmes enceintes pendant l'épidémie multinationale du virus Ebola de 2013 à 2015 en Afrique de L'Ouest. *Health Care Women Int*. 2016;37(8):922–942.

42. Farag E, Marufu O, Sikkema R, Al-Romaihi H, Al Thani M, Al-Marri S, El-Sayed A, Reusken C, Al-Hajri M, Koopmans M, et al. The hidden epidemic: MERS-CoV-related stigma observations from the field, Qatar 2012-2015. *International Journal of Infectious Diseases. (Journal international des maladies infectieuses)*. 2016;45:332.

43. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection. (Journal des infections nosocomiales)*. 2010;76(2):97–102.

44. Soon MML, Madigan E, Jones KR, Salata RA. An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore. (Exploration de l'impact psychologique de l'isolement sur des patients à Singapour). *American journal of infection control*. 2013;41(10):e111–e113.

45. Chertow DS, Kleine C, Edwards JK, Scaini R, Giuliani R, Sprecher A. Ebola virus disease in West Africa—clinical manifestations and management. *New England Journal of Medicine*. 2014;371(22):2054–2057.

46. Kavanagh AM, Mason KE, Bentley RJ, Studdert DM, McVernon J, Fielding JE, Petrony S, Gurrin L, LaMontagne AD. Le droit aux congés, les absences au travail et les conséquences financières du respect de la quarantaine pendant une épidémie de grippe H1N1. *BMC, Les maladies infectieuses*. 2012;12(1):311.

47. Reynolds D, Garay J, Deamond S, Moran M, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Épidémiologie & Infection*. 2008;136(7):997–1007.

48. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases. (Apparition des maladies infectieuses)*. 2004;10(7):1206.

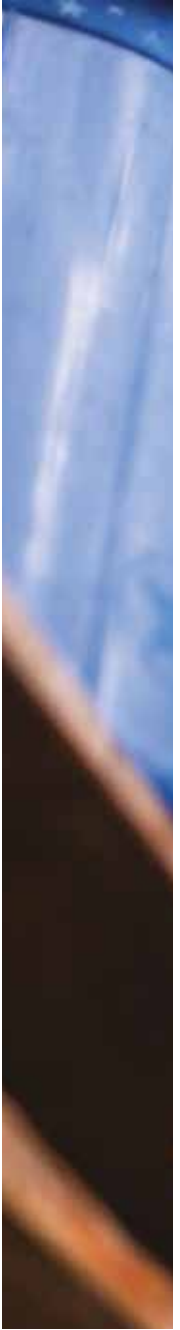
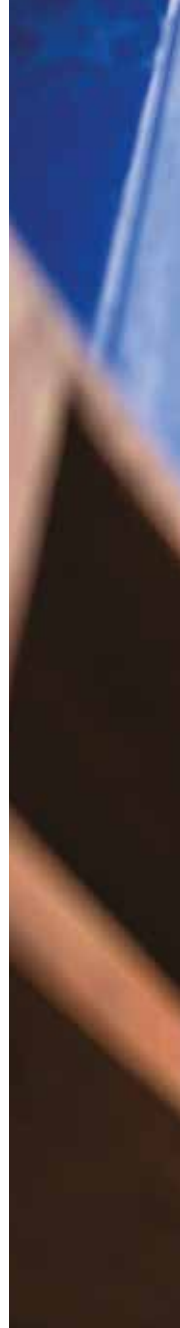
49. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*. 2005;22(5):398–406.

50. Williams GS, Naiene J, Gayflor J, Malibiche T, Zoogley B, Frank WG, Nayeri F. Twenty-one days of isolation: A prospective observational cohort study of an Ebola-exposed hot zone community in Liberia. *Journal of Infection*. 2015;71(2):150–157.

51. Kostelny K, Lamin D, Manyeh M, Ondoro K, Stark L, Lilley S, Wessells M. « Worse than the war » : An

- Ethnographic Study of the Impact of the Ebola Crisis on Life, Sex, Teenage Pregnancy, and a Community-driven Intervention in Rural Sierra Leone. 2016.
52. Gemmetto V, Barrat A, Cattuto C. Mitigation of infectious disease at school: targeted class closure vs school closure. *BMC, Les maladies infectieuses*. 2014;14(1):695.
53. UNICEF. Soins et protection des enfants lors de l'épidémie du virus Ebola en Afrique de l'Ouest : Leçons apprises pour les futures urgences de santé publique. 2016.
54. UNICEF. L'UNICEF prévient que plus de 70000 enfants nés pendant l'épidémie d'Ebola au Libéria risquent l'exclusion s'ils ne sont pas enregistrés [cité le 15 octobre 2017]. Disponible sur : https://www.unicef.org/media/media_82699.html
55. Pellecchia U, Crestani R, Decroo T, Van den Bergh R, Al-Kourdi Y. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One*. (Public Library of Science). 2015;10(12):e0143036.
56. Kahn C. Ebola and Humanitarian Protection Humanitarian Practice Network : Humanitarian Exchange, éditeur. Article sur la crise du virus Ebola en Afrique de l'Ouest. 2010.
57. Budy FC. Les options politiques pour alerter le système de santé et les ressources humaines pendant la crise sanitaire qui a suivi l'épidémie d'Ebola au Liberia. *Journal international de la santé maternelle et infantile (MCH Maternal and Child Health) et du SIDA*. 2015;4(2):1.
58. Anonyme. Entretien le 18 octobre 2017 avec les premiers intervenants humanitaires lors de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (EVD) en Sierra Leone.
59. Kostelny KWMC-BJ, Ondoro K. Learning about children in slums : a rapid ethnographic study in two urban slums in Mombasa of community-based mechanisms and their linkage with the Kenyan national child protection system. (Les enfants des bidonvilles : une brève étude ethnographique dans deux bidonvilles de Mombassa des mécanismes communautaires et leur relation avec le système national kenyan pour la protection infantile). Londres ; 2013.
60. CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES DES NATIONS UNIES (UNCEDAW). Recommandation générale/observation générale conjointe no 31 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et no 18 du Comité des droits de l'enfant sur les pratiques néfastes. 2014.
61. ACAPS. Au-delà d'une urgence de santé publique : les possibles conséquences humanitaires secondaires d'une épidémie à grande échelle du virus Ebola. 2016.
62. Anonyme. Entretien le 20 octobre 2017 avec le spécialiste de la gestion des risques de catastrophe au Salvador.
63. Dos Santos Oliveira SJG, dos Reis CL, Cipolotti R, Gurgel RQ, Santos VS, Martins-Filho PRS. Angoisse, dépression et qualité de vie chez les mères de nouveaux nés atteints de microcéphalie et d'infection congénitale du virus Zika : étude de suivi pendant la première année suivant la naissance. *Arch. Femmes. Ment. Santé*. 2017; 20(3):473–475.
64. Anonyme. Entretien le 10 Octobre 2017 avec les premiers intervenants spécialistes de la santé mentale lors de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (EVD) en Afrique de l'Ouest.
65. SC. Intervention de Save The Children pour Ebola : Réponse, guérison, rééducation. 2015.
66. Williams J, Gonzalez-Medina D, others. Les maladies infectieuses et la stigmatisation sociale. *Innovations et technologies appliquées*. 2011;4(1):58–70.
67. Schnoebelen J. Witchcraft allegations, refugee protection and human rights: A review of the evidence. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2009.
68. Dahl B. Beyond the blame paradigm: rethinking witchcraft gossip and stigma around HIV-positive children in Southeastern Botswana. *Revue historique africaine*. 2012 ; 44(1) : 53–79.
69. La Fontaine J. The devil's children: from spirit possession to witchcraft: new allegations that affect children. Routledge; 2009.
70. Cimpric A. Children accused of witchcraft: An anthropological study of contemporary practices in Africa. UNICEF WCARO; 2010.
71. OMS. Sujets de santé : Épidémies. [cité le 10 août 2017]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/topics/disease_outbreaks/en/
72. Sands P, Mundaca-Shah C, Dzau V. The Neglected Dimension of Global Security - A Framework for Countering Infectious-disease Crises. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(13):1281–1287.

73. CDC. Principles of epidemiology in public health practice : an introduction to applied epidemiology and biostatistics. (Principes d'épidémiologie dans la pratique de santé publique : introduction à l'épidémiologie et la biostatistique appliquées). 3e éd. Atlanta, GA: US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office of Workforce and Career Development; 2006.
74. Heymann DL, éditeur. Manuel de contrôle des maladies transmissibles, un rapport officiel de l'association américaine de santé publique (American Public Health Association). Washington, DC: APHA Press, an imprint of the American Public Health Association; 2015.
75. Connolly, M, éditeur. Communicable disease control in emergencies (Contrôle des maladies transmissibles en cas d'urgence) : manuel pratique. Genève : OMS ; 2005.
76. OMS. Vaccins et maladies. [cité le 1er octobre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/immunization/diseases/en/>
77. Adjah ESO, Panayiotou AG. Impact des messages concernant la malaria sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées (ITN) pour la prévention de la malaria au Ghana. *Malaria Journal*. 2014;13(1):123.
78. CDC. À propos de la quarantaine et de l'isolation. [cité le 1er septembre 2017]. Consultable sur : <https://www.cdc.gov/quarantine/quarantineisolation.html>
79. CDC. Fiche d'information sur l'isolement et la quarantaine. [cité le 25 septembre 2017]. Consultable sur : <https://www.cdc.gov/sars/quarantine/fs-isolation.html>
80. Cetron M, Maloney S, Koppaka R, Simone P. Isolation and quarantine: containment strategies for SARS 2003. Dans : *Les leçons tirées du SARS : Se préparer à La prochaine épidémie*. National Center for Infectious Diseases Centers for Disease Control and Prevention; 2004. pp. 71–83.
81. Gouvernement de la Sierra Leone. Programme de gestion des urgences de la Sierra Leone, procédure standard opérationnelle pour la gestion d'une quarantaine. 2014.
82. OMS. Recherche des contacts. [cité le 4 octobre 2017]. Disponible sur <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/contact-tracing-guidelines/en/>
83. Mandavilli A. SARS epidemic unmasks age-old quarantine conundrum. *Nature Medicine*. 2003 ; 9,5 : 487.
84. Pandey A, Atkins KE, Medlock J, Wenzel N, Townsend JP, Childs JE, Nyenswah TG, Ndeffo-Mbah ML, Galvani AP. Les stratégies pour endiguer Ebola en Afrique de l'Ouest. *Science* (80-.). 2014;346(6212):991–995.
85. OMS. Choléra. [cité le 8 novembre 2017]. Disponible sur <http://www.who.int/ith/vaccines/cholera/en/>
86. OMS. Maladie à virus Ebola : Fiche d'information (mise à jour en juillet 2017). [cité le 22 septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>
87. OMS. Fièvre hémorragique de Marburg. [cité le 5 octobre 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/en/
88. OMS. Mise à jour 49 - taux de cas mortels SARS, période d'incubation (mis à jour en mai 2003). [cité le 22 septembre 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003_05_07a/en/
89. OMS. Introduction à l'infection du MERS-CoV : Gestion du danger infectieux.; 2016.
90. OMS. Coronavirus du Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) : Fiche d'information (mise à jour en mai 2017). [cité le 22 septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/en/>
91. OMS. Rapport de l'OMS sur la surveillance mondiale des maladies infectieuses à tendance épidémique. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2000.
92. OMS. Dengue et forme sévère de la dengue : Fiche d'information (mise à jour en avril 2017). [cité le 22 septembre 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
93. Jossieran L, Paquet C, Zehgnoun A, Caillere N, Le Tertre A, Solet J-L, Ledrans M. Chikungunya disease outbreak, Reunion Island. *Emerging infectious diseases*. (Apparition des maladies infectieuses). 2006;12(12):1994–1995.
94. OMS. Fièvre de Lassa : Mis à jour en juillet 2017. [cité le 1er octobre 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs179/en/>
95. OMS. Taux de mortalité du choléra. [cité le 22 septembre 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/gho/epidemic_diseases/cholera/case_fatality_rate_text/en/



L'ALLIANCE
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE
DANS L'ACTION HUMANITAIRE