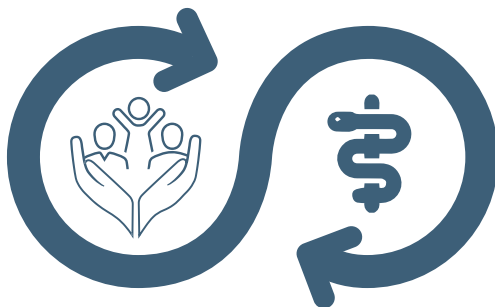


STANDARD 24: SANTÉ ET PROTECTION DE L'ENFANCE

Ce standard doit être lu avec les standards suivants: Principes; Standard 7: Dangers et blessures; Standard 9: Violence sexuelle et basée sur le genre; Standard 18: Gestion de cas; Standard 25: Nutrition et protection de l'enfance; et Standard 26: Eau, assainissement et hygiène et protection de l'enfance.



Les programmes de santé et de protection de l'enfance jouent un rôle essentiel, lié à la sécurité et au bien-être des enfants dans l'action humanitaire. Améliorer la santé des enfants renforce les facteurs de protection de l'enfant et à l'inverse, une meilleure protection peut aussi améliorer la santé physique de l'enfant ainsi que son bien-être. Une approche intégrée en santé et protection de l'enfance est:

- Sûre;
- Protectrice;
- Inclusive;
- Méthodique;
- Complémentaire;
- Valide pour tous les secteurs;
- Participative pour les enfants, les familles et les communautés.

STANDARD

Tous les enfants ont accès à des services de santé et de protection de qualité qui tiennent compte de leurs points de vue, leur âge et leurs besoins de développement.

24.1. ACTIONS CLÉS

ACTIONS CLÉS À METTRE EN ŒUVRE CONJOINTEMENT PAR LES ACTEURS DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET CEUX DE LA SANTÉ

- 24.1.1. Collaborer pour adapter les outils existants de suivi et d'évaluation, les méthodologies et les indicateurs afin d'identifier, analyser, suivre et intervenir conjointement auprès des ménages à risque de problèmes de santé et / ou de protection de l'enfance:
- Tous les suivis et évaluations devraient inclure les propres perceptions des enfants.
 - Toutes les données devraient au minimum être ventilées par âge, genre et handicap.
 - Intégrer les problèmes de santé et de protection de l'enfance dans les évaluations et analyses de chaque secteur.
- 24.1.2. Identifier les sujets de préoccupation communs à la fois en matière de santé et de protection de l'enfance.
- 24.1.3. Convenir des mécanismes les plus efficaces d'échange d'information.
- 24.1.4. Inclure les interventions qui prennent en considération les liens entre la santé et la protection de l'enfance tout au long du cycle du programme.
- 24.1.5. Documenter les effets (a) des interventions en santé sur la sécurité et le bien-être de l'enfant et (b) des interventions en protection de l'enfance sur la santé de l'enfant.
- 24.1.6. Corriger les conséquences négatives non souhaitées et reproduire les pratiques prometteuses.
- 24.1.7. Collaborer avec les enfants et les autres parties prenantes pour concevoir, établir, mettre en œuvre et surveiller des mécanismes de feedback et de réponse communs, adaptés aux enfants, accessibles et confidentiels, pour les problèmes de protection de l'enfant.
- 24.1.8. Garantir que tout le personnel chargé de la santé et de la protection de l'enfance soit formé et signe les politiques et procédures de sauvegarde.
- 24.1.9. Former le personnel chargé de la santé aux préoccupations, principes et approches en matière de protection de l'enfance afin qu'il puisse correctement prévenir, identifier, diminuer et/ou référer les cas de protection de l'enfance.
- 24.1.10. Former le personnel chargé de la protection de l'enfance aux préoccupations, principes et approches en matière de santé afin qu'il puisse correctement prévenir, identifier, diminuer et/ou référer les cas problématiques de santé.



24.1.11. Collaborer durant les épidémies de maladie infectieuse:

- Appliquer les protocoles de contrôle de maladie pour toutes les activités de protection de l'enfance;
- Éviter que les interventions en santé augmentent les risques relatifs à la protection de l'enfance;
- Former les acteurs de la protection de l'enfance sur les mécanismes de référencement en soins de santé et la détection rapide des maladies.



ACTIONS CLÉS POUR LES ACTEURS DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

24.1.12. Inclure des informations et des référencementements pour les services de santé dans les activités de protection de l'enfance qui:

- Protègent les données personnelles des ménages référés;
- Préservent la confidentialité des enfants et des familles.

24.1.13. Faciliter les liens entre les services de protection de l'enfance et de santé et atténuer les lacunes, goulots d'étranglement ou obstacles qui entravent l'accès des enfants.

24.1.14. Prendre en considération l'impact des conditions de vie et problèmes de santé lors des interactions avec la population affectée et inviter les professionnels de la santé à se joindre aux consultations lorsque cela est approprié.

24.1.15. Collaborer avec les acteurs de la santé dans un système de coordination multi-sectoriel pour la santé mentale, le soutien psychosocial et la gestion de cas. (Voir Standard 10.)



24.1.16. Établir des liens entre l'enregistrement des naissances et la santé de la reproduction (tels que les soins postnatals et la vaccination).

24.1.17. Travailler avec les acteurs de la santé afin que les personnes ayant la charge des enfants et les enfants restent ensemble durant les admissions et référencementements, lorsque cela est possible et approprié.



24.1.18. Plaider pour des services médicaux, chirurgicaux, orthopédiques et de réadaptation appropriés, adaptés, inclusifs et accessibles pour tous les enfants.

ACTIONS CLÉS POUR LES ACTEURS DE LA SANTÉ

24.1.19. Inclure la protection de l'enfance et la participation des enfants dans toutes les phases du programme de santé.

24.1.20. Élaborer un mécanisme pour que les professionnels de la santé puissent référer de manière sûre et efficace les cas de protection de l'enfance.

- 24.1.21. Intégrer des messages relatifs à la protection de l'enfance dans les interventions en matière de santé lorsque cela est approprié.
- 24.1.22. Veiller à ce que l'assistance atteigne tous les membres de la population affectée en:
- Utilisant des évaluations pour identifier les enfants et les familles qui pourraient avoir des difficultés d'accès aux services de santé;
 - Collaborant avec les acteurs de la protection de l'enfance afin d'identifier et de mettre en œuvre des stratégies visant à surmonter les obstacles auxquels les enfants font face;
 - Enregistrer tous les enfants chefs de famille et les enfants non accompagnés ou séparés.
- 24.1.23. Réaliser une analyse des risques lors de la conception du programme qui:
- Fournit des données de base sur la santé et le statut de protection des enfants;
 - Identifie les besoins pour les enfants bénéficiaires des services de santé spécifiques;
 - Évalue le meilleur moment pour des interventions en santé (en tenant compte de l'éducation et des autres activités de l'enfant);
 - Détermine les besoins de groupes spécifiques d'enfants.
- 24.1.24. Partager les informations médicales pertinentes avec les agences chargées de la protection de l'enfance.
- 24.1.25. Travailler avec les acteurs de la protection de l'enfance pour (a) décourager les familles à se séparer intentionnellement pour avoir accès à des avantages supplémentaires et (b) éviter de faire des enfants des cibles de vol ou d'exploitation.
- 24.1.26. Recueillir des données ventilées pour les systèmes de surveillance de santé et de blessures sur le nombre d'enfants tués ou blessés, par quoi/qui, quand, où, et pourquoi (quelles étaient les circonstances). (Voir Standard 7.)
- 24.1.27. Travailler avec les acteurs de la protection de l'enfance à la mise en œuvre de procédures accessibles, adaptées aux enfants, qui tiennent compte des traumatismes vécus pour admettre, traiter et donner congé aux enfants non accompagnés.
- 24.1.28. Former les acteurs de la protection de l'enfance sur les mécanismes de référencement en soins de santé et la détection rapide des maladies.
- 24.1.29. Collaborer avec les agences chargées de la protection de l'enfance pour encourager le recrutement de travailleurs sociaux, psychologues pour enfants et experts en santé mentale spécialisés pour répondre aux besoins des enfants, lorsque cela est approprié.
- 24.1.30. Travailler avec les acteurs de la protection de l'enfance dans un



système de coordination multi-sectorielle pour la santé mentale, le soutien psychosocial et la gestion de cas. (Voir Standards 10 et 18.)

24.1.31. Travailler avec les acteurs chargés de la protection de l'enfance pour s'assurer que tous les enfants ont accès à des services de sexualité et de santé de la reproduction inclusifs et adaptés selon l'âge, la provision de soins et des informations sur:

- La santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s;
- La violence sexuelle et domestique et le consentement;
- Le mariage;
- La grossesse;
- Les conduites parentales.



24.2. INDICATEURS



Tous les indicateurs relatifs aux enfants doivent être ventilés par genre, âge, situation de handicap et autres facteurs de diversité pertinents. Les indicateurs ci-dessous mesurent les progrès accomplis par rapport au standard global. Les indicateurs et objectifs peuvent être contextualisés avec pour but d'atteindre les objectifs indicatifs ci-dessous. Des indicateurs connexes supplémentaires sont disponibles à https://alliancecpha.org/fr/CPMS_Table_Indicators.

Indicateur	Objectif	Notes
24.2.1. Nombre et pourcentage de professionnels de la santé sur les lieux cibles formés à l'identification des enfants affectés par l'abus, la négligence, l'exploitation ou la violence.	80 %	La formation devrait comprendre les signes physiques, psychologiques et émotionnels d'abus, de négligence, d'exploitation ou de violence. Un échéancier devrait aussi être ajouté sur place (« dans le mois d'embauche »).
24.2.2. Pourcentage des naissances par établissement de santé qui sont officiellement enregistrées.	100 %	
24.2.3. Nombre et pourcentage des établissements de santé sur les lieux cibles qui fournissent des services adaptés aux enfants.	100 %	Une liste des services considérés adaptés aux enfants devrait être élaborée lorsqu'un état des lieux est dressé pour les installations.

24.3. NOTES D'ORIENTATION

24.3.1. LES ENFANTS À RISQUE

Les travailleurs chargés de la protection de l'enfance et des soins de santé devraient coordonner leurs efforts déployés pour identifier les enfants à risque d'abus, de négligence, d'exploitation ou de violence. Les enfants qui sont les plus susceptibles d'être à risque en matière de santé ou qui font face à des obstacles importants quant à l'accès aux soins de santé peuvent être les enfants non accompagnés, séparés ou dans des situations de prises en charge alternatives; les enfants avec un handicap; les enfants impliqués dans les pires formes de travail pour enfant (WFCL); les enfants identifiés comme faisant partie d'une minorité sexuelle/de genre (lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexuée [LGBTI]); les enfants associés aux groupes ou aux forces armées; et les filles, y compris celles qui vivent dans le cadre d'un mariage précoce. Lors de la réalisation des évaluations et du suivi, il est important de garder à l'esprit que le 'ménage' peut ne pas être une unité d'évaluation pertinente pour tous les enfants.

24.3.2. INTERVENTIONS INTÉGRÉES DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE SANTÉ

Les enfants survivants d'abus, de négligence, d'exploitation ou de violence doivent recevoir des services de santé individualisés. Des femmes prestataires de soins de santé devraient être disponibles pour les enfants qui préfèrent (ou lorsque la culture le prescrit) l'interaction avec une femme prestataire de services.

Les infrastructures et les services de santé devraient être accessibles, appropriés et inclusifs pour tous les enfants et devraient inclure:

- La contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition (prévention de maladie) pour le VIH adaptés aux enfants;
- Du matériel de premiers secours d'urgence adapté aux enfants pour les survivants d'explosifs et de munitions, et autres dangers physiques;
- Des services de planification familiale pour la prévention de grossesses non planifiées.

24.3.3. LES ENFANTS SURVIVANTS DE VIOLENCE SEXUELLE ET BASÉE SUR LE GENRE

Les enfants ont souvent des difficultés à dénoncer la violence sexuelle et l'abus. Les prestataires de services peuvent fournir un endroit sûr pour révéler (ou identifier) les abus en:

- Étant attentifs aux signes et symptômes courants;
- Utilisant une communication adaptée aux enfants;
- Demandant et en écoutant l'opinion de l'enfant;
- Répondant avec compassion de façon professionnelle, confidentielle et calme aux révélations de l'enfant;
- Informant l'enfant des objectifs et résultats possibles de toute action d'intervention proposée.

Les agents de santé, de soutien psychosocial et de santé mentale et de la protection de l'enfance doivent prendre des mesures basées sur:

- L'Intérêt supérieur de l'enfant;
- La confidentialité;
- Les exigences de déclaration obligatoires;
- Les lois nationales et internationales en matière de violence physique ou sexuelle et de mauvais traitements infligés aux enfants. (Voir Standards 9 et 10.)

24.3.4. LA GESTION DE CAS



La gestion de cas est une approche visant à organiser et mettre en œuvre des interventions pour répondre aux besoins d'un enfant et de sa famille en termes de protection, de santé et/ou de bien-être de manière appropriée, holistique, systématique et en temps donné. Une approche intégrée en santé et protection de l'enfance devrait inclure des protocoles qui garantissent des voies de référencement et de partage de l'information sécuritaire et confidentiel entre les deux secteurs. (Voir Standard 18.)

24.3.5. ÉPIDÉMIES DE MALADIES INFECTIEUSES



La prévention et l'intervention lors d'épidémies de maladie infectieuse nécessitent une étroite coordination et collaboration entre les différents secteurs. Cela devrait inclure au minimum la santé; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; et la protection de l'enfance. Ils devraient mettre en œuvre:

- Des procédures standardisées pour désagréger, documenter et retracer les cas;
- Des protocoles communs de partage de l'information et de protection des données;
- Une communication claire, coordonnée et adaptée aux enfants pour la communauté à propos des risques et vulnérabilités uniques des enfants dans l'épidémie en question.

Tous les prestataires de services devraient être conscients des risques secondaires auxquels les enfants font face dans les épidémies de maladie infectieuse et tenter de les diminuer. Des prises en charge alternatives, préférablement le placement dans la famille élargie, devraient être fournies aux enfants séparés de leurs parents pour des raisons telles que le décès, la maladie ou des mesures de santé publique. Les enfants qui sont temporairement séparés de leurs parents pour quelque raison que ce soit pourraient trouver du réconfort et du soutien par des appels téléphoniques ou des vidéos préenregistrés, préférablement à des heures prévues. Les enfants, les familles et les communautés peuvent nécessiter un soutien psychosocial et en santé mentale durant ou après la crise pour surmonter la peur, la séparation, la discrimination, la perte et autres facteurs de stress reliés à l'épidémie. Il faut mettre en place des mesures spéciales pour maintenir le bien-être psychosocial des enfants en observation ou en centre de traitement, en quarantaine ou en isolement.

24.3.6. BLESSURES

(Voir Standards 7, 8, 9, 11 et 12.)

Les risques de subir des blessures physiques varient selon le genre, l'âge, les handicaps, le lieu de résidence, le statut socio-économique et les dangers. Les acteurs de la protection de l'enfance et de la santé peuvent travailler ensemble à diminuer les risques de blessures pour les enfants en :

- Enseignant aux enfants, aux familles et aux communautés comment prévenir les blessures courantes;
- Fournissant aux enfants blessés une aide médicale d'urgence appropriée et inclusive, des chirurgies traumatologiques, des services de réhabilitation et du soutien psychosocial et en santé mentale;
- Par le recueil et le partage de données ventilées et anonymes, lorsque cela est jugé approprié, sur les blessures, les mutilations et les déficiences afin de renseigner une réponse en amont. Les données devraient idéalement être désagrégées par cause de blessure/mort, lieux et circonstances en plus du sexe, de l'âge et des handicaps.

24.3.7. DOSSIERS MÉDICAUX

Les médecins ont souvent la responsabilité légale d'informer les autorités judiciaires de toute maladie, blessure ou mort qui est le résultat d'un acte criminel. Dans certains contextes, la dénonciation de ces incidents peut exposer le survivant (ou les témoins et leurs familles) à un danger additionnel. Pour diminuer les risques pour le survivant, les prestataires de soins de santé humanitaires doivent, dans la mesure où il est légalement possible de le faire :

- Maintenir la confidentialité entre patient et médecin;
- Respecter le principe de ne pas causer de préjudice (« do no harm »);
- Écrire des rapports médicaux en fonction de l'intérêt supérieur du patient;
- Donner le rapport médical directement au survivant ou à la personne en charge de l'enfant;
- Collaborer avec les agences chargées de la protection de l'enfance pour évaluer et prioriser les besoins de l'enfant et les potentielles interventions.

24.3.8. L'ÉVACUATION ET L'ADMISSION MÉDICALE

Les travailleurs humanitaires, le personnel militaire, les organisations locales et les communautés ne devraient pas évacuer médicalement ou admettre un enfant, un parent ou une personne en charge d'un enfant dans un établissement médical avant de:

- Recueillir des renseignements d'identification détaillés sur l'enfant et la personne en charge de l'enfant (noms complets, dates de naissance, proches parents, villages d'origine, résidence actuelle, lieu d'évacuation, etc.);
- Donner des copies de ces rapports à toutes les parties;
- Établir des dispositions convenables pour la garde des enfants qui ne peuvent pas rester avec la personne en charge de l'enfant.

RÉFÉRENCES



Des liens vers ces ressources et des ressources supplémentaires sont disponibles https://alliancecpa.org/fr/CPMS_refs.

- *'Santé', Le manuel Sphère: la charte humanitaire et les standards minimum de l'intervention humanitaire*, Association Sphère, 2018.
- *Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire*, OMS, 2008.
- *Soins aux enfants victimes d'abus sexuels: Principes directeurs pour les prestataires de services de santé et psychosociaux en situations humanitaires*, IRC et l'UNICEF, 2012.
- *Directives inter-agences sur la gestion de cas et la protection de l'enfance*, Child Protection Working Group (CPWG), 2014.
- *Note d'orientation: Protection des enfants lors d'épidémies de maladies infectieuses*, L'Alliance pour la protection des enfants dans l'Action humanitaire, 2018.
- *Soins cliniques pour les rescapées d'agression sexuelle: un outil de formation multimédia (guide pour les animateurs)*, IRC, 2008.