unicef 70 1946 2016

70 ANS POUR CHAQUE ENFANT

Riposte du secteur de la protection de l'enfance à l'épidémie de maladie à virus Ebola

ÉVALUATION DES ENSEIGNEMENTS TIRES

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé de septembre 2015 à septembre 2016. Nous remercions particulièrement nos collègues de l'UNICEF et des organismes des réseaux de protection de l'enfance, y compris nos partenaires gouvernementaux dans les trois pays les plus touchés par la maladie à virus Ebola, à savoir la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. L'annexe III de ce rapport énumère la liste des principaux informateurs ayant participé à l'exercice d'identification des enseignements tirés, y compris les participants à la réunion capitalisation organisée à Monrovia en octobre 2015.

L'auteur principal de ce rapport est Andy Brooks, conseiller régional pour la protection de l'enfance auprès du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Le rapport s'appuie sur les conclusions du travail de terrain accompli par Marie de la Soudière (en Guinée et en Sierra Leone) et Keith Wright (au Libéria). Ces deux consultants ont mené des entretiens et collecté des données dans les trois pays de septembre à octobre 2015. Keith Wright a préparé la version préliminaire de ce rapport.

La version préliminaire du rapport a fait l'objet de précieux commentaires de la part de Thi Minh Phuong Ngo, Cairn Verhulst, Patrick Konan Nguessa, Filippo Mazzarelli, Ruth O'Connell, Karin Heissler, Dan Rono, Ibrahim Sesay, Matthew Dalling, Guirlene Frederic, Miatta Abdulai, David Lamin, Elizabeth Ann Drevlow et Tatjana Colin.

L'expérience personnelle de toutes ces personnes en tant qu'acteurs de premier plan de la lutte contre Ebola a permis d'enrichir et de confronter la présente évaluation. Nous saluons tout particulièrement le travail exceptionnel d'Emilie Oyen qui a révisé et réorganisé rigoureusement le texte, examiné et reproduit la chronologie de l'épidémie de la maladie à virus Ebola et vérifié les faits et observations auprès de nombreux participants à l'étude.

L'UNICEF remercie l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) et les gouvernements du Royaume-Uni, des États-Unis et de l'Allemagne pour le soutien généreux qu'ils ont apporté à la lutte contre la maladie à virus Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone menée par le programme de protection de l'enfance de l'UNICEF. Nous remercions également vivement le Fonds des États-Unis pour l'UNICEF pour son appui dans la production de cette publication.

POUR NOUS ÉCRIRE :
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
Secteur de la politique économique et sociale
Dakar, Sénégal
Tél. : +221 33 831 02 00

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Octobre 2016

DESIGN
Green Eyez Design SARL, Dakar
www.greeneyezdesign.com

PHOTO DE COUVERTURE
© UNICEF/UNI172287/Bindra

unicef 70 1946 2016
70 ANS POUR CHAQUE ENFANT

Riposte du secteur de la protection de l'enfance à l'épidémie de maladie à virus Ebola

ÉVALUATION DES ENSEIGNEMENTS TIRES

Table des matières

REMERCIEMENTS 2
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS 7

SYNTHÈSE

ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET RECOMMANDATIONS 8
Principaux enseignements tirés 10
Recommandations 15

CONTEXTE

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION DES ENSEIGNEMENTS TIRÉS 18
Méthodologie 19
Limites de l'évaluation des enseignements tirés 21

01

L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA

L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN AFRIQUE DE L'OUEST 23
UNE CRISE MONDIALE 24
PEUR, DÉFIANCE ET HOSTILITÉ 24
UN REVIREMENT DE SITUATION INATTENDU 25

02

LES ENFANTS ET LE SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS LA RIPOSTE À EBOLA

I. LES ENFANTS ET LE SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE 29
Premières évaluations du secteur de la protection de l'enfance 31

II. L'ÉLABORATION DU PROGRAMME DE RIPOSTE DU SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE 32
La réunion transfrontalière de Freetown 32
Le paquet minimum de services 33

03

INTERVENTIONS PRINCIPALES DU SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS LA RIPOSTE À EBOLA

I. SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL 37
La santé mentale et le soutien psychosocial par l'UNICEF 38
Les interventions de SMSPS lors de l'épidémie d'Ebola 38
Situation de chaque pays en matière de SMSPS 40
Les travailleurs sociaux 41
La formation en SMSPS 42

II. PRISE EN CHARGE DANS LES CENTRES, LES FAMILLES ET LES COMMUNAUTÉS 46
Le débat 46
Scénarios spécifiques aux pays 48
Problèmes soulevés par la prise en charge dans les centres 48
Prise en charge fondée sur la famille 49
Don en espèces 50
Kits 50

04

LES SYSTÈMES ÉTAYANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE PROTECTION DE L'ENFANCE PENDANT LA RIPOSTE À EBOLA

I. LA GESTION DES DONNÉES PENDANT LA RIPOSTE À EBOLA 53
Disponibilité, accessibilité et partage des données 54
Collecte de données 55
Qualité des données 56

II. COORDINATION 57
Le rôle de la coordination de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence 57
La coordination au niveau des pays pendant la riposte à Ebola 58
La coordination de la riposte à Ebola : la collaboration entre le Libéria, la Sierra Leone et la Guinée 61

05

RESSOURCES FINANCIÈRES ET HUMAINES

I. LES RESSOURCES FINANCIÈRES DE LA RIPOSTE À EBOLA 63
État du financement par pays 64

II. LES RESSOURCES HUMAINES DE LA RIPOSTE À EBOLA 66
Déploiement international de l'UNICEF 67
Déploiement des renforts 67
Durée du déploiement 68

ANNEXES

I. MANDAT DE L'ÉVALUATION DES ENSEIGNEMENTS TIRÉS 71
II. CADRE ANALYTIQUE ET QUESTIONNAIRE 73
III. PERSONNES INTERROGÉES 76
IV. PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES PERMANENTES, DIRECTIVES ET MANUELS DE FORMATION 83

Kenema, Sierra Leone - Une survivante d'Ebola devant sa maison. (4 juillet 2016)

UNICEF/Jonathan Torgovnik/Verbarim Photo Agency

Acronymes et abreviations

C4D	Communication pour le développement
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies *(Centers for Disease Control and Prevention)*
CPI	Comité permanent inter-organisations *(Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence)*
CPIMS	Système de gestion des informations sur la protection de l'enfance *(Child Protection Information Management System)*
CT	Centres de transit
CVPE	Conseils villageois de protection de l'enfance, en Guinée
DERC	Centre de district pour la lutte contre Ebola *(District Ebola Response Centre)*, en Sierra Leone
EHA	Eau, hygiène et assainissement
EET	Évaluation des enseignements tirés
EOC	Centre d'opérations d'urgence *(Emergency Operations Centre)*
EPI	Équipement de protection individuelle
FTR	Recherche et réunification familiale *(Family Tracing and Reunification)*
ICC	Centre intérimaire de soins *(Interim Care Centre)*
IMO	Spécialiste de gestion de l'information *(Information Management Officer)*
MINUAUCE	Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre Ebola
MoGCSP	Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale du Libéria *(Ministry of Gender, Children and Social Protection)*
MoHSW	Ministère de la santé et des affaires sociales du Libéria *(Ministry of Health and Social Welfare)*
MoSWGCA	Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance de Sierra Leone *(Ministry of Social Welfare, Gender and Children's Affairs)*
MVE	Maladie à virus Ebola
NERC	Centre national de lutte contre Ebola *(National Ebola Response Centre)* en Sierra Leone
NYHQ	Siège des Nations Unies à New York (New York Headquarters)
OICC	Centre intérimaire d'observation et de soins *(Observational Interim Care Centre)*
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAH	Plan d'action humanitaire
PAM	Programme alimentaire mondial
POP	Procédures opérationnelles permanentes
PSP	Premiers secours psychologiques
RITE	Isolement et traitement rapides des cas d'Ebola *(Rapid Isolation and Treatment of Ebola)*
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
SPS	Soutien psychosocial
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale
UTE	Unité de traitement d'Ebola
WCARO	Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

Enseignements tirés et recommandations

Ce rapport décrit les enseignements tirés par les personnes ayant participé directement à la mise en œuvre du programme de protection de l'enfance dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Les informations ont été recueillies dans le cadre de la mise en œuvre du programme en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone d'août 2014 à décembre 2015.

L'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) liée à Ebola en Afrique de l'Ouest a été déclarée terminée le 29 mars 2016. Au total, 28 616 cas confirmés, probables et suspects ont été enregistrés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, dont 11 310 décès[1]. L'épidémie a eu un effet dévastateur sur les enfants. Au cours de celle-ci, 9,8 millions d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans se trouvaient dans les zones touchées par Ebola, dont 2,9 millions de moins de cinq ans. Cinq millions d'enfants ont été déscolarisés en raison de la fermeture des établissements. En décembre 2015, l'UNICEF estimait que 22 702 enfants avaient perdu un parent, leurs deux parents ou les personnes les ayant en charge à cause de la maladie à virus Ebola.

Une orpheline et survivante d'Ebola à Freetown, Sierra Leone. (17 octobre 2015).

© UNICEF/UNI200685/Grile

Dans le chaos des premiers mois, les mesures de contrôle ont négligé l'impact que l'épidémie avait ou pouvait avoir sur les enfants, mais aussi, inversement, l'influence que les enfants pouvaient avoir sur l'évolution de la situation. Face à la propagation d'Ebola, le secteur de la santé a été le principal acteur de la lutte contre l'épidémie. Toutefois, il est rapidement apparu qu'une riposte exclusivement sanitaire négligeait deux autres grands vecteurs de l'épidémie, à savoir la peur et la défiance. Aujourd'hui, il est largement reconnu que la réussite des stratégies de lutte contre les épidémies dépend de l'adoption d'une réponse multisectorielle qui respecte les coutumes sociales et qui soit menée en collaboration avec les communautés.

La peur a occupé une place importante dans le contexte de l'épidémie d'Ebola au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée. Sous son effet, la population a parfois adopté une attitude de déni et des comportements à risque. La peur peut susciter une défiance, qui génère à son tour de l'hostilité à l'égard de l'intervention humanitaire. Au cours des premiers mois de l'épidémie d'Ebola, la confusion qui a caractérisé certaines des premières tentatives de mobilisation sociale a contribué à semer la peur dans les communautés, au lieu de les apaiser. Le contenu et le mode de diffusion des messages ont suscité plus de panique que de compréhension. Alors que les populations avaient besoin d'entendre parler de « tolérance », d'« accompagnement » et de « compassion », ce sont des mots tels que «quarantaine », « infection » et « isolement » qui prévalaient.

Devant les rumeurs grandissantes qui attisaient la défiance et la colère, les gens fuyaient les villages au risque de propager la maladie ; les enfants et les familles touchés par l'épidémie d'Ebola étaient montrés du doigt et mis à l'écart dans leur communauté ; les populations rejetaient les importants messages de santé publique provenant de l'extérieur ; et la violence se reportait contre les agents de santé et les travailleurs humanitaires.

[1] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205686/1/WHO-sitrep_28Apr2016_eng.pdf?ua=1 page 9.

Les nombreuses raisons expliquant la fin de l'épidémie et la diminution du nombre de malades, notamment le cycle de vie naturel du virus, seront encore étudiées et débattues pendant un certain temps. Toutefois, d'une manière générale, les sentiments de colère et de rejet des communautés ont progressivement fait place à l'engagement communautaire : après avoir repris confiance, les populations ont commencé à participer à l'élaboration de la solution.

Pour instiller la confiance au sein des communautés, les interventions relatives à la protection de l'enfance ont été progressivement rapprochées des actions de mobilisation sanitaires et sociales, notamment grâce à l'amélioration de la coordination décentralisée. En devenant plus globale, la riposte est aussi devenue plus humaine. Les instructions à sens unique se sont progressivement transformées en un engagement fondé sur le dialogue.

Cette évolution a été soutenue par les travailleurs sociaux qui ont rempli un rôle important en approchant les communautés, les enfants et les familles touchés par la maladie, pour les écouter et dépasser la confusion pour comprendre la réalité de leur vécu : *« Je dois nourrir mes enfants. J'ai besoin de soins. »* Même lorsqu'il leur était impossible d'apporter des solutions, les travailleurs sociaux ont pris le temps d'écouter les peurs et les besoins fondamentaux des familles vulnérables et souvent endeuillées. En coopérant avec d'autres prestataires de services, ils ont aussi pu proposer des solutions appropriées.

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola, le programme de protection de l'enfance a rempli deux grandes missions : en mettant en place un système de soins et de soutien pour les enfants directement touchés par l'épidémie d'Ebola et en apportant un soutien psychosocial (SPS) aux enfants directement dans leurs domiciles et communautés, pour les aider à comprendre et accepter leur expérience et leur deuil. Deux grandes composantes du programme ont été créées pour mettre en œuvre la riposte du secteur de la protection de l'enfance : d'une part, l'intervention de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) et, d'autre part, le système de soins et de soutien pour les enfants touchés par Ebola et leurs familles, y compris les soins dispensés dans des centres. La solidité des systèmes de gestion des données et de coordination des programmes s'est révélée essentielle pour assurer l'efficience et l'efficacité de la riposte, de même que la disponibilité de moyens financiers et humains suffisants (quantitativement et qualitativement) en temps voulu.

En s'appuyant sur les enseignements clés et les recommandations, ce rapport entend évaluer dans quelle mesure la riposte a su intégrer l'ampleur et la spécificité des besoins de protection des enfants dans le contexte épidémique.

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRES

Dans le cadre de la présente évaluation des enseignements, le terme « enseignement tiré » désigne notamment ce qui suit :

- une activité contre-productive qu'il faut éviter de reproduire ;
- une intervention de programme inefficace ou inefficiente qu'il faut éviter de reproduire ;
- une intervention de programme relativement inefficace ou inefficiente, mais qui pourrait être améliorée à la lumière de l'expérience acquise ;
- une intervention de programme efficace, efficiente et réalisée au bon moment, qui pourra être reproduite dans le cadre d'une future urgence de santé publique ;
- une activité qui s'est avérée très utile et pourrait devenir une pratique standard ;
- des systèmes/documents qui pourraient être réutilisés, p. ex. modèles statistiques, procédures opérationnelles permanentes (POP), manuels de formation, directives ;
- des aspects ou facteurs de la riposte qui pourraient être inclus dans les processus de planification et de mise en œuvre.

Ci-dessous figurent les grands enseignements tirés de la riposte du secteur de la protection de l'enfance à l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest.

1. Une situation d'épidémie nécessite d'adopter une approche multisectorielle centrée sur les droits de l'enfant.

D'une manière générale, la riposte à Ebola n'a pas suffisamment intégré les droits de l'enfant : dans tous les secteurs, y compris celui de la santé, l'attention et les soins portés aux enfants ont été insuffisants et tardifs par rapport à l'ensemble de la riposte à Ebola. Parfois, la riposte à Ebola a même été jusqu'à enfreindre les droits de l'enfant. Ainsi, des enfants ont été séparés de leurs familles sans accord parental ou privés d'éducation et de soins de santé. Des stratégies de communication impliquant directement les enfants et les incluant spécifiquement dans les messages diffusés ont aussi parfois fait défaut. Lors des futures épidémies ou urgences de santé publique, une approche multisectorielle tenant compte des intérêts supérieurs de l'enfant devra être adoptée conformément aux principes les plus fondamentaux des droits de l'enfant.

2. Il est préférable que la riposte provienne de la communauté.

En Afrique de l'Ouest, une riposte communautaire aurait dû être adoptée dès l'apparition d'Ebola afin de parvenir à lutter contre cette épidémie changeante et imprévisible. Il est essentiel de collaborer et de bâtir une relation de confiance avec les communautés. Les responsables communautaires doivent participer directement à l'élaboration de la riposte. Le messager est tout aussi important que le message, voire plus. Même au plus fort de l'urgence, l'adoption d'une approche fondée sur l'écoute des préoccupations des populations permet d'économiser les ressources, de gagner du temps et de sauver des vies, contrairement à l'attitude consistant à indiquer aux populations comment elles doivent se comporter.

La riposte à Ebola a montré que l'application d'une approche fondée sur le dialogue communautaire, menée par les dirigeants locaux et soutenue à la fois par les agents de mobilisation sociale, les agents de santé et les travailleurs sociaux permettait aux individus, aux familles et aux communautés d'adopter les changements de comportement nécessaires pour enrayer l'épidémie.

3. La riposte du secteur de la protection de l'enfance doit être ciblée et mesurable.

La définition de la stratégie de protection de l'enfance adoptée dans le cadre de la riposte à Ebola a pris un certain temps. Le rôle spécifique et prioritaire que le secteur de la protection de l'enfance devait assumer dans la riposte n'est pas apparu immédiatement de façon évidente et les interventions principales, bien que fréquemment mises en œuvre dans d'autres contextes humanitaires (voir ci-dessous), ont nécessité de grandes facultés d'adaptation dans le contexte d'Ebola.

Au cours du premier trimestre 2015, la définition du *paquet minimum de services* pour les trois pays touchés a représenté une avancée importante pour la communication et la mise en œuvre de la riposte du secteur de la protection de l'enfance. En complément de cette définition, la classification des enfants touchés par Ebola (p. ex. survivants d'Ebola, orphelins d'Ebola, enfants vivant dans des communautés fortement touchées par Ebola, etc.) s'est avérée utile, notamment par son introduction de marqueurs et dénominateurs clairs dans la mise en œuvre du programme. Bien que certains spécialistes de la protection de l'enfance aient exprimé leur préoccupation sur une certaine « réduction » et simplification du programme de protection de l'enfance, le *paquet minimum de services* constituait la méthode la plus directe et la plus claire pour indiquer qui étaient les bénéficiaires du programme de protection de l'enfance, *quelles* interventions devaient être mises en place pour les aider et *comment* le suivi allait être effectué.

4. Les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) sont une composante essentielle de la riposte aux urgences de santé publique, mais ils nécessitent des définitions claires et un renforcement de l'expertise.

En raison de la nature de l'épidémie, de la vitesse de sa propagation et de l'ampleur de la peur et des pertes humaines qu'elle a causées, le soutien psychosocial (SPS) est rapidement devenu une intervention prioritaire de premier plan au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée. Par son importance - liée aux responsabilités définies dans le cadre de réponse à l'urgence interne de l'UNICEF, les *Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire* - le programme de protection de l'enfance devait assurer le rôle de moteur dans la définition et la mise en œuvre de la riposte. Toutefois, tout au long de la riposte à Ebola, des doutes ont subsisté sur ce que signifiait clairement le concept de SMSPS, et comment et pourquoi il fallait l'appliquer dans un contexte d'urgence de santé publique. Ce domaine aussi a souffert du manque de coordination entre les acteurs de la santé et de la protection de l'enfance.

Bien qu'incluses dans le programme de protection de l'enfance destiné aux centres et aux communautés, les interventions de SMSPS étaient plutôt rares dans les établissements de santé tels que les unités de traitement d'Ebola (UTE) et les centres de soins communautaires (CSC). Dans les premiers temps de l'urgence, le niveau d'information sur la santé mentale et le soutien psychosocial (p. ex. la connaissance *des directives du CPI en la matière*) était très limité. Bon nombre des participants de l'évaluation des enseignements tirés ont indiqué que l'ambigüité, la confusion et les différences de perception en matière de SMSPS avaient ralenti la mise en œuvre du programme de protection de l'enfance.

5. Le soutien d'urgence assuré par les familles et les communautés doit être lié aux systèmes de protection de l'enfance à long terme.

Tout au long de la riposte du secteur de la protection de l'enfance, l'apport de soins et de soutien au sein des familles et des communautés des enfants a occupé, à juste titre, une importance de premier plan. Les services inclus dans *l'ensemble minimal de services* comprenaient la prise en charge directe des enfants et familles les plus à risque, les démarches de recherche et réunification des familles (FTR),

Une enseignante prend la température d'une de ses élèves à l'entrée de l'école à Forécariah, Guinée.

© UNICEF/UN024517/La Rose

En Sierra Leone, un agent de santé (à droite) portant un équipement de protection individuelle donne des médicaments à un nourrisson (au centre) qu'une femme tient dans ses bras (à gauche), dans le village d'Helemorie, dans le district de Tonkolili. (26 avril 2015)

© UNICEF/UNI183982/Bindra

les activités communautaires de santé mentale et soutien psychosocial, l'établissement des structures communautaires d'aide à l'enfance telles que les comités de protection de l'enfance (au Libéria et en Sierra Leone) et les conseils villageois de protection de l'enfance (en Guinée) et le soutien de ces structures. Le suivi et la surveillance à moyen et long terme par des structures communautaires continueront de jouer un rôle de premier plan pour garantir la satisfaction des besoins des enfants en matière de soins et de protection. Les soins et le soutien communautaires constituent le pilier central des systèmes nationaux de protection de l'enfance qui doivent progressivement évoluer grâce au renforcement des effectifs de la protection sociale, en s'appuyant sur le cadre mis en place dans la lutte contre Ebola. Toutefois, cette évolution nécessitera du temps et surtout des investissements considérables de la part des gouvernements, malgré quelques avancées positives déjà enregistrées dans le cadre des plans de relèvement après Ebola.

6. Les systèmes prévus dans les programmes de protection de l'enfance pour la distribution des dons en espèces et des fournitures doivent être remis en application.

Dans le contexte de *l'ensemble minimal de services*, les dons en espèces désignaient l'argent fourni à une famille prenant soin d'un enfant ayant perdu un parent, ses deux parents ou les personnes les ayant en charge à cause d'Ebola. Dans l'ensemble, les dons en espèces ont été considérés comme pérennes et utiles, à condition d'être versés à temps. Leur efficacité était d'autant plus forte qu'ils étaient versés de façon périodique et qu'un suivi suffisant était assuré par un travailleur social dans le cadre d'une structure de distribution et d'un système de surveillance solides. Parallèlement aux dons en espèces, les kits souvent distribués aux familles ont aussi généralement été appréciés.

À l'avenir, chaque type de kit devra cependant être examiné pour vérifier que son contenu est approprié et déterminer si les achats doivent être effectués hors du pays ou à l'échelle locale. Certains éléments des kits ont été considérés comme inadaptés et d'autres se dégradaient rapidement. Malgré les avantages que représentent les dons en espèces et les fournitures distribuées aux familles, les processus d'achat, de distribution, de surveillance et de gestion qu'ils nécessitent pèsent lourdement sur les ressources du programme. Par rapport à d'autres secteurs comme la santé et l'éducation, le secteur de la protection de l'enfance possède une expérience relativement limitée dans ces domaines. La riposte à Ebola a montré clairement que ces processus et systèmes inclus dans les programmes d'urgence du secteur de la protection de l'enfance devaient être renforcés.

7. Les soins dispensés dans des centres ne sont qu'un ultime recours.

Les centres destinés aux enfants séparés et non accompagnés n'ont été utilisés qu'en dernier recours, en l'absence de toute possibilité de soutien familial ou communautaire. Ces centres ont été initialement créés pour répondre à une situation de crise au plus fort de la flambée épidémique, lorsque les ambulances amenaient des familles entières vers les unités de traitement d'Ebola (UTE) où les parents infectés étaient admis sans leurs enfants non infectés. Ces enfants se retrouvaient alors en situation de grand danger, sans abri ni aucune information sur leur lieu de résidence ou les adresses des membres de leur famille élargie susceptibles d'assurer une protection de remplacement.

Avec le recul, il apparaît que moins d'enfants auraient été placés en centre ou privés de soins familiaux si des systèmes avaient permis d'enregistrer les familles et de leur transmettre des informations sur le contrôle de l'infection pendant la période à risque (sous réserve, à nouveau, d'une coordination solide entre le milieu médical et la riposte du secteur de la protection de l'enfance). La durée du séjour dans les centres aurait pu être réduite en instaurant systématiquement une recherche de famille dès l'admission de l'enfant dans le centre (réservé à la période de quarantaine) sans attendre son transfert vers des structures à long terme.

C'est en Guinée que le moins d'enfants ont été placés en centre. Dans ce pays, la mobilisation d'un petit groupe de familles d'accueil à proximité des UTE s'est avérée être une bonne pratique, à la fois plus acceptée sur le plan social et plus abordable sur le plan financier.

8. L'exactitude et l'actualisation des données sont essentielles.

L'importance, la vitesse et l'étendue géographique de l'épidémie ont généré des difficultés sans précédent en matière de gestion des données. Il convient notamment de souligner l'absence de collecte ou de transmission systématique de données sur les « enfants touchés par Ebola », alors que de telles informations auraient pu éclairer la riposte à Ebola. Sans données quotidiennes exactes, aucun mécanisme ne peut être mis en place pour orienter, planifier et mener à bien les interventions. En revanche, la riposte du programme s'est révélée plus efficace et plus ciblée lorsque les capacités techniques de gestion des données étaient solides ou déjà en place pour la protection de l'enfance. Rétrospectivement, il apparaît que l'UNICEF aurait dû mandater un spécialiste de la gestion de l'information sur la protection de l'enfance dès le début de la riposte. Ce constat, déjà fait à de nombreuses autres reprises, compte parmi les enseignements de cette situation d'urgence.

Les outils de collecte de données existants (p. ex. PRIMERO et RapidPro) peuvent encore être largement élargis - en dehors des situations d'urgence - pour renforcer la gestion et la collecte générales des données et pour former le personnel sur des approches et des technologies simples. De tels outils sont normalement assez agiles et maniables pour s'adapter à une situation d'urgence humanitaire à grande échelle.

9. La coordination renforce l'efficacité aux niveaux régional, national et décentralisé.

L'efficacité de la collecte des données dépend fortement de celle de la coordination. Lorsque la coordination est efficace, les données abondent. Tout comme le poste de responsable de l'information, celui de coordonnateur occupe un rôle essentiel dans la riposte aux situations d'urgence, qu'il soit ou non chargé de définir les actions intersectorielles. À l'échelle du pays, les opérations décentralisées doivent coopérer étroitement pour veiller à ce que la planification de la riposte nationale accorde la priorité aux zones qui en ont le plus besoin. Dans le cas d'Ebola, dont la propagation à l'échelle nationale a été très rapide, cette coordination a été particulièrement difficile, car l'épicentre de l'épidémie se déplaçait de façon imprévisible au plus fort de la crise.

En Sierra Leone, la communication entre les Centres nationaux de lutte contre Ebola (NERC) et les Centres de district pour la lutte contre Ebola (DERC) a permis d'améliorer progressivement la coordination entre les structures nationales et de district, ainsi qu'entre les différentes interventions sectorielles. La coopération étroite entre les guichets de protection des DERC et d'autres acteurs de la riposte a permis d'assurer la rapidité et l'efficacité de la prise en charge des enfants et des familles vulnérables.

Dans les trois pays touchés par Ebola, les instances régionales (p. ex. le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre) ont œuvré pour faciliter l'apprentissage et la coordination en temps réel. Toutefois, force est de constater que la vision « nationalo-centrique » a généralement prédominé la riposte à Ebola. Pour lutter contre cette épidémie transfrontalière à l'évolution rapide, les pays auraient dû systématiquement coordonner leurs opérations et mettre en commun leurs informations. En raison du caractère inédit de l'épidémie d'Ebola, le personnel chargé d'élaborer les stratégies de lutte aurait bénéficié d'une meilleure collaboration entre les pays.

Pour ce qui est de la riposte du secteur de la protection de l'enfance, la réunion transfrontalière organisée à Freetown par l'UNICEF en novembre 2014 a donné lieu à un cadre stratégique commun aux trois pays touchés par Ebola et compatible avec les plans d'action nationaux. Toutefois, le processus structuré, continu et systématique de partage entre les trois programmes de protection de l'enfance a été limité sur le plan technique. Les procédures opérationnelles permanentes (POP) ou les directives techniques sur les priorités des cadres stratégiques n'ont pas été élaborées conjointement entre les différents programmes de protection de l'enfance. D'une manière générale, le travail technique consistant à transformer le cadre régional en POP et directives nationales a été effectué séparément par chaque pays, sans qu'aucun mécanisme de comparaison des documents soit mis en place en dehors du Bureau régional.

10. La disponibilité immédiate et continue du financement est essentielle pour lutter contre l'épidémie.

Ce rapport indique le montant total du financement reçu par l'UNICEF pour la riposte à Ebola et la part de ce financement qui a été attribuée à la protection de l'enfance (le pourcentage ayant progressivement augmenté jusqu'à atteindre un seuil maximal de 10% en août 2015). L'importance de la protection de l'enfance n'ayant pas été pleinement reconnue au plus fort de l'épidémie (en octobre et novembre 2014), les financements sont restés insuffisants jusqu'à la fin de l'année 2014. Le déficit de financement a retardé le déploiement des ressources humaines requises pour une riposte d'un tel niveau, de même que la signature des accords de partenariat nécessaires pour répondre à la hausse exponentielle des besoins. Au premier trimestre 2015, le programme de protection de l'enfance avait accumulé un retard conséquent. Son efficacité s'est accélérée grâce à la définition de *l'ensemble minimal de services* pendant cette période, qui a, en outre, été renforcée par l'arrivée de nouveaux moyens financiers et le renforcement des effectifs.

11. Le recrutement et le déploiement de professionnels bien formés sont indispensables.

Dans le cadre de la lutte contre Ebola, le recrutement et le déploiement de professionnels bien formés reposaient sur trois critères : la garantie de la sécurité du personnel (p. ex. mesures d'évacuation sanitaire, structures de soins réservées au personnel, statut de lieu d'affectation déconseillé aux familles, etc.), l'existence d'un financement suffisant et la disponibilité de personnes disposant de l'expertise nécessaire.

Le recrutement de professionnels qualifiés est devenu plus efficace et plus rapide avec la souscription de programmes d'assurance relatifs aux risques de santé et l'arrivée de nouveaux financements. Le taux de rotation du personnel était toutefois très élevé, particulièrement au début de l'épidémie. Pendant cette période, le personnel ayant pris des décisions était déjà souvent parti lorsque les décisions étaient mises en œuvre et que leurs effets se faisaient ressentir.

Le « personnel de renfort » en provenance des bureaux de pays de l'UNICEF a joué un rôle essentiel, notamment car il pouvait être déployé rapidement sans nécessiter de longues procédures contractuelles (même si ces étapes sont prévues dans la procédure d'urgence de niveau 3). Sur place, le personnel qui connaissait les procédures de l'UNICEF a aidé le personnel de renfort à se mettre immédiatement au travail. Pour les agents nationaux qui ont été envoyés en renfort depuis d'autres pays, la riposte à l'épidémie a représenté une véritable occasion d'évolution de carrière. Le nouveau personnel recruté directement dans les trois pays touchés a bénéficié d'une occasion d'apprentissage accélérée grâce à la relative disponibilité des moyens financiers et des ressources humaines expérimentées déployés dans le cadre du programme de protection de l'enfance pour soutenir leur apprentissage.

L'évaluation des enseignements tirés met en évidence les domaines d'expertise nécessaires pour la riposte du secteur de la protection de l'enfance face à une situation d'urgence de santé publique : la santé mentale et le soutien psychosocial, la prise en charge des enfants non accompagnés et séparés, la gestion de l'information et la coordination. De plus, l'expérience montre que, dans le cas des situations de grande urgence, le déploiement d'un professionnel expérimenté (de niveau P4 ou supérieur) pouvant assister le responsable de la protection de l'enfance dans ses tâches de direction apporte des avantages inestimables pour alléger la charge de travail que représentent les relations avec les partenaires et les responsabilités administratives et managériales qui vont de pair avec l'expansion rapide des équipes et des budgets.

12. La riposte à l'épidémie doit s'appuyer sur les infrastructures et les capacités publiques existantes.

Concernant la question générale des ressources humaines à l'échelle nationale, la stratégie consistant à aider les ministères d'exécution compétents à renforcer les effectifs de travailleurs sociaux s'est avérée efficace et cruciale. Dans le cadre de la riposte du secteur de la protection de l'enfance, les gouvernements de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont reçu de l'aide pour recruter respectivement 120, 108 et 26 travailleurs sociaux supplémentaires. Le système de suivi de niveau intermédiaire a également été renforcé avec le recrutement d'agents expérimentés au niveau des comtés/districts/préfectures, également soutenu par des ONG.

L'expérience acquise au cours de la coopération avec les travailleurs sociaux lors de la riposte à Ebola incite à la prudence sur la tendance des interventions humanitaires à concentrer des ressources limitées sur le développement de *nouvelles* équipes (agents de mobilisation sociale, agents de soutien psychosocial ou de recherche et réunification des familles, etc.). Cette approche freine souvent le développement d'un système de travail social efficace fondé sur les structures et services *existants*, quel que soit leur état. Les situations d'urgence constituent souvent une occasion idéale pour définir les bases de réformes plus durables.

RECOMMANDATIONS

1. Lors des futures épidémies ou urgences de santé publique, une approche multisectorielle conforme aux *Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire* (CCC) et aux responsabilités spécifiques à la protection de l'enfance devra être adoptée. Cette approche devra assurer la continuité des soins pour les enfants en garantissant que les interventions du secteur de la santé sont menées en étroite collaboration avec les acteurs de la protection sociale et de la protection de l'enfance afin de garantir les soins et la protection des enfants.

2. La santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) sont une composante essentielle du rôle qui incombe au secteur de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence de santé publique. Pour assurer la bonne préparation aux situations d'urgence, le personnel de l'UNICEF et ses partenaires, y compris les agents publics de première ligne (p. ex. les agents de santé et les travailleurs sociaux), doivent recevoir une formation en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, notamment sur la base des directives du Comité permanent inter-organisations (CPI) et des directives nationales.

3. Pour apporter un soutien continu aux mécanismes communautaires de protection de l'enfance mis en place dans le cadre de la riposte à Ebola, l'UNICEF et ses partenaires doivent aider les ministères d'exécution compétents à utiliser les systèmes de prise en charge pour (a) identifier et traiter les vulnérabilités persistantes chez les enfants touchés par Ebola ayant été enregistrés, en prenant soin d'étudier l'ensemble des cas, et (b) pour élargir le système, y compris les outils de collecte de données, afin de répondre aux préoccupations en matière de protection qui existaient avant l'épidémie et à celles qui ont été aggravées par celle-ci.

4. L'expérience démontre que les aides financières et matérielles sont des composantes importantes du *paquet minimum de services*. Les futures mesures de préparation aux situations d'urgence pourront s'inspirer des enseignements tirés sur la façon dont l'assistance financière et matérielle peut être renforcée dans le cadre du programme de protection de l'enfance de l'UNICEF. Les familles vulnérables qui ont reçu des aides financières à court terme lors de l'épidémie d'Ebola doivent être orientées vers des programmes de transferts en espèces ou de protection sociale dans les pays.

5. Toute stratégie nationale de protection de remplacement pour les enfants séparés et non accompagnés doit pouvoir s'appuyer sur un large réseau de familles d'accueil dûment formées. Le pré positionnement d'un réseau de familles d'accueil d'urgence (prêtes à accepter un enfant dans un court délai pour une période limitée) et l'établissement d'un système de recherche opérationnel des familles constituent une bonne stratégie de préparation à l'avenir.

Un travailleur social survivant d'Ebola avec une petite fille rendue orpheline par l'épidémie, Sierra Leone.

© UNICEF/UNI188073/Getachew Kas

6. La gestion des informations et la coordination sont des facteurs de réussite essentiels des programmes de protection de l'enfance ainsi que dans les situations d'urgence. Des systèmes opérationnels doivent être en place pour ces deux activités. Dès le début d'une situation d'urgence, il est impératif de recruter un responsable de l'information et un coordonnateur.

7. Malgré les procédures institutionnelles visant à regrouper la Sierra Leone, le Libéria et la Guinée sous un état d'urgence de niveau 3 et un niveau de risque jamais rencontré jusqu'alors, les téléconférences couvrant l'ensemble du système mondial, les cellules de coordination régionale et les systèmes de gestion des connaissances ne sont pas parvenus à croiser suffisamment les

expériences tirées des programmes pour permettre un enrichissement mutuel et une adaptation en temps réel. Un travail supplémentaire devra être mené au sein de l'organisation en vue de définir le mécanisme le plus efficace pour garantir l'efficacité des opérations transfrontalières dans un système largement défini par les procédures des programmes nationaux.

8. En plus d'accuser du retard, le financement de la protection de l'enfance n'a pas atteint les niveaux requis. Lors des futures urgences de santé publique, le fait d'assurer dès le début une bonne cohérence entre les programmes des différents secteurs - particulièrement ceux de la santé, de la mobilisation sociale et de la protection de l'enfance - favoriserait une distribution plus équitable des fonds afin de mener la riposte de manière coordonnée, particulièrement dans les périodes les plus critiques.

9. En raison de la nature complexe de la riposte à Ebola, il a été difficile de recruter et de déployer rapidement les profils nécessaires. De même, le niveau élevé du taux de rotation du personnel a posé problème. Le fichier répertoriant les membres du personnel du secteur de la protection de l'enfance aptes à intervenir en situation d'urgence devrait préciser leur niveau d'expertise en matière d'urgence de santé publique. Il serait souhaitable de définir une période de déploiement minimale (p. ex. trois mois), en sachant qu'une durée de six mois est idéale. Il convient toutefois de noter que des missions spécifiques à court terme peuvent aussi parfois être indiquées.

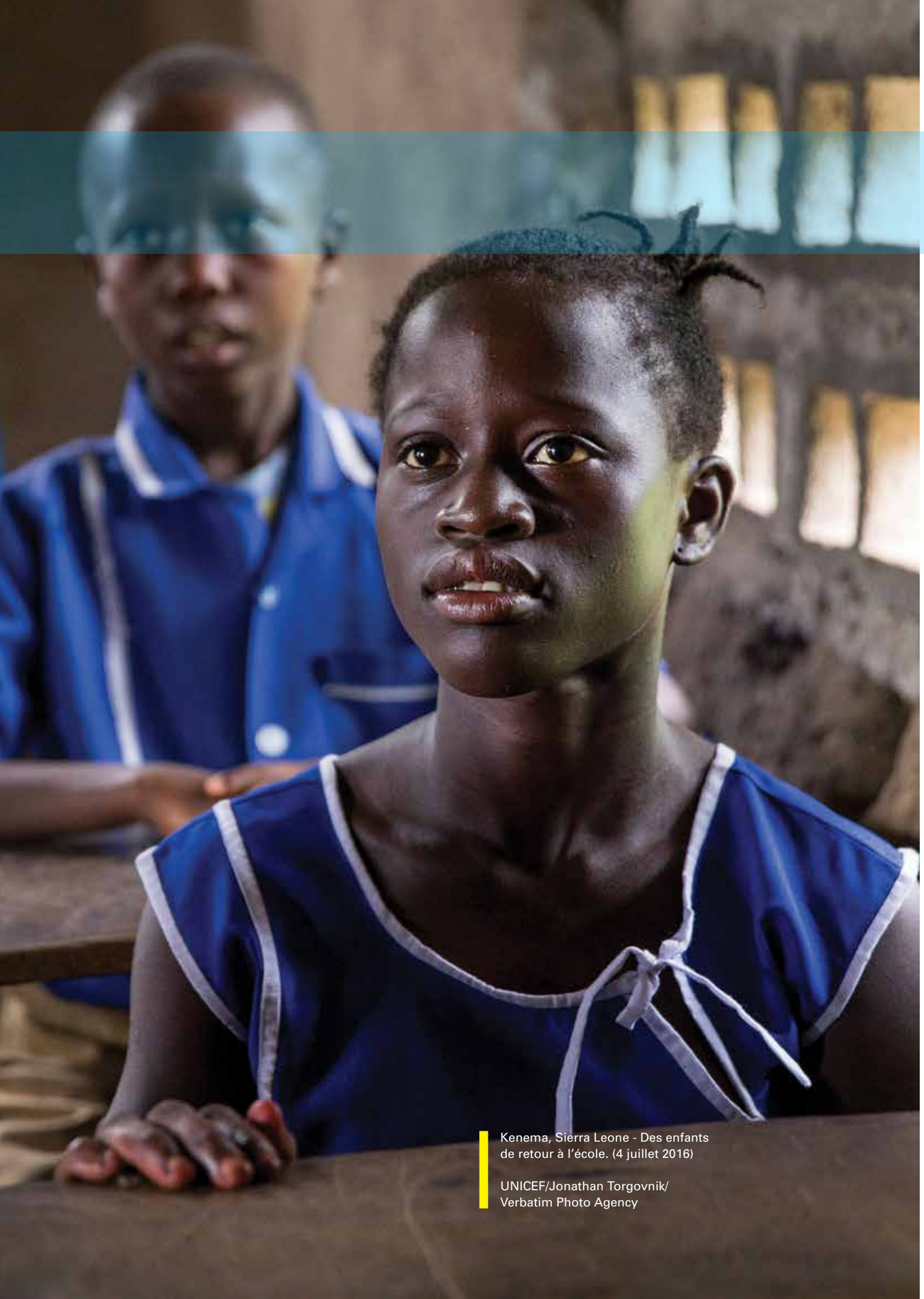
10. La riposte à l'urgence doit s'appuyer sur les capacités nationales existantes. Il faut veiller à trouver le juste équilibre entre, d'une part, l'intervention des ONG et du personnel de projet - qui peuvent venir en renfort du personnel existant et accélérer la riposte - et, d'autre part, la mise en place d'un soutien mesuré et ciblé pour les travailleurs sociaux existants - de façon à appuyer les effectifs et les capacités de cette équipe limitée, pour définir les bases d'un système de protection sociale durable.

11. L'annexe IV présente une liste non exhaustive des POP, des directives techniques et des stratégies de programmes élaborées dans les trois pays touchés par Ebola. Dans la continuité de la présente évaluation, il est recommandé de procéder à une révision technique de ces documents pour définir un ensemble d'outils communs adoptés à la riposte du secteur de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence de santé publique, y compris sur la santé mentale et le soutien psychosocial, les soins dispensés en centre et les soins communautaires, la prise en charge des cas, la coordination et la gestion de l'information. Idéalement, les outils s'inspirant des meilleures pratiques identifiées lors de la riposte à Ebola devront être harmonisés et consolidés dans un kit spécifique destiné aux futures situations d'urgence de santé publique. Ils pourraient aussi servir à identifier les informations essentielles sur les interventions principales, puis être inclus dans les cadres normatifs existants sur la riposte du secteur de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence.

12. Bon nombre des enseignements tirés de la riposte à Ebola nécessitent un certain temps de réflexion et de vérification. Il serait également judicieux de réaliser une évaluation d'impact. Une évaluation d'impact portant sur les interventions de SMSPS à travers les trois pays touchés par Ebola serait particulièrement utile.

Des enfants écoutent une émission quotidienne relative à Ebola diffusée par la station de radio rurale de Forécariah en collaboration avec l'UNICEF, Guinée.

© UNICEF/Timothy La Rose



Kenema, Sierra Leone - Des enfants de retour à l'école. (4 juillet 2016)

UNICEF/Jonathan Torgovnik/ Verbatim Photo Agency

Contexte de l'évaluation des enseignements tirés

METHODOLOGIE

Ce rapport décrit les enseignements tirés par les personnes ayant participé directement à la mise en œuvre du programme de protection de l'enfance dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Les informations ont été recueillies dans le cadre de la mise en œuvre du programme en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone pendant la durée de l'épidémie d'Ebola, c'est-à-dire du mois d'août 2014 au mois de décembre 2015.

Mené de septembre à octobre 2015, le travail de terrain sur l'évaluation des enseignements tirés s'est axé sur les deux domaines d'intervention prioritaires du programme : d'une part, la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS), et, d'autre part, les soins et le soutien assurés par les centres, les familles et les communautés en faveur des enfants ayant perdu un parent, leurs deux parents ou leurs tuteurs ainsi que les autres enfants touchés par Ebola. L'importance de la collecte des données et de la coordination de la protection de l'enfance - toutes deux essentielles pour enrayer l'épidémie et soutenir les deux domaines prioritaires décrits ci-dessus - a également été étudiée. Des entretiens et des études ont été réalisés dans chaque zone pour déterminer les lacunes et les possibilités d'amélioration.

Un examen des moyens financiers et des ressources humaines ayant servi à soutenir la riposte du secteur de la protection de l'enfance à l'épidémie d'Ebola a également été entrepris. Des informations qualitatives et quantitatives ont ainsi été recueillies lors des entretiens et des visites de terrain, mais aussi dans le cadre de l'examen des systèmes de gestion de l'information sur les interventions, les effectifs et les données financières du programme. Le processus de l'évaluation des enseignements tirés a suivi trois étapes : un examen du dossier, un recueil des informations de terrain et une réunion d'examen technique réunissant les trois pays. Deux consultants ont mené les opérations de l'évaluation des enseignements tirés. L'une s'est rendue en Guinée et en Sierra Leone tandis que l'autre s'est rendu au Libéria.

L'examen du dossier a porté sur des documents internes de l'UNICEF, des rapports de situation des bureaux de pays de l'UNICEF, des directives et des documents de formation, des directives publiées par les gouvernements de Guinée, du Libéria et de Sierra Leone et des rapports d'étude et de recherche. Cette première étape a débouché sur une version préliminaire de l'évaluation des enseignements tirés proposée dans un « rapport initial ». Cette version préliminaire précisait la définition de l'expression « enseignement tiré », le sens des termes utilisés dans le cadre de l'évaluation (pertinence, efficacité, efficience et ponctualité) ainsi que le processus de collecte de données devant être mis en œuvre par les consultants.

Avant de se rendre dans les pays pour réaliser le travail de terrain, les consultants ont rencontré le conseiller régional pour la protection de l'enfance et d'autres collègues du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) afin de convenir des domaines sur lesquels l'évaluation des enseignements tirés serait axée et du cadre analytique des données collectées. Il a été convenu que l'évaluation des enseignements tirés serait axée sur les aspects suivants de la riposte à Ebola :

1. la ponctualité et l'adéquation du *paquet minimum de services* à fournir aux enfants touchés par Ebola ;
2. la coordination de la composante de protection de l'enfance de la riposte à Ebola (à l'échelle nationale et transfrontalière, ainsi qu'entre les différents niveaux de l'UNICEF) ;
3. la mesure dans laquelle la riposte du secteur de la protection de l'enfance a pu s'appuyer sur des données adéquates et régulières sur le nombre d'enfants touchés par Ebola et leurs besoins ;
4. les centres intérimaires, les centres de transit, les soins dispensés dans les centres, ainsi que les soins assurés par les familles d'accueil et les membres de la famille ;
5. les interventions de santé mentale et de soutien psychosocial ;
6. les stratégies de ressources humaines déployées par l'UNICEF dans le cadre de la protection de l'enfance ;

TABLEAU 1 : CATÉGORIES DES PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS MENÉS POUR L'ÉVALUATION DES ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Organisme ou institution	Nombre de personnes interrogées	Rôles ou titres spécifiques
ONG	78	• 16 responsables de programme ou de projet • 62 prestataires de services communautaires
UNICEF (personnel des programmes et direction)	80	• 6 membres du siège (deux déployés au Libéria et en Sierra Leone) • 10 responsables du Bureau régional (WCARO) • 54 responsables basés dans les bureaux de pays • 10 responsables basés dans les instances infranationales
Gouvernements du Libéria, de la Sierra Leone et de la Guinée	25	• Ministres • Responsables de la riposte à Ebola • Prestataires de services communautaires
OMS	6	• Représentant pays • Agents techniques

7. la mobilisation et l'utilisation des fonds ;
8. la mesure dans laquelle la composante de protection de l'enfance de la riposte à Ebola a été coordonnée avec d'autres secteurs, particulièrement ceux de la santé et de la mobilisation sociale.

Une femme regarde une illustration issue d'un large bloc-notes que présente un animateur social, au sein d'une communauté de la préfecture de Forécariah. Les animateurs sociaux soutenus par l'UNICEF organisent une séance de sensibilisation de la population à l'épidémie à virus Ebola et enseignent aux communautés de la préfecture les comportements clés à adopter pour se protéger de la maladie. (7 mai 2015)

© UNICEF/UNI184965/La Rose

Au moment où l'évaluation des enseignements tirés était menée, la transmission d'Ebola était active en Guinée et en Sierra Leone et les programmes étaient encore mis en œuvre dans des conditions d'urgence. Il n'était donc pas entièrement possible de prévoir quels entretiens pourraient avoir lieu et dans quelles conditions. Il a été décidé de mener des entretiens semi-structurés. La majorité des participants ont été interrogés de façon individuelle, mais certains petits groupes de deux à trois personnes ont aussi été formés, de même que des groupes spécifiques comme dans le cas des ONG internationales, des ONG nationales de protection de l'enfance et des coordinateurs de comté et de district.

Les entretiens ont constitué la première source d'information sur l'évaluation des enseignements tirés. Celle-ci n'avait pas vocation à collecter des données auprès de sources d'information primaires au niveau de la prestation de services. Il n'existait alors aucune évaluation technique sur laquelle se fonder.

La méthode de l'évaluation des enseignements tirés a été délibérément pensée de sorte que les responsables de programme puissent transmettre leur expérience et leur évaluation personnelles du programme. L'objectif était d'offrir une occasion d'apprentissage positive au personnel du programme. Conformément à la nature de l'évaluation des enseignements tirés décrite ci-dessus, il a été convenu que le rapport ne comprendrait pas d'attribution individuelle.

Plus de 200 personnes ont été interrogées et les catégories de participants ont été ventilées comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Les bureaux de pays de l'UNICEF, les ministères concernés et les ONG ont été priés de fournir des données et des informations détaillées sur la stratégie des programmes et leur mise en œuvre. Il a aussi été demandé aux bureaux de pays de l'UNICEF de fournir des informations sur le déploiement des ressources humaines et les moyens financiers (reçus et dépensés).

La troisième étape de l'évaluation des enseignements tirés était une réunion d'examen technique qui a rassemblé des agents de protection de l'enfance travaillant pour les gouvernements, l'UNICEF et les ONG en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone dans le but d'examiner les résultats de l'évaluation des enseignements tirés. Sur les 29 participants, 7 venaient de Guinée, 16 du Libéria, 4 de la Sierra Leone et 2 du bureau WCARO. Parmi eux, 6 étaient des agents publics, 13 des membres d'ONG et 10 des responsables de l'UNICEF. Tous avaient participé directement à la prestation des services de protection de l'enfance dans le cadre de la riposte à Ebola.

LIMITES DE L'EVALUATION DES ENSEIGNEMENTS TIRES

La méthode adoptée pour l'évaluation a été volontairement pensée pour tirer des enseignements de l'expérience et des observations du personnel des programmes. Le format semi-structuré des entretiens n'a pas toujours permis d'obtenir le même type d'informations sur un point particulier auprès de tous les participants de l'évaluation.

Il avait été supposé que les expériences seraient appuyées par des données ou des exemples précis qui pourraient servir d'éléments de preuve objectifs. Toutefois, de tels exemples ou données se sont révélés plutôt rares et les informations données étaient limitées pour la plupart des domaines de programme. Par conséquent, il a été très difficile de tirer des enseignements communs à partir de plusieurs entretiens différents, voire contradictoires. Pour tâcher d'identifier les enseignements à tirer, les consultants ont dû reprendre les points controversés ou interroger plusieurs fois la même personne.

Bon nombre des enseignements concernant l'impact sur les enfants devront être vérifiés au moyen d'une évaluation d'impact. La présence d'une transmission active d'Ebola en Sierra Leone et en Guinée, ainsi que la courte durée des visites de terrain (une semaine en Sierra Leone, une semaine en Guinée et trois semaines au Libéria) ont limité le niveau de détail des entretiens et des informations recueillies. Les personnes chargées de la préparation du rapport se sont efforcées d'éviter tout déséquilibre entre les détails et les enseignements tirés dans chacun des trois pays affectés par l'épidémie.

Un couple et leur fille se recueillent devant la tombe de leur enfant et frère de 2 ans emporté par la rougeole. Le couple a perdu 29 membres de sa famille au cours de l'épidémie d'Ebola et avait trop peur d'emmener le petit garçon figurant sur la photo à sa dernière vaccination de routine qui comprenait notamment le vaccin contre la rougeole. (Waterloo, Freetown, Sierra Leone, 22 février 2016)

© UNICEF/UN011655/Holt

Du personnel infirmier portant un équipement de protection individuelle (EPI) passe devant des patients dans le nouveau centre de traitement d'Ebola dirigé par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, dans la ville de Kenema, province de l'Est, Sierra Leone (1er octobre 2014).

© UNICEF/UNI172294/Bindra

CHAPITRE UN

L'épidémie de maladie à virus Ebola

L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN AFRIQUE DE L'OUEST

Le 6 décembre 2013, dans un village de Guinée, un enfant de deux ans est décédé quelques jours après être tombé malade. Plus tard, cet enfant serait identifié comme le patient zéro de la pire épidémie de maladie à virus Ebola de l'histoire avec un total de 28 657 cas suspects et 11 325 décès. Il est généralement entendu que le bilan de cette épidémie qui s'est propagée très rapidement dans trois pays d'Afrique est encore bien plus lourd.

Le 23 mars 2014, le Ministère de la santé de Guinée a signalé à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) l'apparition d'une flambée à évolution rapide d'Ebola dans les zones forestières au sud du pays. Une semaine plus tard, les deux premiers cas libériens étaient confirmés dans un village à proximité de la frontière guinéenne. En date du 7 avril, 21 cas confirmés avaient été enregistrés, dont 3 chez des agents de santé, lesquels sont décédés par la suite. Cette particularité allait devenir une spécificité de l'épidémie. (À la fin du mois de septembre, près de 200 agents de santé avaient été infectés au Libéria.) Après une accalmie trompeuse, la capitale libérienne, Monrovia, enregistrait ses premiers cas d'infection à Ebola. Cette nouvelle inquiétante laissait entrevoir une autre caractéristique de l'épidémie : le virus s'était propagé dans une zone urbaine.

L'urbanisation d'Ebola était alarmante. La flambée épidémique fut rapide dans les centres urbains qui se caractérisaient par une densité démographique et des conditions d'hygiène plus complexes et où la maladie s'approchait dangereusement des aéroports, des ports maritimes et des centres de transport. À la différence des précédentes flambées survenues en Afrique équatoriale (où d'Ebola était resté confiné dans des zones rurales reculées), les villes - y compris les capitales des trois pays - ont été l'épicentre de la transmission intense du virus.

En Sierra Leone, la flambée a commencé lentement et discrètement, puis les cas ont progressivement augmenté entre la fin du mois de mai et le début du mois de juin. Malgré la fermeture le 11 juin 2014 par la Sierra Leone de ses frontières commerciales avec la Guinée et le Libéria, le premier cas d'infection à Ebola était enregistré dans sa capitale Freetown le 20 juillet. L'épidémie était désormais indéniable et, 10 jours plus tard, le gouvernement commençait à déployer ses troupes pour faire appliquer les périodes de quarantaine.

> *« Il ne s'agit pas d'une épidémie qui suit trois schémas nationaux différents, mais des centaines de schémas distincts ayant leur propre dynamique de transmission, au sein de chaque district et sous-district.[2] »*

La Guinée, le Libéria et la Sierra Leone comptent parmi les pays les plus pauvres au monde. La région sortait à peine d'une longue période de guerre civile et de troubles et les infrastructures de santé élémentaires étaient très fragiles. Peu préparés, les gouvernements d'Afrique de l'Ouest se sont retrouvés dépassés par les bouleversements socioéconomiques qui peuvent accompagner une épidémie de ce type. Les populations ne comprenaient ni la maladie ni son origine. Avec la propagation de la maladie, de nombreux hôpitaux accablés par le manque de personnel et de fournitures ont dû fermer.

La maladie à virus Ebola (MVE ou « Ebola ») est une maladie virale rare et souvent mortelle qui se transmet par un contact direct (de la peau lésée ou des muqueuses) avec du sang ou des liquides organiques des malades ou des défunts d'Ebola, notamment l'urine, la salive, la sueur, les excréments, les vomissures, le lait maternel et le sperme. Cette maladie peut aussi se transmettre par un contact avec des objets (p. ex., aiguilles) contaminés avec les fluides organiques d'un malade ou d'un défunt d'Ebola.

[2] http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/liberia/fr/

Au Libéria et en Sierra Leone où les populations avaient subi plusieurs décennies de guerre civile, le stress exercé par Ebola est venu s'ajouter aux expériences traumatiques liées aux guerres passées. Des niveaux de stress individuels élevés étaient signalés. Certains cas faisaient état d'enfants atteignant un état de « stress toxique » [3].

UNE CRISE MONDIALE

Le 8 août 2014, l'OMS a qualifié l'épidémie d'Ebola d'urgence de santé publique de portée internationale[4]. La panique s'est propagée dans la communauté internationale. Pourtant, en septembre, alors que plus de 1 800 cas confirmés de décès dus à Ebola avaient été enregistrés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, les mesures internationales peinaient toujours à suivre la propagation de la maladie, et de véritables préoccupations étaient exprimées quant à l'incapacité des efforts déployés à juguler l'épidémie. Aux États-Unis, des officiels inquiets ont appelé de leurs vœux une intervention de l'armée.

Le 26 septembre 2014, l'OMS publiait une déclaration alarmante : *« L'épidémie d'Ebola qui ravage certaines parties d'Afrique de l'Ouest est l'urgence de santé publique la plus grave des temps modernes. »*[5] Le 30 septembre, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis estimait que *« sans interventions supplémentaires ou modifications dans le comportement de la communauté, […] d'ici au 20 janvier 2015, il y aura [it] un total d'environ 550 000 cas d'Ebola au Libéria et en Sierra Leone ou 1,4 million si les corrections concernant les cas sous-déclarés sont effectuées »*[6]. Cette estimation a rapidement fait le tour des médias internationaux.

Le 4 octobre, le président Obama avait ordonné le déploiement de 3 000 soldats en Afrique de l'Ouest, et déclaré :

> *« C'est un fléau à la fois biologique et psychologique, et la peur peut se répandre encore plus vite que le virus »*[7].

PEUR, DÉFIANCE ET HOSTILITÉ

La peur a occupé une place importante dans le contexte de l'épidémie d'Ebola au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée. Sous son effet, les gens ont parfois adopté des comportements à risque et pris de mauvaises décisions (p. ex. cacher les cadavres, se précipiter sur les conducteurs des ambulances ou au contraire fuir à leur arrivée). Au cours des premiers mois de l'épidémie d'Ebola, la confusion qui a caractérisé certaines des premières tentatives de mobilisation sociale a contribué à semer la peur dans les communautés, au lieu de les apaiser. Le contenu et le mode de diffusion des messages ont suscité plus de panique que de compréhension. Alors que les populations avaient besoin d'entendre parler de « tolérance », d'« accompagnement » et de « compassion », ce sont des mots tels que « quarantaine », « infection » et « isolement » qui prévalaient.

Parallèlement à la propagation des rumeurs attisant la suspicion, la crainte et la colère ont augmenté au sein de la population. Poussées par la peur, certains ont fui leur village au risque de propager la maladie. Il a été indiqué que les enfants et les familles touchés par Ebola étaient mis à l'écart par leur communauté. Les populations rejetaient aussi les messages de santé publique provenant de l'extérieur et la violence se reportait contre les agents de santé et les travailleurs humanitaires. Au cours des premiers mois de l'épidémie, les communautés reculées, désorientées et poussées par la peur, sont devenues réticentes ou complètement fermées aux interventions et aux conseils relatifs aux changements de comportement à adopter pour sauver leur vie.

Le premier réflexe de mise en quarantaine des districts et des villages s'est avéré contre-productif. L'absence de distribution quotidienne de nourriture ou de services aux ménages en quarantaine a suscité la panique et aggravé la défiance. Les villageois faisaient davantage confiance à leurs propres médecins tribaux traditionnels qui prescrivaient des remèdes peu efficaces contre la pandémie.

Au Libéria et en Guinée, les chefs traditionnels ont indiqué a posteriori que les premières initiatives de mobilisation sociale n'avaient été ni adaptées ni adaptables. Au Libéria, les chefs traditionnels ont expliqué que certains des premiers éléments de riposte avaient été perçus comme une menace envers des valeurs sociales profondément ancrées. Par exemple, la crémation a fait l'objet d'un fort rejet, car elle ne s'inscrivait pas dans les pratiques culturelles du pays. Lorsque les corps des défunts d'Ebola dans le comté de Montserrado (qui enregistrait un taux de létalité de 50 % des cas enregistrés) ont été incinérés, la peur de la crémation s'est répandue dans tout le pays.

[3] D'après le Center of the Developing Child de l'université d'Harvard aux États-Unis, le stress toxique désigne « l'activation prolongée du système de réaction au stress en l'absence d'une présence protectrice ». (Cette information a été transmise dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés.)
[4] http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/fr/
[5] www.who.int/mediacentre/news/ebola/26-september-2014/fr/
[6] http://francais.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/qa-mmwr-estimating-future-cases.html
[7] www.washingtonpost.com/sf/national/2014/10/04/how-ebola-sped-out-of-control/

CONFUSION ET PEUR

Au début du mois d'août 2014, à l'est de la ville de Sanniquellie au Libéria, un enfant suspecté d'avoir contracté Ebola a été emmené par la police jusqu'à une UTE située dans la capitale, à huit heures de trajet de sa ville d'origine. Restée à Sanniquellie sans réelles informations sur la situation, sa famille, à l'évidence bouleversée et effrayée, a manifesté devant le Bureau du comté du Ministère de la santé et menacé physiquement le personnel de santé en exigeant que leur enfant leur soit rendu.

En Sierra Leone, il est également arrivé que des enfants soient transportés d'un district vers un autre pour être gardés en observation pendant 21 jours dans un centre intérimaire d'observation et de soins (OICC) sans que leur famille puisse communiquer avec eux. Dans certains cas, des enfants ont aussi été transportés seuls en ambulance ou dans des véhicules de circonstance vers et depuis les UTE, sans que ni les enfants ni leurs proches sachent exactement où ils allaient ni quand ils reviendraient.

Les communautés ont en outre été forcées de déroger aux rituels traditionnels. Selon la politique « no-touch » (pas de contact), une personne malade devait rester à l'écart et personne ne pouvait la soigner, la laver ou répondre à ses besoins. La nourriture était placée à l'extérieur de la pièce et l'assiette devait être détruite après le repas. De telles pratiques allaient à l'encontre de la culture ancestrale. Le lavage du corps et la veillée funéraire étaient également interdits. Les proches des mourants qui se trouvaient dans les unités de traitement d'Ebola (UTE) ne savaient pas ce qu'il se passait ou ce qu'il allait advenir de la dépouille. Ils ne pouvaient pas non plus effectuer les rites funéraires. L'inhumation était accomplie par des équipes d'inconnus rendus encore plus impersonnels par leur équipement de protection individuelle (EPI).

Les survivants d'Ebola étaient accusés d'avoir introduit la maladie dans leur communauté, qui entretenait des rapports tendus et teintés de suspicion avec eux. Les survivants et leurs familles étaient montrés du doigt et discriminés.

En plus de causer de la peur, de l'hostilité et de la défiance envers le gouvernement et l'aide extérieure, ces mesures et tentatives ont considérablement freiné la maîtrise de l'épidémie. Le 16 août 2014, dans un quartier insalubre de Monrovia, plusieurs centaines de personnes ont ouvert les portes et fait sortir les patients d'un centre d'isolement temporaire des cas suspects d'infection par le virus Ebola, tout en chantant « No Ebola in West Point » (Pas d'Ebola dans le quartier de West Point). Dans la foule, de nombreuses personnes affirmaient que l'épidémie d'Ebola était une fausse rumeur[8].

En septembre 2014, dans une ville proche de Conakry en Guinée, deux bénévoles de la Croix-Rouge ont été battus alors qu'ils essayaient de procéder à une inhumation sans risque. (En Guinée, les équipes de la Croix-Rouge ont été attaquées en moyenne dix fois par mois en 2014.[9]) Au cours du même mois, les corps de huit travailleurs humanitaires et journalistes ont été retrouvés sans vie dans la fosse septique d'un village ; trois d'entre eux avaient eu la gorge tranchée. Le niveau de dangerosité des conditions de travail des agents de santé empirait lorsque les locaux accusaient les médecins de transmettre le virus. Les grandes organisations d'aide humanitaire avaient fait savoir que les attaques violentes à l'encontre de leurs travailleurs pourraient les obliger à interrompre leur intervention.

UN REVIREMENT DE SITUATION INATTENDU

Certaines personnes déclarent parfois que la riposte a contribué à la propagation d'Ebola. Les premières communications ont créé une dynamique descendante : les messages - « Ebola tue » - et leur mode de diffusion ont créé un sentiment de crainte. Toutefois, au fil du temps, les communications et les approches prescriptives initiales se sont ouvertes au dialogue avec les responsables communautaires, ce qui a facilité la mobilisation communautaire.

> *« En raison de la diversité des communautés qui composent la région, l'application généralisée d'une même approche de communication à sens unique au lieu d'une approche centrée sur la communauté bénéficiaire est vouée à l'échec. [10]»*

Bien entendu, l'amélioration de la situation peut s'expliquer par de nombreuses raisons, y compris tout simplement le cycle de vie naturel du virus.

[8] pbs.org/newshour/rundown/raid-ebola-clinic-sparks-new-fears-infection-patients-flee/
[9] www.reuters.com/article/us-health-ebola-guinea-idUSKBN0LG-1GO20150212
[10] www.msf.org/en/article/ebola-crisis-update-17-july-2015

Les facteurs de l'enrayement de l'épidémie seront étudiés et débattus pendant encore un certain temps. (Il a notamment été démontré que lorsque les établissements de soins étaient installés au plus proche des populations, celles-ci croyaient davantage à l'efficacité du système de prise en charge et à la possibilité de guérison à Ebola.) Toutefois, d'une manière générale, les sentiments de colère et de rejet des communautés ont progressivement fait place à l'engagement communautaire : après avoir repris confiance, les populations ont commencé à participer à l'élaboration de la solution.

Afin d'établir la confiance avec les communautés et de tirer les leçons des erreurs passées, de plus en plus de travailleurs sociaux et d'agents de mobilisation sociale ont travaillé avec les agents de santé qui dirigeaient la riposte. L'approche en la matière est devenue moins prescriptive et distante et plus chaleureuse et humaine. La communication à sens unique a disparu lorsque les travailleurs sociaux ont approché les familles pour les écouter et dépasser la confusion pour comprendre la réalité de leur vécu :

> *« Je dois nourrir mes enfants. J'ai besoin de soins. »*

Même lorsqu'il leur était impossible d'apporter des solutions, les travailleurs sociaux ont pris le temps d'écouter les peurs et les besoins fondamentaux des familles vulnérables et souvent endeuillées. En coopérant avec d'autres prestataires de services, ils ont aussi pu proposer des solutions appropriées. Malgré des différences selon les zones et les pays, le nombre d'infections et de décès a commencé à diminuer d'une manière globale. Les communautés avaient demandé que chaque intervention soit adaptée en fonction de la situation locale. Parallèlement, elles devaient adopter elles-mêmes le changement, qui reposait finalement sur la modification des comportements individuels. Autrement dit, le déclin d'Ebola serait attribuable à la riposte communautaire collective, elle-même fondée sur le changement des comportements individuels.

Le 26 mars 2016, deux ans et demi après l'identification du premier cas d'infection à Ebola dans un village de Guinée, l'urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée terminée par l'OMS. La fin de la transmission de la maladie a été déclarée en Guinée le 1er juin 2016 et au Libéria le 9 juin 2016. Selon le bilan officiel, au total, 28 616 cas confirmés, probables et suspects ont été enregistrés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, dont 11 310 décès.

Une mère avec son enfant dans un marché de la ville de Nzérékoré, Guinée.

© UNICEF/UNI183219/Bindra

CHAPITRE DEUX

Les enfants et le secteur de la protection de l'enfance dans la riposte à Ebola

I. LES ENFANTS ET LE SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Dans le chaos des premiers mois de l'épidémie d'Ebola, les mesures de contrôle ont négligé l'impact qu'elle avait ou pouvait avoir sur les enfants, mais aussi, inversement, l'influence que les enfants pouvaient avoir sur l'évolution de la situation. Lors de la survenue de l'épidémie, le secteur de la santé a été le principal acteur de la riposte. Le secteur de la mobilisation sociale (aussi connu sous le nom de « communication pour le développement » ou le sigle C4D) est ensuite intervenu pour travailler sur les vecteurs pouvant influer sur l'épidémie et le changement des comportements. Enfin, le secteur de la protection de l'enfance a été appelé en renfort lorsqu'il est clairement apparu que la séparation des familles menaçait sérieusement la prise en charge des enfants.

Bien que les stratégies initiales de l'OMS et de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre Ebola (MINUAUCE) faisaient spécifiquement état de la nécessité d'assurer la continuité des services sociaux essentiels pour veiller au respect et à la protection des besoins et des droits des enfants pendant l'épidémie d'Ebola, les participants à l'évaluation des enseignements tirés ont eu l'impression que le secteur de la protection de l'enfance n'avait pas été placé au premier plan par l'UNICEF. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance a largement contribué à l'approche globale des Nations Unies en matière de lutte contre Ebola, mais celle-ci s'est principalement axée sur les mesures de confinement, au moins durant les premiers mois.

[11] 3 November 2014 UN News Centre www.un.org/apps/news/story.asp?NewsId=49239#.Vx9TMGM4PzI

« LES ENFANTS SONT CERNÉS PAR LA MORT » [11]

Communiqué du Centre d'actualités de l'ONU, 3 novembre 2014
Lors d'un entretien au siège des Nations Unies, le Dr Peter Salama, coordinateur mondial de l'intervention d'urgence contre Ebola auprès de l'UNICEF, a déclaré aux journalistes que l'organisation allait doubler son personnel, de 300 à 600 personnes, dans les trois pays les plus touchés, à savoir la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone où les enfants représentent un cinquième des cas d'Ebola.

Le Dr Salama a précisé que, selon les estimations, l'épidémie avait touché 5 millions d'enfants et fait environ 4 000 orphelins.

D'après ses propos, l'épidémie est *« terrifiante »* pour des millions d'enfants *« cernés par la mort »* dans les trois pays les plus touchés par l'épidémie.

« Les écoles sont fermées, les enfants doivent rester à leur domicile et il est déconseillé de les laisser jouer avec leurs camarades », a-t-il expliqué.

D'après le Dr Salama, en plus des nombreux orphelins, *« bien d'autres enfants sont envoyés vers des centres de quarantaine à des fins de protection, sans savoir si leurs parents ont survécu »*.

Le coordinateur mondial de l'intervention contre Ebola a expliqué que l'UNICEF mobilisait les survivants de la maladie à virus Ebola, car ceux-ci sont souvent volontaires pour intervenir en première ligne de la riposte communautaire à la maladie, aux côtés des agents de santé des centres de soins locaux.

Kenema, Sierra Leone - Une survivante d'Ebola joue dans la cour de son école. (4 juillet 2016)

© UNICEF/Jonathan Torgovnik/Verbatim Photo Agency

C'est vers la fin de l'année 2014 que le secteur de la protection de l'enfance a commencé à être reconnu comme une composante majeure de la riposte mondiale à Ebola. En novembre 2014, à Freetown en Sierra Leone, une réunion a rassemblé les gouvernements, les partenaires des Nations Unies et les ONG des trois pays touchés, ainsi que des représentants des ONG internationales et du siège et des bureaux régionaux de l'UNICEF, pour réexaminer la composante de protection de l'enfance de la riposte à Ebola à la lumière de l'expérience acquise. Au cours du même mois, l'UNICEF a préparé une note d'orientation programmatique promouvant l'approche communautaire. Cette note insistait sur la nécessité de rendre prioritaires et d'élargir les principaux domaines du programme pouvant influer sur l'évolution de l'épidémie : (a) la mobilisation sociale/l'engagement communautaire, (b) le déploiement des centres de soins communautaires (avec le soutien des programmes de santé, de nutrition et EHA) et (c) *les points de convergence entre les soins et la protection des enfants.*

Entre la réunion de Freetown et mars 2015, le vaste cadre régional de protection de l'enfance a été transformé en stratégies de soutien nationales claires et ciblées spécifiant les responsabilités relatives aux enfants touchés par Ebola.

En juin 2015, le cadre du Plan d'action humanitaire (PAH) a inclus le secteur de la protection de l'enfance, devant assurer « le soutien psychosocial, la recherche et la réunification des familles et la protection de remplacement pour les enfants séparés et non accompagnés », parmi les 11 secteurs prioritaires de l'UNICEF[12]. Les 10 autres secteurs prioritaires étaient les suivants :

- la mobilisation sociale ou communication pour le développement ;
- la prise en charge axée sur les soins communautaires et la prévention et le contrôle de l'infection ;
- la mise à disposition des équipements de protection individuelle (EPI) et des autres fournitures nécessaires pour la riposte à Ebola ;
- l'accès aux principaux médicaments, services de santé et fournitures médicales ;
- l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- l'accès à une eau salubre et aux installations de lavage des mains ;
- la continuité de l'éducation à travers des approches d'apprentissage innovantes ;
- l'approvisionnement en produits non alimentaires ;
- la continuité de la prévention et des services de traitement du VIH ;
- les activités de préparation et de prévention d'Ebola.

[12] MDE, UNICEF, 2014

Premières évaluations du secteur de la protection de l'enfance

Les évaluations menées par le secteur de la protection de l'enfance au cours des premières phases de l'épidémie d'Ebola au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée ont démontré la nécessité d'élaborer un programme de riposte axé sur la protection de l'enfance. En juillet 2014, une évaluation réalisée en Guinée a conclu qu'au moins 5 200 enfants, dont 1 458 orphelins, étaient directement affectés par Ebola, et qu'environ 136 900 enfants vivaient dans des communautés touchées par Ebola. Les vulnérabilités liées à Ebola comprenaient notamment la séparation des familles, la stigmatisation et la mise à l'écart, l'augmentation du travail des enfants et de la négligence, la déscolarisation et l'appauvrissement. D'après l'évaluation, 70 % des enfants âgés de 10 à 14 ans avaient peur de contracter la maladie, de mourir, de subir un déplacement forcé et/ou de perdre leurs parents. Ces enfants présentaient des symptômes d'anxiété, de repli sur soi, de tristesse et de perte de confiance en soi.

En août 2014, une évaluation menée en Sierra Leone (dans les districts de Kenema et Kailahun) a révélé une augmentation du nombre d'enfants séparés de leur famille[13]. Les témoignages recueillis auprès de la population indiquaient que le travail des enfants était en hausse. Ils évoquaient aussi des relations familiales et communautaires tendues et une augmentation de la mise en péril des revenus des ménages. Les familles et communautés ne recevaient pas les informations sur Ebola, les prestataires de service avaient une compréhension limitée des mesures de lutte contre l'infection et les enfants manquaient d'une manière générale de produits de base (p. ex. literie, vêtements et nourriture). La fermeture des établissements scolaires et sanitaires se profilait.

En août 2014 également, une évaluation effectuée au Libéria a décrit la fermeture des écoles et des établissements sanitaires, l'augmentation du nombre d'enfants devenus orphelins suite aux décès de leurs parents et des personnes les ayant en charge, et le très fort impact d'Ebola sur les droits des enfants à recevoir des soins et une protection[14]. Les statistiques indiquaient alors que les enfants représentaient 15 % des cas confirmés d'infection à Ebola. En raison de la saturation des services de santé, près d'un million d'enfants ne recevaient plus leurs vaccins et 26 300 enfants souffrant de malnutrition n'étaient pas adéquatement pris en charge. Environ un million d'enfants étaient menacés par le ralentissement des services EHA.

[13] Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance de Sierra Leone, UNICEF, 2015
[14] UNICEF, 2014
[15] Les ICC existaient déjà en Sierra Leone avant la survenue de l'épidémie de l'Ebola. Ces centres apportaient des soins aux enfants séparés et non accompagnés ainsi que des services de recherche des familles dans tout le pays.
[16] En Sierra Leone, des OICC ont été créés pour prendre soin des enfants séparés et non accompagnés ayant été en contact avec des personnes infectées et devant être placés en observation pendant 21 jours.

TABLEAU 2 : NOMBRES DE CENTRES DE SOINS ET DE BÉNÉFICIAIRES, PAR PAYS, EN DÉCEMBRE 2014

	Guinée	Libéria	Sierra Leone
Nombre de centres de transit	2	3	-
Nombre de centres intérimaires de soins (ICC)	1	1	15[15]
Nombre de centres intérimaires d'observation et de soins (OICC)[16]	-	-	13
Nombre d'enfants ayant reçu un soutien psychosocial	9 353	3 750	4 921
Nombre d'enfants ayant reçu une aide sur la recherche et la réunification des familles	1 621	-	14 766

Source : rapports de situation de l'UNICEF de décembre 2014 et janvier 2015

II. L'ELABORATION DU PROGRAMME DE RIPOSTE DU SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Deux grandes étapes ont jalonné la préparation du programme de riposte à Ebola du secteur de la protection de l'enfance : la réunion transfrontalière organisée à la fin de l'année 2014 et l'élaboration du *paquet minimum de services* qui a suivi cette réunion.

La réunion transfrontalière de Freetown

En novembre 2014, les principaux organismes et acteurs de la protection de l'enfance au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée se sont réunis à Freetown, la capitale de la Sierra Leone. Cette réunion transfrontalière, organisée pour coordonner la riposte de toutes les organisations en appui aux gouvernements concernés, a constitué une première étape décisive. Les ministères d'exécutions compétentes, les ONG concernées et les équipes de protection de l'enfance de l'UNICEF de chaque pays se sont réunis pour compiler les dernières informations et analyses afin de former un cadre de développement de la stratégie de protection de l'enfance. Le directeur adjoint de l'UNICEF chargé de la protection de l'enfance au siège de l'organisation était aussi présent, ainsi que le personnel du Bureau régional et les coordonnateurs et de la gestion de l'information du Groupe de travail sur la protection de l'enfance basé à Genève.

Immédiatement après la réunion de Freetown, le cadre de protection de l'enfance face à Ebola a été créé, avec notamment un plan d'action pour chacun des trois pays touchés et des indications sur le soutien qui serait apporté par le bureau régional et le siège aux bureaux de pays. Ce cadre devait servir de base pour la mise en œuvre d'actions programmatiques ciblées sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) et sur les soins et la protection à apporter aux enfants ayant perdu leurs parents ou les personnes les ayant en charge à cause d'Ebola. Il précisait aussi les besoins d'effectifs supplémentaires, notamment pour la mise en œuvre des interventions de SMSPS, le renforcement des systèmes de soins familiaux et de remplacement, la coordination et la gestion de l'information. Le déblocage des fonds à destination des initiatives de protection de l'enfance a permis de renforcer les équipes.

À la fin du mois de décembre 2014, conformément aux priorités établies lors de la réunion de Freetown le mois précédent, les programmes de protection de l'enfance enregistraient des progrès significatifs. Le tableau 2 ci-dessous montre le nombre et le type de centres de soins créés dans chaque pays touché par Ebola ainsi que le nombre de bénéficiaires des services de soutien psychosocial (SPS) et de recherche et réunification des familles (FTR).

Une enfant de 10 ans dont les parents ont été emportés par Ebola assiste à un cours dans une école primaire de Waterloo, Freetown, Sierra Leone. (23 février 2016)

© UNICEF/UN011612/Holt

TABLEAU 3 : NOMBRE D'ORPHELINS ENREGISTRÉS ET AYANT REÇU UN SOUTIEN, PAR PAYS, DÉCEMBRE 2015

	Guinée	Libéria	Sierra Leone
Orphelins enregistrés (enfants ayant perdu un parent, leurs deux parents ou des personnes les ayant en charge)	6 220	7 858	8 624
Orphelins ayant reçu *l'ensemble minimal de services*	6 001	5 401	2 496

Il faut noter ici que le tableau ne contient pas de catégorie pour les « enfants survivants ». La catégorie étudiée est celle des « orphelins ».

Le paquet minimum de services de services

En s'appuyant sur le cadre programmatique défini lors de la réunion de Freetown et sur l'augmentation du financement faisant suite à l'amélioration de la visibilité et de la communication sur les orphelins d'Ebola, l'UNICEF a travaillé dans les trois pays pour développer un *paquet minimum de services* à fournir aux enfants touchés par Ebola. Le *paquet minimum de services* a été terminé en janvier 2015 au Libéria, en février 2015 en Guinée et en mars 2015 en Sierra Leone. Cette méthode était la plus directe et la plus claire pour indiquer qui étaient les bénéficiaires du programme de protection de l'enfance, *quelles* interventions devaient être mises en place pour les aider et *comment* le suivi allait être effectué. Bien que certains agents de protection de l'enfance aient exprimé leur préoccupation sur une certaine « réduction » et simplification du programme de protection de l'enfance, *l'ensemble minimal de services* a permis de clarifier les responsabilités et les livrables du programme de protection de l'enfance et de soutenir la stratégie de protection de l'enfance dans les trois pays touchés par Ebola. Le soutien a été organisé différemment dans chaque pays.

La stratégie de protection de l'enfance a ciblé quatre catégories d'enfants, tout en précisant que la situation d'un enfant pouvait passer d'une catégorie à l'autre ou recouvrir plusieurs catégories.

1. Les enfants ayant perdu un parent, leurs deux parents ou leurs principaux tuteurs à cause d'Ebola.
2. Les enfants survivants d'Ebola.
3. Les enfants en situation de quarantaine (à domicile, au sein de la communauté ou en centre de soins).
4. Les enfants vivant dans des communautés lourdement touchées par Ebola.

Voici une description générale du *paquet minimum de services* pour le secteur de la protection de l'enfance.

1. Pour **les enfants ayant perdu un parent, leurs deux parents ou leurs principaux tuteurs à cause d'Ebola et les enfants survivants d'Ebola** (soit les catégories 1 et 2 ci-dessus), l'approche de prise en charge devait comprendre :
   - un enregistrement et une évaluation ;
   - une démarche de recherche et de réunification des familles ou la mise en place d'une protection de remplacement (pour les enfants placés en OICC, ICC et CT) ;
   - un don en espèces ;
   - un suivi et une orientation vers les services compétents (si nécessaire) chaque mois pendant six mois ;
   - une distribution de produits non alimentaires et une mise en relation avec le PAM et les autres organismes assurant la distribution alimentaire ;
   - une aide pour la reprise de la scolarisation et des kits scolaires ;
   - une aide pour obtenir des services médicaux ;
   - un soutien psychosocial (par des travailleurs sociaux pour le suivi ou au moyen d'une orientation vers les services compétents, si nécessaire).
2. Pour **les enfants dont la période de quarantaine est effectuée au sein de la communauté :** (Les enfants placés en centre de soins pour la période de quarantaine ont été pris en charge conformément aux normes minimales définies pour ces centres. Voir les stratégies clés décrites plus loin.)
   - des visites quotidiennes à domicile et une aide pour la mise en œuvre des approches de SMSPS et des interventions incluant les premiers secours psychologiques (PSP) ;

- une coordination avec les autres organismes pour assurer la distribution des produits de base ;

- une démarche de FTR à l'approche de la sortie de l'OICC/ICC. Les enfants dont la période de quarantaine se déroulait dans les OICC/ICC et au sein de leur communauté étaient enregistrés de façon à pouvoir bénéficier au besoin d'un suivi et d'une orientation vers les services compétents, pendant six mois.

3. Pour **les enfants vivant dans des communautés lourdement touchées par Ebola**, les activités devaient comprendre :

   - un soutien psychosocial pour les enfants, y compris à travers l'organisation d'activités dans les structures associatives, sportives et récréatives destinées aux enfants et par le biais des enseignants formés aux premiers secours psychologiques ;

   - l'établissement de comités de protection de l'enfance et de conseils villageois de protection de l'enfance, et le soutien des structures de ce type déjà en place ;

   - un soutien psychosocial pour les adultes de la communauté, y compris des séances d'apaisement communautaire, des cérémonies, des événements rassemblant la communauté et des conseils d'éducation parentale ;

   - des trousses familiales pour les familles vulnérables.

Parallèlement à la préparation de la stratégie générale de protection de l'enfance, les partenaires se sont mis d'accord sur les principales interventions à mettre en œuvre pour obtenir des résultats. (Les résultats attendus des principales interventions programmatiques sont décrits plus loin dans ce rapport.)

1. Donner **la priorité aux soins et au soutien des enfants assurés par les familles et les communautés** à travers la prise en charge directe des enfants et familles les plus à risque, les démarches de recherche et réunification des familles (FTR), les activités communautaires de santé mentale et de soutien psychosocial, l'établissement de structures de santé communautaires d'aide à l'enfance telles que les comités de protection de l'enfance (760 au Libéria) et les Conseils villageois de protection de l'enfance (836 en Guinée) et le soutien de ces structures et des bénévoles de la communauté.

2. Établir **des centres de soins ou trouver des familles d'accueil réservées en faveur des enfants** qui ont été en contact avec des membres infectés de leur famille et ne peuvent être pris en charge par leur famille ou leur communauté pendant la période de quarantaine de 21 jours. Les enfants ne pouvant retrouver leur famille après la période de quarantaine, ainsi que les enfants ayant été séparés de leur famille ou des personnes les ayant en charge, mais ne pouvant pas rentrer chez eux pour d'autres raisons qu'une exposition au virus, étaient placés en centre d'accueil à long terme en attendant la mise en place d'une démarche de recherche et réunification des familles ou d'une protection de remplacement durable.

3. **S'appuyer sur les infrastructures et capacités publiques existantes**, par exemple, en recrutant et en formant de nouveaux travailleurs sociaux et cliniciens en santé mentale, en établissant un système de soutien pour les travailleurs sociaux au niveau du district, du comté et de la préfecture, avec le soutien de l'UNICEF et des responsables de terrain partenaires pour la durée de l'épidémie, et en décentralisant au niveau du comté et du district le soutien matériel apporté aux travailleurs sociaux.

4. Favoriser **la coordination au niveau national et infranational et créer/renforcer un système de données** au sein du régime de protection sociale.

5. Élaborer **des procédures opérationnelles permanentes (POP), des directives techniques et des stratégies de programmes** recouvrant les interventions principales.

6. Distribuer des kits et des dons en espèces (kits de FTR, kits de sortie, kits scolaires, kits de réintégration, kits familiaux et kits d'hygiène) dans le cadre des interventions présentées ci-dessus.

L'UNICEF a atteint les cibles des indicateurs et la plupart des cibles du PAH dans le soutien apporté aux orphelins d'Ebola et le soutien psychosocial offert aux enfants. Le tableau 3 indique le nombre d'orphelins enregistrés ayant reçu l'ensemble minimal de services, par pays, à la fin du mois de décembre 2015.

CHAPITRE TROIS

Interventions principales du secteur de la protection de l'enfance dans la riposte à Ebola

La riposte à Ebola incluait deux grandes composantes du programme de protection de l'enfance : 1. la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) et 2. les soins dispensés par les centres, les familles et les communautés. En fournissant un récit détaillé de l'évolution de ces interventions clés, le présent chapitre fournit des informations qui pourront être utiles pour les épidémies futures.

I. SANTE MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

L'expression composite « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS) décrit tout type de soutien endogène et exogène visant à protéger ou promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental[17].

La détresse psychosociale ressentie au commencement des situations d'urgence nécessite la mise en place de soins et d'un soutien, notamment par des professionnels formés. C'est pourquoi l'UNICEF accorde une grande importance à la santé mentale et au soutien psychosocial en tant que domaine d'intervention, particulièrement dans les situations d'urgence. L'UNICEF assure souvent la coordination de ces interventions avec les autres organisations internationales et du système des Nations Unies[18].

La manière dont l'aide est administrée dans les situations d'urgence a des impacts psychosociaux qui peuvent aider les personnes affectées, mais aussi leur nuire. L'action humanitaire est renforcée si, le plus tôt possible et au moment opportun, les personnes affectées sont activement impliquées dans la direction et la mise en œuvre de la réponse à la catastrophe. L'aide doit être fournie d'une manière compatissante qui favorise la dignité, facilite l'auto-efficacité par le biais d'une participation significative, respecte l'importance des pratiques religieuses et culturelles, et renforce la capacité des individus de la communauté à soutenir leurs enfants, familles et voisins[19].

En 2007, l'UNICEF a approuvé les *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. À ce titre, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance travaille avec ses partenaires des secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection et de la gestion des camps pour élaborer des stratégies et des politiques, corriger les lacunes dans les services et aider les travailleurs humanitaires à mieux comprendre comment faire pour soutenir efficacement les populations en période de crise, tout en améliorant leur bien-être, leur dignité et leur résilience .

Les Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence préconisent un système pyramidal constitué des étages suivants : fournir les services de base ; établir ou rétablir des dispositifs de soutien et réseaux communautaires et sociaux ; fournir des services ciblés non spécialisés aux enfants, femmes et hommes particulièrement vulnérables ; et fournir des services spécialisés à un petit pourcentage de la population gravement touché par l'urgence.

Une femme et un enfant dans une zone sécurisée réservée aux patients dont l'infection par le virus Ebola a été confirmée, dans un centre de traitement dirigé par Médecins Sans Frontières, à Monrovia, Libéria. (29 août 2014)

© UNICEF/UNI172228/Kesner

[17] Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf
[18] http://unicefinemergencies.com/downloads/eresource/mhpss.html
[19] Directives du CPI, https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/1304936862-UNICEF-Advocacy-april29-french-.pdf

La santé mentale et le soutien psychosocial par l'UNICEF

D'une manière générale, l'UNICEF applique quatre grandes stratégies pour protéger et promouvoir le bien-être social et psychologique des enfants dans les situations d'urgence :

1. **Organiser des activités psychosociales pour les enfants.** Ce premier volet consiste à organiser des activités informelles stimulantes, adaptées à la culture et à l'âge des enfants et menées en toute sécurité : sports, loisirs, activités ludiques et activités propices au développement des compétences pratiques des enfants et des mécanismes de résilience et d'adaptation.

2. **Aider les parents et les autres membres de la communauté à mieux soutenir les enfants.** Ce deuxième volet consiste à transmettre des messages clés sur les soins à apporter aux enfants et à encourager les parents et les membres de la communauté (p. ex. acteurs religieux, groupes de jeunes et réseaux de femmes) à dialoguer sur les meilleures méthodes de soutenir les enfants.

3. **S'assurer que les enfants et les familles souffrant de graves troubles psychologiques ou sociaux sont pris en charge par des professionnels.** Certains enfants et certaines familles vivent des difficultés que le réseau de soutien social ne peut résoudre seul. Ces problèmes incluent notamment les troubles de comportement modérés des enfants, les conflits et/ou comportements violents au sein de la famille, la dépression parentale, l'angoisse, la toxicomanie et l'alcoolisme et les troubles mentaux graves tels que le stress post-traumatique et la schizophrénie. L'UNICEF oriente ces personnes vers des prestataires de soins spécialisés.

4. **Coordonner les interventions de SMSPS.** L'UNICEF assure la coordination des interventions de SMSPS, entre elles et avec les programmes humanitaires, en coopérant étroitement avec ses partenaires des secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection et de la gestion des camps.

Les interventions de SMSPS lors de l'épidémie d'Ebola

En Afrique de l'Ouest, l'épidémie d'Ebola a été aggravée par l'influence exercée par la peur sur la capacité à surmonter la difficulté et à prendre des décisions saines. Sous l'effet de la peur, certaines personnes ont ainsi choisi d'attendre plutôt que de se faire soigner. D'autres ont omis de signaler le décès d'un proche, empêchant ainsi une inhumation sans danger. En raison de la nature de l'épidémie, une action d'urgence globale était absolument nécessaire.

La composante de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) déployée dans le cadre de la riposte du secteur de la protection de l'enfance à l'épidémie d'Ebola fut probablement la plus grande initiative de SMSPS jamais mise en œuvre. Les interventions de SMSPS commencées en septembre 2014 ont pris de l'ampleur au cours de l'année 2015. En Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, plus de 250 000 personnes ont bénéficié d'interventions de soutien psychosocial au cours d'une période exceptionnellement longue de 18 mois.

Habituellement, les interventions de SMSPS ont lieu dans un espace où les participants peuvent s'asseoir ensemble, circuler librement et discuter en toute tranquillité. Dans les UTE et les zones de quarantaine, les barrières servant à protéger les tuteurs et les prestataires de services ne permettaient pas de mener les interventions de SMSPS dans une ambiance aussi favorable. Il a fallu redoubler de créativité pour aider efficacement les personnes touchées par Ebola, à qui il a également été demandé de s'adapter à des modèles de soins inhabituels. Les accompagnants habituellement sollicités dans les situations d'urgence, tels que les parents, ne pouvaient pénétrer dans les UTE ou les zones de quarantaine.

Malgré ces conditions difficiles, les travailleurs sociaux et d'autres intervenants de première ligne (enseignants, agents de santé, agents de mobilisation sociale) ont utilisé les techniques de SMSPS pour aider les personnes et les groupes communautaires à appréhender et supporter la situation, à comprendre leurs propres réactions et à reconsidérer leur interprétation des messages portant sur la prévention et les rapports sociaux. En prenant le temps d'écouter les populations plutôt que de leur dire comment elles devaient se comporter, les travailleurs sociaux ont favorisé un véritable changement au niveau de l'engagement communautaire.

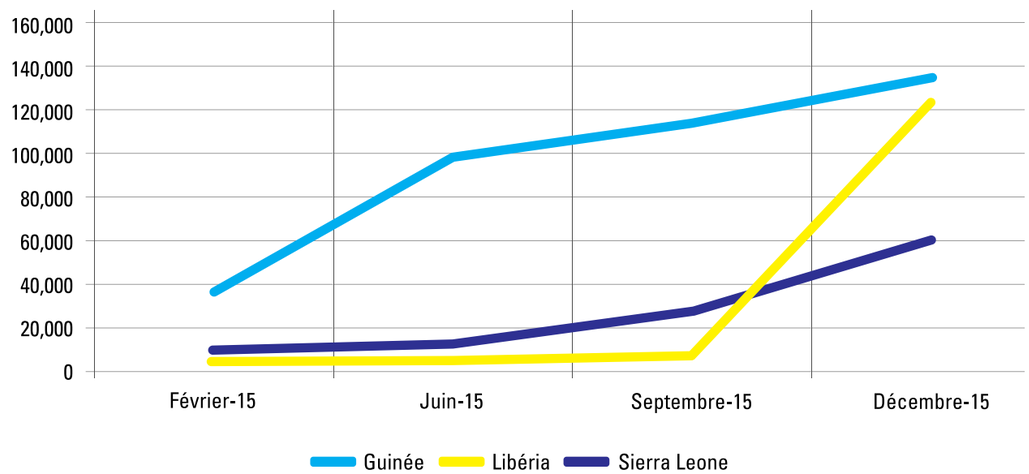
Pour mettre en œuvre les interventions de SMSPS incluant un soutien au niveau communautaire et des soins psychologiques au niveau individuel, l'UNICEF a coopéré avec d'autres partenaires du secteur de la protection de l'enfance, sans perdre de vue sa mission consistant à fournir aux gouvernements un soutien financier et technique pour élaborer des directives et des politiques venant appuyer l'objectif de développement de normes et de standards. Constatant le rôle clé joué par les travailleurs sociaux en première ligne, l'UNICEF a aidé les gouvernements concernés à renforcer leurs rangs en formant un grand nombre de nouvelles recrues à intervenir sur le terrain.

TABLEAU 4 : NOMBRE CUMULÉ D'ENFANTS AYANT REÇU UN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AU LIBÉRIA, EN SIERRA LEONE ET EN GUINÉE, DE FÉVRIER À DÉCEMBRE 2015

	Février 2015	Juin 2015	Septembre 2015	Décembre 2015
Guinée	36,190	97,318	112,288	134,346
Libéria	3,707	4,572	7,069	122,213
Sierra Leone	9,668	11,736	27,379	58,951

Source : Rapports de situation des bureaux de pays de l'UNICEF

GRAPHIQUE 1 : NOMBRE CUMULÉ D'ENFANTS AYANT REÇU UN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AU LIBÉRIA, EN SIERRA LEONE ET EN GUINÉE, DE FÉVRIER À DÉCEMBRE 2015



Source : Rapports de situation de l'UNICEF

Les interventions de SMSPS comprenaient notamment un accompagnement individuel et collectif, des entretiens en face-à-face suivant le principe de l'écoute bienveillante, un service de conseil dispensé par des non-professionnels, des soins médicaux spécialisés pour les troubles mentaux, des soins médicaux dispensés par des professionnels, des activités structurées et des activités culturelles. Des séances d'apaisement et d'autres activités de détente ont été organisées pour les personnes ayant souffert de la perte de proches à cause d'Ebola ou redoutant cette perspective. Lorsque le soutien mis en place par la communauté était insuffisant, les enfants pouvaient aussi être orientés vers les services compétents. Par exemple, en Guinée, des activités de groupe ludiques en petits groupes ont pu être organisées dans les villages pour les enfants. En Sierra Leone, des activités individuelles pour les enfants ont été mises en place dans les centres, notamment des ateliers de chant et des activités ludiques.

Au Libéria, en Guinée et en Sierra Leone, les premiers secours psychologiques (PSP) ont notamment été inclus dans l'approche de santé mentale et de soutien psychosocial. Dans les situations d'urgence, les individus et les familles ayant vécu un événement difficile ont pu bénéficier de cette intervention. Les agents mettant en œuvre les premiers secours psychologiques ont ainsi travaillé auprès des populations les plus touchées pour déterminer leurs besoins immédiats et les orienter vers les services d'aide compétents. La communication bienveillante et dénuée de jugement qui se trouve au cœur des PSP a eu un impact très positif dans une période marquée par la peur et le désespoir.

Au cours de l'épidémie d'Ebola, les interventions de SMSPS ont couvert un grand nombre de situations. Les services de SMSPS ciblaient les groupes suivants :

- Familles en période de quarantaine
- Enfants placés en centres de soins
- Enfants et adultes placés en UTE
- Communautés entières touchées par Ebola
- Groupes d'enfants dans un milieu communautaire
- Groupes d'adultes dans un milieu communautaire
- Membres de la famille d'une personne suspectée d'infection à Ebola
- Familles s'interrogeant sur la nécessité d'orienter l'un de leurs membres vers une UTE
- Familles d'une personne placée en UTE
- Personnes répertoriées dans la liste des personnes à contacter

De la fin de l'année 2014 à la moitié de l'année 2015, les bureaux de pays de l'UNICEF au Libéria et en Sierra Leone ont assuré un soutien psychosocial constant pour les enfants. En mars 2015, la Guinée a commencé à apporter un soutien psychosocial aux enfants touchés par Ebola, puis augmenté régulièrement le nombre de bénéficiaires jusqu'à atteindre plus de 130 000 enfants à la fin du mois de décembre 2015.

L'UNICEF a aussi largement assuré le soutien psychosocial des enfants dans ces trois pays. Plus de 320 000 enfants en bénéficiaient en décembre 2015 (plus d'un an après le pic de l'épidémie). L'augmentation des services de SMSPS au cours du dernier trimestre de l'année 2015 est fortement liée à la réouverture des écoles en septembre 2015. La croissance soudaine de la courbe correspond au retour des enseignants dans les salles de classe où ils ont pu mettre en application les techniques de SMSPS sur lesquelles ils avaient été formés.

Certains ont exprimé des inquiétudes sur l'objectif de *quantité* visé par les services de SMSPS (c'est-à-dire, le nombre de bénéficiaires), au détriment de leur qualité. Il est possible de s'interroger sur le bénéfice réellement tiré par les enfants lorsque les services cherchent à atteindre de nombreuses cibles au moyen d'une structure insuffisante. C'est un dilemme que de savoir s'il est préférable d'atteindre rapidement de nombreux enfants ou de fournir des services de grande *qualité* à un nombre réduit d'enfants.

Situation de chaque pays en matière de SMSPS

Guinée
Le bureau de l'UNICEF en Guinée a axé son travail sur les orphelins d'Ebola. Son travail a été organisé par les Conseils villageois de protection de l'enfance (CVPE) qui existaient déjà dans un grand nombre de villages touchés par l'épidémie. En octobre 2015, plus de 3 900 responsables communautaires provenant des 836 CVPE du pays ont reçu une formation sur la protection de l'enfance et les premiers secours psychologiques (PSP). En outre, 7 302 bénévoles ont aussi reçu une formation sur les PSP et sur l'organisation d'activités psychosociales destinées aux enfants dans le contexte d'Ebola. Lors de leur formation, les responsables communautaires ont appris à participer activement aux activités psychosociales quotidiennes pour les enfants, notamment les activités ludiques, sportives et musicales. Ils ont aussi reçu des indications sur les procédures à suivre en matière d'orientation des enfants particulièrement vulnérables vers les services compétents. À l'issue de la formation, les responsables communautaires pouvaient compter à tout moment sur les conseils et la supervision d'un réseau d'ONG partenaires.

Un docteur (à gauche) faisant partie d'une équipe de l'Organisation mondiale de la Santé, discute avec un chef de famille tout en réalisant une recherche des contacts, à Conakry, Guinée. (14 janvier 2015)

© UNICEF/UNI177678/UNMEER Marti

Certains villages faiblement touchés ne comptaient aucun orphelin d'Ebola. L'établissement d'un CVPE n'était alors pas systématique, d'autant plus vers la fin de la crise. En revanche, dans la mesure où le programme visait les zones les plus touchées, de nombreux CVPE ont été établis durant l'épidémie d'Ebola, notamment dans les préfectures concernées.

Sierra Leone
Le personnel du bureau de l'UNICEF en Sierra Leone a reçu une formation sur le soutien psychosocial (SPS). Les équipes des OICC ont appris à organiser des activités de soutien psychosocial pour les enfants devant rester dans la zone de contrôle de l'infection. Les agents chargés de la recherche des familles, de la mobilisation sociale et de la distribution alimentaire auprès des ménages en période de quarantaine ont reçu une formation sur les premiers secours psychologiques. Un soutien psychosocial a ainsi pu être apporté aux ménages en période de quarantaine par l'intermédiaire du personnel formé aux premiers secours psychologiques, notamment les travailleurs sociaux et les agents de mobilisation sociale et de recherche des familles travaillant pour l'État et les ONG.

Les équipes des guichets de protection des DERC ont largement pris le temps nécessaire pour aider les ménages à résoudre leurs difficultés, les informer et apaiser leurs craintes. Leur mission consistait à organiser des « séances de discussion bienveillante ». À leur sortie du centre de prise en charge, les survivants recevaient une aide psychologique et étaient accompagnés jusqu'à leur communauté. Des cérémonies de bienvenue étaient également organisées en collaboration avec les chefs religieux, les chefs locaux et les anciens.

Libéria
Au Libéria, les communautés des comtés lourdement touchés par Ebola ont bénéficié d'interventions de SMSPS assurées par des travailleurs sociaux, des cliniciens en santé mentale, des membres du personnel et des bénévoles d'ONG spécialisés dans le soutien psychosocial, notamment un important contingent de bénévoles de la Croix-Rouge libérienne et des jeunes bénévoles nationaux (Junior National Volunteers, membres des comités de paix) des comtés limitrophes. Tous les bénévoles ont reçu une formation sur les premiers secours psychologiques. En l'espace de trois semaines, l'UNICEF a formé 120 personnes (travailleurs sociaux, cliniciens en santé mentale et personnel des ONG) sur l'organisation d'activités ludiques favorisant la résilience des enfants et fondées sur des approches adaptées aux besoins des enfants et une écoute bienveillante.

Les ONG dispensant les services de SMSPS ont souvent appliqué leur propre stratégie pouvant inclure une écoute bienveillante ou l'organisation des discussions communautaires. Il convient de saluer le fait que la majorité des programmes se sont appuyés sur les structures et systèmes déjà en place et qu'ils ont aidé les ministères compétents à remplir leur rôle de direction et de gestion.

Le Ministère de la santé libérien a salué le modèle de dialogue d'apaisement communautaire qui consiste à réunir pendant huit semaines les principales parties prenantes autour de sujets choisis par la communauté. Des événements et des cérémonies communautaires ont aussi été organisés autour du thème de l'éducation parentale et, dans les limites du possible, du développement des moyens de subsistance pouvant renforcer la résilience des familles touchées. Des clubs d'enfants ont été créés pour organiser des activités récréatives et sportives ainsi que des séances de discussion bienveillante pour les enfants. Les survivants adultes ont notamment pu recevoir les premiers secours psychologiques. Un mécanisme d'orientation vers les services compétents a aussi été mis en place pour signaler les cas complexes aux travailleurs sociaux du Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale ou aux cliniciens en santé mentale du Ministère de la santé.

Les travailleurs sociaux

Bien que peu nombreux, les travailleurs sociaux ont joué un rôle essentiel dans la prestation des services de SMSPS et ont directement contribué au processus de contrôle de l'épidémie d'Ebola. Lorsqu'une personne suspectée d'infection à Ebola était emmenée dans une unité de traitement, sa famille prenait peur. Les travailleurs sociaux ont empêché que la panique se répande dans la communauté. En prenant le temps d'expliquer aux familles les tenants et les aboutissants des décisions sanitaires, ils apaisaient la peur et la méfiance d'une façon compatible avec les normes sociales et culturelles locales.

À la différence des agents de mobilisation sociale et de recherche des familles, les travailleurs sociaux ont des attributions multiples et se concentrent directement sur les besoins exprimés par les bénéficiaires, sans avoir à transmettre un message particulier. Dans le contexte d'Ebola, les travailleurs sociaux devaient approcher les familles et les communautés, faire le lien entre les agents de santé et les agents de mobilisation sociale, soutenir les familles et les enfants directement touchés par Ebola et assurer la protection des enfants. Tous ces rôles leur permettaient de contrôler et d'apaiser la méfiance, la peur et la stigmatisation.

Durant l'épidémie d'Ebola, la situation des travailleurs sociaux variait selon les pays. En Guinée, l'État ne

comptait aucun travailleur social au début de l'épidémie. L'UNICEF a assuré la riposte nationale en mandatant et en finançant des ONG pour la prise en charge des malades, jusqu'à pouvoir aider le gouvernement à recruter et déployer une équipe de travailleurs sociaux. En Sierra Leone, la riposte a été assurée par des travailleurs sociaux du gouvernement et des ONG. Au Libéria, l'équipe de travailleurs sociaux initialement mandatée par le gouvernement s'est ensuite élargie pour inclure les travailleurs sociaux des ONG dont les salaires étaient versés par l'UNICEF.

Dans les trois pays, l'orientation technique et l'approche sociale des travailleurs sociaux ont été extrêmement utiles. En aidant les individus et leurs familles à prendre les bonnes décisions sanitaires, les travailleurs sociaux dûment formés ont fait le lien entre les organisations humanitaires et les personnes, les familles et les communautés qui devaient prendre des initiatives, suivre des directives et adopter de nouveaux comportements pour enrayer l'épidémie.

Par exemple, en juillet 2015, dans le comté de Margibi au Libéria (qui totalisait 50 % des cas signalés d'infection à Ebola), une travailleuse sociale de l'équipe d'isolement et de traitement rapides des cas d'Ebola (RITE) orientait les familles devant signaler aux autorités un cas potentiel d'infection à Ebola. Cette travailleuse sociale aidait les familles à décider si les malades devaient être pris en charge par l'UTE ou dans leur famille. Elle coordonnait les rapports sociaux entre la famille et la communauté pour éviter tout risque de stigmatisation ou d'exclusion sociale.

Il convient toutefois de relever que la lutte contre Ebola a été freinée par les lacunes contextuelles préexistantes des systèmes de protection sociale et de l'enfance ainsi que par certaines faiblesses de la riposte de l'UNICEF. Avant l'épidémie d'Ebola, les travailleurs sociaux étaient très peu nombreux. Parmi les services publics, la protection sociale reste l'un des secteurs les moins représentés dans les budgets et les efforts de renforcement des capacités nationaux. Par conséquent, au début de l'épidémie d'Ebola, le Libéria comptait seulement 12 travailleurs sociaux sur l'ensemble de son territoire et aucune structure de soutien de niveau intermédiaire. L'administration de Sierra Leone comptait 90 travailleurs sociaux tandis qu'en Guinée aucun travailleur social ne travaillait pour le compte du gouvernement. Le système du suivi des travailleurs sociaux était également très limité. Peu d'ONG travaillaient dans le secteur de la protection de l'enfance et pouvaient fournir des services de travail social, même de faible ampleur.

L'approche visant à « reconstruire en mieux » adoptée par l'UNICEF consistait à reconstituer (ou constituer) des effectifs de travailleurs sociaux. Dans le cadre de la riposte du secteur de la protection de l'enfance, les gouvernements de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone ont reçu de l'aide pour accroître le nombre de travailleurs sociaux en en recrutant respectivement 120, 108 et 26 supplémentaires. Le système de suivi de niveau intermédiaire a également été renforcé avec le recrutement d'agents expérimentés au niveau des comtés/districts/préfectures, également soutenu par des ONG. La formation des nouveaux travailleurs sociaux s'est déroulée en quelques jours et dans des conditions d'urgence, mais le travail pratique effectué dans le cadre de la riposte à Ebola leur a conféré une expérience qui devrait leur permettre de renforcer leurs compétences en matière de travail social, à condition de recevoir le soutien nécessaire.

L'expérience acquise en matière de recrutement des travailleurs sociaux lors de la riposte à Ebola incite à la prudence sur la tendance des interventions humanitaires à concentrer des ressources limitées sur la constitution de nouvelles équipes pour les projets (agents de mobilisation sociale, agents de soutien psychosocial ou de recherche et réunification des familles, etc.). Cette approche freine souvent le développement d'un système de travail social efficace fondé sur les structures et services existants, quel que soit leur état. Les situations d'urgence peuvent souvent offrir une occasion idéale pour définir les bases de réformes plus durables. Il faut veiller à trouver le juste équilibre entre, d'une part, l'intervention des ONG et du personnel de projet - qui peuvent venir en renfort du personnel existant et accélérer la riposte - et, d'autre part, la mise en place d'un soutien mesuré et ciblé pour les travailleurs sociaux existants - de façon à appuyer les effectifs et les capacités de cette équipe limitée, pour définir les bases d'un système de protection sociale durable.

La formation en SMSPS

D'une manière générale, la composante de santé mentale et de soutien psychosocial du programme n'est devenue pleinement opérationnelle qu'après un certain temps nécessaire pour la planification et la formation des agents de SMSPS. Les trois bureaux de pays ont eu des difficultés à recruter des spécialistes de SMSPS suffisamment expérimentés. Les programmes de pays existants manquaient de capacités internes en matière de SMSPS. Dans les trois pays, les interventions de SMSPS ont nécessité de former des enseignants aux premiers secours psychologiques (la formation se poursuit dans certains cas). Dans les bureaux de pays de Guinée et de Sierra Leone, la formation des enseignants a été appuyée par le programme éducation qui s'est inspiré des supports souvent élaborés par la section de la protection de l'enfance. Dans les trois pays, le secteur de la protection de l'enfance a préparé un manuel de formation et les agents de protection de l'enfance ont organisé des formations en cascade, jusqu'au niveau de la communauté. Dans l'ensemble, peu d'agents de protection de l'enfance avaient reçu des informations ou une formation sur les Directives du CPI en matière de SMSPS. Beaucoup ne comprennent toujours pas clairement ce que signifie le concept de SMSPS, ni comment et pourquoi il faut l'appliquer dans un contexte d'urgence. Bon nombre des participants de l'évaluation des enseignements tirés ont indiqué que l'ambigüité, la confusion et les différences de perception de chaque activité avaient ralenti la mise en œuvre du programme de SMSPS. Les termes « santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) », « soutien psychosocial (SPS) » et « premiers secours psychologiques (PSP) » sont souvent employés à tort comme des synonymes.

En juin 2015, le bureau WCARO a organisé à Dakar une formation destinée au personnel des bureaux de pays. Les participants de cette formation assurée par un spécialiste de SMSPS, dont certains provenaient des pays touchés par Ebola, ont indiqué qu'elle leur avait été utile.

Manuels de formation

IASC Guidelines
Les Directives du Comité permanent inter-organisations concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence constituent un outil essentiel pour la mise en œuvre d'interventions de SMSPS dans les situations d'urgence. Ces directives ont pour but principal de permettre aux acteurs humanitaires et aux communautés de planifier, mettre en place et coordonner un ensemble de réponses multisectorielles minimales visant à protéger et à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial des populations victimes d'une situation d'urgence[21].

Les manuels de formation en Guinée

En septembre 2014, après avoir constaté que les capacités techniques en matière de SMSPS étaient limitées, le conseiller régional pour la protection de l'enfance auprès du WCARO a mandaté un spécialiste de la question pour soutenir les bureaux de pays. Ce soutien a été très précieux pour le programme de protection de l'enfance en Guinée. En octobre 2014, des principes directeurs ont été préparés en parallèle des premières formations. En février 2015, deux spécialistes de SMSPS ont été engagés pour soutenir l'application de ces recommandations pendant une période de six mois. Au cours de l'année 2015, le spécialiste régional de SMSPS s'est rendu plusieurs fois en Guinée pour apporter son aide dans l'élaboration de la stratégie nationale en matière de SMSPS ainsi que des supports de formation et des formations sur la question. Les quelques ONG ayant des capacités en matière de SMSPS en Guinée ont aussi apprécié les contributions du bureau régional de l'UNICEF. L'UNICEF a joué un rôle clé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de SMSPS en Guinée.

Les manuels de formation au Libéria

Au Libéria, le Plan national de riposte à Ebola comprenait un pilier spécifiquement consacré à la santé mentale et au soutien psychosocial, notamment en rapport avec les besoins des enfants. Initialement, ce pilier de riposte était axé sur les interventions de SMSPS dans les UTE, l'apport de services de SMSPS et des PSP pour le personnel de santé et l'établissement de systèmes d'orientation vers les services compétents. Le travail de l'UNICEF n'a pu prendre de l'ampleur qu'avec le recrutement d'un spécialiste de SMSPS en janvier 2015.

Au Libéria, l'épidémie d'Ebola a resserré les liens entre le secteur de SMSPS et celui de la protection de l'enfance. Les travailleurs sociaux et les cliniciens en santé mentale sont intervenus ensemble dans les communautés pour soutenir les enfants et leurs familles. Après avoir accompli l'évaluation de première ligne et appliqué les techniques élémentaires, les travailleurs sociaux faisaient appel aux cliniciens en santé mentale pour la prise en charge des cas les plus vulnérables.

Les manuels de formation en Sierra Leone

En Sierra Leone, plusieurs supports de formation ont été utilisés. Initialement, les organisations de terrain du secteur de la protection de l'enfance avaient peu de connaissances en matière de SMSPS. Il était difficile d'identifier clairement les responsables de la direction et de la coordination en matière de SMSPS et de nombreuses ONG utilisaient leurs propres manuels sans tenir compte des cadres nationaux. Le bureau régional de l'UNICEF est intervenu pour améliorer la situation et le spécialiste régional de SMSPS a été régulièrement envoyé dans le pays. En Sierra Leone, la stratégie nationale de SPS a été approuvée en avril 2015 et la coopération entre le Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance et les ONG participant à la riposte a pu se faire grâce à la conclusion d'un cadre de partenariat avec l'UNICEF.

Malheureusement, force est de constater que bon nombre des organisations et agents participant aux interventions de SMSPS gardent une compréhension limitée du concept de SMSPS et une faible connaissance des Directives du CPI en la matière. Le sens et l'approche du concept de SMSPS ne sont pas toujours bien compris et quelques agents se sont plaints que les approches utilisées par certaines organisations présentaient parfois un point de vue « occidental » ou étaient inadaptées sur le plan culturel. Il est arrivé que les approches axées sur la notion de traumatisme entraînent une prise en charge excessivement médicalisée alors que les capacités de soutien aux interventions spécialisées étaient limitées et inappropriées. Dans l'ensemble, c'est une riposte communautaire qui était nécessaire pour lutter contre Ebola.

[21] http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf

Aider des enfants de Guinée à retrouver la joie de vivre après une immense perte

Par Lianne Gutcher [22]

Un garçon avec ses frères et soeurs devant leur maison, à Conakry, Guinée. (25 novembre 2014)

© UNICEF/UNI179678/Nesbitt

Pour les enfants de Guinée dont un des parents, ou même parfois les deux, ont succombé au virus Ebola, jeux et activités de groupe offrent un moyen de se joindre à des enfants de leur âge et de retrouver un moment de bonheur.

KANKAN, Guinée, 2 novembre 2015 - L'excitation est à son comble dans le quartier de Dar-es-Salaam, à Kankan en Haute-Guinée, où des enfants s'amusent à jouer à pigeon vole, à la balle au chasseur et à sauter à la corde.

Assa Condé Bah, 4 ans, prend son tour, et quand elle a fini, les autres enfants l'acclament. Elle répond par un large sourire.

Il y a deux semaines, aucun autre enfant ne voulait jouer avec elle. Rescapée du virus Ebola, elle faisait peur et se retrouvait à l'écart des autres.

Cette stigmatisation n'est que trop commune et elle ne touche pas seulement les victimes du virus qui ont survécu, mais aussi les membres de leur famille.

Organiser des jeux et des activités récréatives pour des groupes d'enfants est un des moyens que l'UNICEF et ses ONG partenaires utilisent pour aider les enfants qui ont été touchés par l'épidémie à se réinsérer dans leur communauté.

À la mi-septembre, l'UNICEF avait identifié et enregistré 5 951 enfants dont un des parents, ou les deux, avaient succombé au virus Ebola. Parmi eux, on en compte 58 ici à Kankan et ils bénéficient maintenant d'un soutien psychologique.

Aujourd'hui par exemple, des enfants qui ont perdu leurs parents se mêlent à des enfants qui n'ont pas été aussi durement frappés. Outre qu'elles facilitent la réintégration sociale de ces enfants, ces sessions offrent un moyen aux bénévoles de la communauté de leur apporter le soutien psychosocial dont ils peuvent avoir besoin.

« Les sessions de jeu aident à éliminer toute forme de stigmatisation qui peut exister à l'encontre des enfants qui ont survécu à Ebola », explique Mamadou Gueladjo Barry, un travailleur social d'Enfance du Globe, une ONG partenaire de l'UNICEF.

[22] https://www.unicef.org/french/emergencies/ebola/75941_86027.html

« Ces enfants ont aussi perdu des parents, et certains ont perdu tout espoir. Nous les écoutons et nous leur parlons. »

La mère de Lancine Diallo, 11 ans, a été emportée par Ebola, et son père est maintenant seul à s'occuper de lui. Lancine est venu participer à ces sessions de jeu depuis qu'elles ont commencé début septembre. Il adore le sport et aime plus spécialement les jours où il peut jouer au football. Lancine dit qu'il n'a pas lui-même souffert de stigmatisation, mais qu'il a vu comment Assa avait été exclue des jeux à son arrivée au centre.

« Mais maintenant, ça va, dit-il. Tout le monde joue avec elle. À l'avenir, si je voyais des enfants exclure quelqu'un d'autre, j'irais leur expliquer pourquoi ce n'est pas juste. »

Ces sessions de jeu ont aussi eu un effet positif pour Lancine, estime M. Barry, car comme il l'explique sobrement, *« elles l'ont aidé à faire face à la mort de sa mère. »*

Garder les enfants intéressés

Ces sessions de jeu sont organisées à Dar-es-Salaam six jours par semaine, et le nombre d'enfants qui y viennent s'accroît quotidiennement. Pour que tout se passe de la meilleure manière possible, les enfants sont répartis en quatre groupes d'âge : 4-8 ans, 9-12 ans, 13-15 ans et 16-17 ans.

Les conseillers bénévoles qui organisent les sessions de jeu doivent faire appel à toutes leurs ressources de créativité pour maintenir l'intérêt des enfants en inventant chaque jour de nouveaux jeux. Ces conseillers sont choisis par les Conseils [villageois de] protection [de l'enfance] que l'UNICEF a aidé à mettre en place dans chaque hameau de Guinée où il y a des enfants qui ont perdu leur mère ou leur père ou leurs deux parents.

Bien qu'aucun cas d'infection par le virus Ebola n'ait été enregistré à Kankan depuis janvier, tous les enfants doivent se laver les mains par mesure de précaution et on prend leur température avant de les laisser se joindre aux jeux.

Soutien aux familles

Outre ce soutien psychosocial, les enfants dont un des parents, ou les deux, ont succombé au virus Ebola reçoivent d'autres formes d'aide grâce au financement apporté par des donateurs qui incluent le Département de l'aide humanitaire et de la protection civile de la Commission européenne (ECHO), le Bureau pour les secours d'urgence en cas de catastrophe à l'étranger des États-Unis (OFDA), ainsi que les gouvernements allemand et suédois et celui des Émirats arabes unis. Une fois enregistrées, les personnes qui s'occupent de ces orphelins peuvent obtenir un versement direct mensuel équivalent à 25 dollars des É.-U par enfant (pour un total maximum de 75 dollars) pour acheter nourriture, vêtements et autres articles de première nécessité. Des travailleurs sociaux passent à leur domicile pour s'assurer que la famille arrive à s'en sortir et que cet argent est dépensé de manière appropriée. Les enfants reçoivent aussi des fournitures scolaires comprenant un sac à dos et des stylos, une trousse d'hygiène qui contient des articles comme du dentifrice et du savon, et un colis familial composé de vêtements et de produits alimentaires : haricots, riz et huile.

En Guinée, des enfants, placés sous la supervision d'un adulte, jouent à l'extérieur, rassemblés dans un large cercle dans le village de Meliandou, dans la préfecture de Guéckédou, région de Nzérékoré. (10 janvier 2015)

© UNICEF/UNI178350/Naftalin

Les bénévoles savent amuser les enfants tout en restant professionnels, et ils se joignent eux-mêmes à tous les jeux. Ils savent comment encourager les enfants et s'assurent que chacun participe à son tour, et il est évident qu'ils ont la confiance des enfants.

Mais quand un enfant s'embrouille les pieds en sautant à la corde et est écarté par le bénévole, Sarah Mouyon, la responsable du développement des enfants de l'UNICEF à Kankan, intervient discrètement pour lui expliquer qu'il est très important d'encourager les enfants, et que s'ils ne réussissent pas dans une activité, il faut leur donner la possibilité d'essayer à nouveau plutôt que de les écarter immédiatement.

« Je dirige le programme et mon rôle consiste également à superviser les conseillers bénévoles de la communauté », explique Mme Mouyon.

« Les enfants orphelins sont sans doute un peu plus réservés et timides que les autres ; la mort d'une mère ou d'un père pèse sur eux. Il s'agit de les aider à retrouver la joie de vivre en jouant. »

II. PRISE EN CHARGE DANS LES CENTRES, LES FAMILLES ET LES COMMUNAUTES

La prise en charge dans les centres, les familles et les communautés constitue la deuxième composante majeure des interventions en faveur de la protection de l'enfance dans le cadre de la riposte à la maladie à virus Ebola.

Le débat

L'une des priorités du programme de protection de l'enfance dans ce contexte consistait à fournir des soins et un soutien aux enfants affectés par l'épidémie, ainsi qu'à leur famille immédiate, élargie ou à leur communauté. Dans certaines conditions exceptionnelles, un nombre réduit d'enfants touchés ont été pris en charge dans des centres réaménagés à cet effet. Dans les trois pays, des installations de mise en quarantaine ont été ouvertes afin d'isoler pendant 21 jours les enfants ayant été en contact avec des personnes infectées (généralement des proches) et dont la famille ou la communauté ne pouvaient pas s'occuper. Leur vulnérabilité ne tenait pas seulement à la perte qu'ils avaient subie ou à leur éloignement de la famille, mais également au risque médical qu'ils représentaient pour leur entourage puisqu'ils étaient susceptibles d'être contagieux.

Des efforts ont été consacrés à la recherche des familles afin de trouver un environnement d'accueil plus stable pour les enfants à l'issue de leur quarantaine, de préférence au sein de la famille immédiate ou élargie. Les proches identifiés pendant la période d'isolement et se déclarant prêts à accueillir les enfants, les recevaient dès que possible et bénéficiaient d'un soutien pour veiller sur eux et gérer les risques. Début 2015, ce soutien comprenait le *paquet minimum de services* conformément à la stratégie nationale.

Les interventions de lutte contre Ebola ont été ponctuées de vifs débats sur les avantages des deux modes de prise en charge des enfants (dans un centre ou au sein de la famille, qu'elle soit biologique ou non). L'ensemble du secteur de la protection de l'enfance a été concerné par ces débats, qui ont, entre autres, opposé les dirigeants locaux et les politiciens, ainsi que les secteurs de la santé et de la protection de l'enfance, et auxquels ont notamment participé les donateurs influents. Les convictions étaient aussi fermes que divergentes. Au Libéria, le président lui-même a pris part à ces débats.

D'un côté, l'option des soins dispensés dans des centres (pendant la période d'incubation de 21 jours) s'inscrivait dans la stratégie de contrôle de l'épidémie. Elle fournissait une structure claire pour s'occuper des enfants dont les parents étaient infectés et qui avaient été exposés au virus. Elle assurait des conditions optimales d'observation ou de traitement grâce auxquelles les enfants infectés recevaient sans délai les soins médicaux adéquats et contribuait ainsi à réduire les décès au sein de ce groupe. Elle permettait en outre de résoudre le problème récurrent concernant l'absence de système ou de structure de soins immédiats. Les partisans de cette formule arguaient que les enfants ne devaient pas être témoins de l'horreur des unités de traitement d'Ebola ni de la souffrance de leurs parents et ne devaient pas être davantage exposés à Ebola. D'après eux, ces centres avaient pour mission d'accueillir immédiatement les enfants en ayant besoin, de les garder en observation et de contrôler l'infection de manière pertinente afin d'éviter que le retour chez eux des « enfants contacts » contribue à accroître la transmission d'Ebola.

D'un autre côté, nombreux étaient ceux qui soutenaient que la famille était le meilleur environnement de prise en charge, y compris pendant l'épidémie (et en particulier pendant les 21 jours d'incubation). L'opinion publique appuyait fortement ce point de vue. Au Libéria, les chefs traditionnels ont décrit la crainte et l'incertitude d'une grande partie de la population qui redoutait que l'épidémie signe l'arrêt de mort de certaines pratiques sociales fondamentales, comme la prise en charge familiale menacée par l'institutionnalisation des enfants [23]. Il a été avancé que le placement des enfants dans des centres ne ferait qu'accroître cette crainte, notamment si les familles y étaient opposées. Ces dernières ne pouvaient accepter de confier leurs enfants à un système pouvant conduire et contribuer à leur décès. Un autre argument concernait le fait que la séparation des enfants sans autorisation parentale portait atteinte aux droits de l'enfant et de la famille. D'aucuns étaient préoccupés par le fait qu'un séjour si bref fût-il dans un établissement pouvait favoriser une culture de l'institutionnalisation ; ainsi, en Sierra Leone et au Libéria, des enfants qui avaient passé 21 jours dans un centre ne voulaient plus retourner chez eux. Ces deux pays portaient encore le lourd héritage de la guerre civile, pendant laquelle certains enfants étaient restés nettement plus longtemps que prévu dans les centres et les orphelinats, souvent pour servir les intérêts personnels des responsables de ces centres.

Une autre source d'inquiétude concernait l'éventuelle difficulté de fermer ces centres qui pouvaient facilement se transformer en orphelinats. Les orphelinats n'ont cessé de soulever des préoccupations depuis des années. Au moment de l'épidémie, on recensait 84 orphelinats au Libéria qui accueillaient plus de 2 896 enfants. Pendant plus de dix ans, un programme a été mis en œuvre pour tenter d'améliorer les normes et de rationaliser le nombre d'orphelinats mais sans grand succès. Au Libéria, plusieurs « orphelinats d'Ebola » ont ouvert leurs portes (d'après l'évaluation des enseignements tirés, au plus fort de l'épidémie, cinq orphelinats ont été créés dans le comté de Lofa qui auparavant n'en comptait aucun).

Après avoir examiné tous les arguments avancés, il a été décidé d'ouvrir des centres de soins pour accueillir le nombre croissant d'enfants vivant totalement seuls et n'étant pris en charge par aucun adulte du fait de l'épidémie. L'ensemble des pays a opté pour la prise en charge dans des centres mais à des degrés divers d'ampleur et de capacité.

LES TYPES D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS SOUTENANT LA RIPOSTE À LA MALADIE À VIRUS EBOLA

UTE, Unités de traitement d'Ebola, mises en place en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria. ICC, Centres intérimaires de soins. Centres assurant des soins et la mise en quarantaine pendant 21 jours au Libéria, auxquels s'ajoute en Sierra Leone un centre de soins accueillant les patients après leur période d'isolement ; ce centre, qui existait avant la crise d'Ebola, accueillait les enfants séparés et non accompagnés.

OICC, Centres intérimaires d'observation et de soins, où les « enfants contacts » étaient gardés en observation pendant 21 jours (Sierra Leone).

Centres d'accueil temporaire de protection de l'enfant, quarantaine de 21 jours pour les enfants en Guinée.

Centres de transit, structures d'accueil à court terme des enfants séparés (à cause d'Ebola), le temps de trouver leur famille ou une autre structure de prise en charge. Les enfants quittant les centres intérimaires de soins sans que leur famille n'ait été retrouvée étaient orientés vers ces centres.

Des femmes attendent avec leurs enfants à Kondiadout, Kissidougou, Guinée (1er août 2016).

© UNICEF/UN036448/Holt

[23] Ministère de l'Intérieur/Centre Carter, 2014.

Scénarios spécifiques aux pays

Guinée
En Guinée, l'opinion publique était largement favorable à la prise en charge au sein de la famille plutôt que dans les centres. Dans le cadre du programme de protection de l'enfance en Guinée, deux centres d'accueil temporaire et de protection des enfants ont ouvert leurs portes en novembre 2014 et en février 2015. Ils accueillaient les enfants venant des unités de traitement d'Ebola dont les parents étaient souvent des patients des UTE. Au total, on a compté huit enfants dans un centre et 20 dans l'autre pendant l'épidémie. Le programme a également mis en place des dispositifs communautaires de prise en charge à court terme à proximité des unités de traitement d'Ebola. Mieux acceptés par la population et plus économiques, ils recevaient les enfants admis avec leur famille dans une UTE. À l'issue d'un processus de sélection, vingt familles d'accueil avaient été sélectionnées et se tenaient prêtes à s'occuper d'enfants pendant une courte période. En octobre 2015, dix enfants ont bénéficié de ces dispositifs. Par conséquent, en Guinée, seuls 38 enfants ont été pris en charge en dehors de leur famille immédiate ou élargie ou de leur communauté.

Libéria
Début septembre 2014, le premier centre ouvrait ses portes dans le cadre du programme de protection de l'enfance au Libéria. Il s'agissait d'un centre de transit situé à Monrovia où séjournaient brièvement les enfants séparés (à cause d'Ebola) le temps que leur famille soit localisée ou qu'une autre structure d'accueil soit mise en place. Le deuxième établissement, un centre intérimaire de soins, était créé en octobre 2014, à Monrovia. Il a été fermé dix mois plus tard. Le premier centre intérimaire de soins « Kerlekula » recevait tous les enfants qui avaient été en contact avec des cas confirmés d'Ebola. Un problème s'est alors posé : les enfants en observation depuis 15 jours dans le centre risquaient de contracter Ebola par l'intermédiaire des nouveaux arrivants ; en outre, les enfants de moins de cinq ans étaient plus vulnérables et nécessitaient une attention particulière. Deux autres centres intérimaires ont été créés, l'un pour accueillir les enfants pendant les 15 premiers jours et l'autre destiné exclusivement aux enfants de moins de cinq ans et géré par l'ONG SOS Villages d'enfants. Le centre de transit a hébergé 67 enfants dont 98 % ont retrouvé leur famille. Au total, les centres intérimaires de soins ont accueilli 53 enfants, dont cinq ont contracté la maladie et, parmi eux, trois sont décédés. Par ailleurs, cinq centres de transit et deux centres ont été ouverts, ces derniers dans les comtés de Nimba et de Bomi.

Sierra Leone
En Sierra Leone, le programme de protection de l'enfance a ouvert un nombre nettement plus élevé de centres. Ces derniers étaient de deux types : des centres intérimaires d'observation et de soins et des centres intérimaires de soins. Les premiers gardaient en observation les « enfants contacts » pendant 21 jours. Les deuxièmes recevaient les enfants qui étaient déjà pris en charge avant l'épidémie d'Ebola ; les centres intérimaires d'observation et de soins orientaient les mineurs dont les familles n'avaient pas été localisées ou pour lesquels aucune autre structure d'accueil n'était disponible vers ces centres. Tous ces centres ont bénéficié des services de recherche et de réunification des familles fournis par 22 ONG réparties dans les différents districts du pays sur les bases d'un réseau perdurant depuis la fin officielle de la guerre civile en janvier 2002. L'orientation médicale des enfants était assurée par les bureaux de la protection dans chaque district. Au total, on a recensé 15 centres intérimaires d'observation et de soins, dont le premier a ouvert ses portes en novembre 2014, et 12 centres intérimaires de soins. En octobre 2015, 610 enfants avaient bénéficié d'une protection et de soins dans ces 15 OICC.

Des kits de réinsertion comprenant un don en espèces étaient remis aux enfants retournant dans leurs familles ou placés dans d'autres structures d'accueil.

Problèmes soulevés par la prise en charge dans les centres

- En Sierra Leone, la qualité des soins variait considérablement d'un centre à l'autre. Le Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance n'a pas donné suite à une proposition visant à améliorer et à harmoniser les normes en la matière. Néanmoins, la mise en place de procédures opérationnelles permanentes relatives à la gestion des centres intérimaires d'observation et de soins a permis de former le personnel. Préalablement à l'épidémie d'Ebola, les centres intérimaires de soins étaient soumis aux directives et aux normes nationales établies et à la politique relative à la protection de remplacement.

- La recherche des familles était censée débuter dès l'admission d'un enfant dans un centre intérimaire d'observation et de soins, mais, dans la phase initiale de la lutte contre Ebola, ce n'était pas le cas. À l'époque, en Sierra Leone, le transfert des enfants des centres intérimaires d'observation et de soins aux centres intérimaires de soins avait lieu avant la recherche des familles et les réunifications souffraient de retards inutiles.

- Le coût élevé de la prise en charge des enfants dans les centres risquait d'entamer l'efficacité du programme. Ainsi, en Guinée, un centre, dont la mise sur un pied s'était élevée à 40 000 dollars, a pris en charge huit enfants avant de fermer ses portes, deux mois après son inauguration.

- Les spécialistes de la protection de l'enfance ont exprimé leurs doutes quant à la qualité des premiers secours psychologiques et du soutien psychosocial apportés aux enfants par le personnel des centres.

- Le recrutement d'un personnel compétent s'est avéré difficile. Il semblait logique d'employer des survivants du fait de leur immunisation. Cependant, la pertinence de la démarche visant à confier des tâches relevant de la protection sociale à des personnes sans connaissances préalables dans ce domaine a été mise en question ; en outre, il n'était pas toujours possible de vérifier les antécédents ni les références des candidats pour s'assurer de leur intégrité et de leur expérience en matière d'aide aux enfants. Le recrutement fondé sur le statut de survivant est contraire au principe de l'embauche d'un personnel correspondant au profil pertinent. Si, dans le cadre d'une nouvelle épidémie, il est fait recours aux survivants, il faudra s'appuyer sur une sélection plus rigoureuse et une formation supplémentaire.

- La crise a mis en exergue l'importance de la communication et de la diffusion d'informations. La coordination entre les prestataires de services et les familles était difficile. Parfois, les familles ne savaient pas où se trouvaient leurs enfants et ces derniers ignoraient quel était le sort de leurs proches. Les visites, bien qu'autorisées, étaient rendues difficiles par les distances à parcourir. Plusieurs solutions ont été mises en œuvre, dont la distribution de téléphones portables aux enfants et à leurs familles. Parmi les personnes interrogées, nombreuses sont celles qui soulignent la nécessité de mettre en place des systèmes de communication fonctionnels dès le début d'un programme de riposte.

- Les démarches menant à la prise en charge familiale et/ou dans les centres doivent commencer simultanément et parallèlement au système de prise en charge, à l'étude des options en matière d'orientation médicale et/ou au séjour dans les unités de traitement. Cela permettra de fournir un continuum de services aux enfants, d'atténuer les impacts physiques et psychologiques subis par ces derniers et par leurs familles et de réduire les peurs et la stigmatisation.

Prise en charge fondée sur la famille

Les enfants touchés par Ebola pris en charge par leur famille ou leur communauté bénéficiaient de plusieurs interventions. Ceux qui séjournaient dans un centre recevaient un kit de réinsertion et bénéficiaient de séances de premiers secours psychologiques. Ceux qui demeuraient chez eux recevaient un soutien psychologique local ; lorsque cela s'avérait nécessaire, les enseignants assuraient les premiers secours psychologiques (suivant le déploiement du programme dans les établissements scolaires). Les enfants orphelins à cause de l'épidémie ou survivants faisaient l'objet d'une évaluation initiale puis d'un suivi mensuel assuré par des travailleurs sociaux et recevaient un don en espèces.

En décembre 2015, l'UNICEF recensait quelque 22 702 enfants ayant perdu un parent, voire les deux, ou les personnes les ayant en charge à cause de l'épidémie (les orphelins d'Ebola) en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone. Dans la plupart des cas, la prise en charge était familiale ou communautaire : en décembre 2015, 726 enfants avaient bénéficié de soins dans des centres, soit 4,3 % du nombre total d'enfants enregistrés.

La riposte du secteur de la protection de l'enfance s'est appuyée sur les soins de remplacement et la recherche et la réunification des familles qui étayaient le programme de protection de l'enfance préalablement à l'épidémie. Cela a particulièrement été le cas en Sierra Leone où une vaste infrastructure de prise en charge non familiale des enfants et un réseau national opérationnel de recherche et de réunification des familles était en place. Le cas échéant, les programmes préexistants étaient adaptés à la mobilisation sociale, comme le projet destiné aux adolescentes au Libéria. Dans ce même pays, le projet de protection sociale s'est poursuivi afin de soutenir les familles les plus vulnérables. Néanmoins, la plupart des composantes préalables du programme ont été supprimées. Ce n'est que fin 2015 que le programme de protection de l'enfance a repris dans les trois pays en récupérant des projets courants existant avant l'épidémie, comme la lutte contre la violence à l'égard des enfants, les mariages d'enfants et les grossesses d'adolescentes, ainsi que les excisions/mutilations génitales féminines (E/MGF).

Comme il a été précisé dans la partie consacrée à la stratégie du programme, début 2015, chaque pays affecté par la maladie à virus Ebola avait mis au point un *paquet minimum de services* afin de faire face à ses différents impacts sur les enfants. Outre les propos de la partie précédente concernant la valeur des interventions immatérielles assurées par les travailleurs sociaux et en rapport à la santé mentale et au soutien psychosocial, il convient d'examiner de plus près deux autres composantes du *paquet minimum de services*.

Don en espèces

L'octroi de dons en espèces soulevait deux problèmes épineux : d'une part, leur efficacité dans le cadre de l'assistance apportée aux enfants et, d'autre part, la capacité à apporter un soutien opportun aux familles après versement de ces dons.

Cette monétisation des interventions présentait des aspects positifs et négatifs. Elle était conçue pour compenser la perte d'articles ménagers et d'effets personnels, comme la literie et les vêtements qui étaient brûlés dès qu'un membre d'un foyer, susceptible d'avoir contracté la maladie, était transféré dans une unité de traitement d'Ebola.

Chaque pays a adopté une stratégie particulière en matière de don en espèces :

TABLEAU 5 : STRATÉGIES DE DONS EN ESPÈCES, PAR PAYS

Guinée	200 dollars US : quatre versements bimestriels sur une durée de huit mois ; plafond de 600 dollars par famille.
Libéria	150 dollars US : un versement unique par enfant ; aucun plafond par famille.
Sierra Leone	80 dollars US : dans le cadre des interventions de recherche et de réunification des familles, cette somme était remise exclusivement aux familles d'accueil sélectionnées.

En Sierra Leone, des dons en espèces ont été versés à titre d'essai aux travailleurs sociaux et aux survivants (35 dollars US en un seul versement pour ces derniers). Les dons n'ont pas été prolongés ni étendus à d'autres groupes afin d'éviter toute mauvaise gestion financière et ont été remplacés par la distribution de kits.

Dans l'ensemble, les dons en espèces étaient considérés comme une approche réalisable, à condition d'être versés en temps opportun. Les versements réguliers accompagnés d'un suivi pertinent assuré par un travailleur social se sont révélés être la formule la plus efficace.

La capacité du système à attribuer les dons en espèces en temps opportun a suscité des inquiétudes. Ainsi, au Libéria, le responsable de la communauté de Jene Wonde (la plus durement touchée après Monrovia), qui était un agent de santé générale communautaire bénévole, signalait que sur les 175 orphelins d'Ebola recensés, seuls 23 avaient reçu un don en espèces en octobre 2015 (c'est-à-dire dix mois après le dernier cas déclaré dans la commune). Le fait que ces défaillances surviennent dans une communauté où l'épidémie battait son plein incite à douter du fonctionnement efficace du système.

Un « don en espèces » est une somme d'argent fournie à une famille qui accueille un enfant ayant perdu un parent, voire les deux, ou les personnes les ayant en charge pendant l'épidémie. Un « transfert en espèces » est une somme d'argent remise à une famille vulnérable dans le cadre d'un programme de protection sociale (ne s'inscrit pas dans la lutte contre Ebola).

La monétisation peut parfois avoir un effet dissuasif ou être une source de partialité. Voici un exemple parlant : suite au refus d'une famille d'héberger un neveu survivant d'Ebola, des voisins ont accepté d'accueillir l'enfant. Mais, lorsque la famille biologique a appris l'existence des dons en espèces, elle a réclamé l'enfant ; le dossier a été confié à la police.

Les dons en espèces ne vont pas au-delà du court terme et les familles ont souligné la nécessité de disposer d'un revenu régulier. Le soutien au développement des moyens de subsistance est le principal besoin non satisfait ; cette défaillance a été la plus fréquemment citée dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés. De nombreuses personnes interrogées ont signalé qu'un nombre élevé d'enfants est retourné dans des foyers ayant un revenu faible et vivant dans la pauvreté. Dans les trois pays, les enfants étaient extrêmement vulnérables avant même que l'épidémie d'Ebola n'aggrave leur situation.

Kits

Dans le cadre de *l'ensemble minimal de services*, sept types de kits ont été utilisés par le secteur de la protection de l'enfance en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone :

- Les kits de réinsertion
- Les kits de sortie des centres
- Les kits scolaires
- Les kits familiaux
- Les kits de recherche et de réunification des familles
- Les kits d'hygiène
- Les kits de santé mentale et de soutien psychosocial.

Dans l'ensemble, les kits étaient appréciés et considérés comme utiles, mais les processus d'approvisionnement, de distribution, de suivi et de gestion obéraient les ressources du programme.

En Guinée, les kits de santé mentale et de soutien psychosocial comprenaient des articles et des jeux inadaptés au contexte de l'épidémie ; par ailleurs, les approvisionnements à l'étranger retardaient la distribution des kits, aggravant d'autant le caractère inapproprié des fournitures.

Les dons en espèces sont considérés comme une approche viable et très efficace lorsqu'ils sont versés périodiquement et bénéficient d'un suivi suffisant de la part d'un travailleur social, Guinée. (2015)

© UNICEF/Timothy La Rose

Les animateurs ne comprenaient pas certains jeux qui n'étaient par conséquent pas utilisés ; quant à la qualité des équipements sportifs, elle laissait à désirer (« Les ballons se cassaient au bout de deux ou trois jours »).

Cependant, les instruments de musique traditionnels, les contes, les danses, les chansons et les jeux locaux ont non seulement contribué à améliorer le bien-être des enfants mais également à renforcer la participation spontanée des adultes aux activités.

À l'avenir, chaque type de kit devra être soumis à un examen afin de déterminer sa pertinence. Il est envisagé de positionner au préalable les kits de façon à accélérer leur distribution le moment venu.

CHAPITRE QUATRE

Les systèmes étayant la mise en œuvre du programme de protection de l'enfance pendant la riposte à Ebola

Le chapitre précédent décrit les deux principales composantes du programme de protection de l'enfance de la riposte à Ebola : d'une part, la santé mentale et le soutien psychosocial, et, d'autre part, les soins et l'appui fournis aux enfants touchés par l'épidémie et à leurs familles, y compris les soins dans les centres. Une gestion des données et une coordination des programmes rigoureuses étaient indispensables à la mise en œuvre de ces interventions et doivent être considérées comme étant prioritaires et essentielles dans toute future intervention faisant suite à une situation d'urgence. Le présent chapitre décrit en détail les rôles et les expériences en matière de coordination et de gestion des données pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

Un garçon sur une balançoire rit dans la ville de Kenema dans le district de Kenema, où des animateurs sociaux sensibilisent la communauté à Ebola et distribuent du savon aux familles au cours du couvre-feu de trois jours. (29 mars 2015)

© UNICEF/UNI182229/Bindra

I. LA GESTION DES DONNEES PENDANT LA RIPOSTE A EBOLA

L'épidémie d'Ebola a présenté un enjeu de taille pour les bureaux de pays de l'UNICEF : il a fallu déterminer comment intervenir en faveur des enfants dans le cadre d'une situation d'urgence sans précédent et comment accéder, recueillir et partager et gérer de manière appropriée les données essentielles nécessaires à la riposte. En substance, les données servent à obtenir un aperçu et étayent les plaidoyers et les processus décisionnels rapides ; dans le cas qui nous occupe, l'aperçu était flou et incomplet, en particulier pendant la phase initiale de la riposte. Étant donné l'évolution constante de l'épidémie d'Ebola, les planificateurs et les gestionnaires des programmes devaient disposer de données mises à jour quotidiennement pour prendre des décisions éclairées et intelligentes et cibler efficacement leurs interventions, ce qui, la plupart du temps, s'est avéré extrêmement difficile.

La vision d'ensemble de l'épidémie reposait sur les chiffres quotidiens du nombre de cas (confirmés, probables et suspects) ; le nombre de décès ; le nombre de nouveaux contacts ; et le nombre de survivants. Les chiffres concernant les enfants, également mis à jour quotidiennement afin de surveiller et d'atténuer leurs vulnérabilités particulières pendant l'épidémie, étaient cependant insuffisants. Les données nécessaires concernaient les enfants dont les parents présentaient les symptômes d'Ebola et qui par conséquent étaient des « enfants contacts » et couraient un risque ; ceux dont les parents ou les personnes les ayant en charge étaient décédés et nécessitaient des soins intérimaires immédiats ; ceux qui présentaient des symptômes et devaient recevoir des soins médicaux urgents, ce qui signifiait souvent l'isolement et la séparation des familles

et des personnes à charge ; ceux qui en raison de leur condition de « contacts » ou de survivants étaient stigmatisés par les communautés ; et ceux qui avaient besoin d'un large éventail d'articles non alimentaires et de multiples formes de soutien psychosocial.

Comme dans toute intervention humanitaire, pour être efficaces, la coordination et la gestion des données doivent s'appuyer sur la clarté de la terminologie, l'alignement des outils de collecte de données et les mesures transmises par les indicateurs clés. Étant donné la complexité des activités de protection des enfants, ces critères n'étaient cependant pas toujours pleinement réalisables. Par exemple, *nombre d'enfants touchés par Ebola bénéficiant du paquet minimum de services de soutien psychosocial :* dans ce contexte, il est difficile d'interpréter précisément « bénéficiant ». Faut-il comprendre que les enfants ont « bénéficié » de l'ensemble minimal de soins dès la « première visite de prise en charge » ou, à l'inverse, seulement à la fin du processus ? Quels critères permettaient de conclure que les interventions ciblant les enfants avaient été efficaces ? En outre, les indicateurs mesurant la prestation des services portaient sur les *processus* et la *fourniture* et non sur la *qualité desdits services*. Les objectifs des activités relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial (à savoir, soutenir la prise en charge des enfants au sein de leur famille ou de leur communauté et combattre la peur, la stigmatisation et la méfiance) doivent être accompagnés de résultats, mais il est difficile d'évaluer le processus de mesure ou de suivi des objectifs.

Les contextes au début de l'épidémie et les interventions variant d'un pays à l'autre, les définitions des indicateurs présentaient elles aussi des différences et des nuances. Exemple :

- L'indicateur « Nombre d'enfants touchés par Ebola enregistrés bénéficiant de l'ensemble minimal de services » utilisé en Guinée et en Sierra Leone était formulé différemment au Libéria : « Participants dans les zones touchées par Ebola bénéficiant d'un ensemble de services de soutien psychosocial ».

- L'indicateur « Enfants touchés par Ebola pris en charge dans un environnement familial » utilisé en Sierra Leone correspondait à cet autre en Guinée et au Libéria : « Enfants enregistrés ayant perdu un parent ou les deux ou les personnes les ayant en charge à cause d'Ebola et ayant bénéficié d'un ensemble minimal de services de soutien/ensemble de services adopté à l'échelle nationale ».

Disponibilité, accessibilité et partage des données

En général, et plus particulièrement au sein des trois pays touchés par Ebola, les données relatives aux enfants (c'est-à-dire ventilées par âge) étaient inaccessibles, incomplètes et insuffisantes. À cet égard, les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés ont déclaré que le manque de données de suivi cohérentes et à forte périodicité ont fortement entravé la planification et la gestion des programmes de protection de l'enfance. Dans chaque pays, l'établissement de méthodes de travail et de systèmes clairs de collecte et de diffusion des données sous l'égide des Ministères de la protection sociale s'est révélé difficile, tout comme l'intégration des informations dans les systèmes nationaux de riposte à l'Ebola.

Cependant, au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie et du ciblage plus adéquat de la coordination, la disponibilité et la périodicité des données sur les enfants, y compris celles ventilées par âge, se sont améliorées. Parallèlement, les informations sur la riposte programmatique de l'UNICEF et de ses partenaires se sont multipliées.

Les données disponibles aux fins de la planification variaient considérablement dans les trois pays mais comprenaient à terme :

- le nombre d'enfants infectés à Ebola ;
- le nombre d'enfants touchés par Ebola ;
- le nombre et l'emplacement des enfants ayant perdu leurs parents ou les personnes les ayant en charge ;
- le nombre et l'emplacement des « enfants contacts » ;
- le nombre et l'emplacement des enfants survivants.

Un autre problème a consisté à obtenir des données en temps réel sur le nombre d'enfants infectés. Les données relatives à l'incidence de l'épidémie sur les enfants étaient issues de la base de données des patients atteints de fièvre hémorragique virale (FHV) - qui comprend des données détaillées sur chaque cas - mais l'opportunité, la disponibilité, la cohérence et la précision des données soulevaient des problèmes. En octobre 2014, l'UNICEF et l'OMS ont convenu de partager cette base de données qui a été diffusée auprès des trois bureaux de pays de l'UNICEF. En revanche, l'assainissement et l'analyse des données ont été excellents. Force est de reconnaître qu'il était difficile, compte tenu des limitations en termes de personnel et de capacité des bureaux régionaux et des bureaux de pays, d'utiliser les données de manière optimale.

Il était difficile d'obtenir des données régulières sur la situation quotidienne des enfants admis (ou accompagnés par un membre de leur famille) dans une unité de traitement d'Ebola. Les Ministères de la protection sociale ou les organisations de protection de l'enfance sollicitaient rarement des données à ces unités de traitement. En octobre/novembre 2014, il était courant que les unités de traitement d'Ebola disposent d'une équipe de spécialistes de la santé mentale et du soutien psychosocial, mais la présence de spécialistes de la protection de l'enfance ou de la gestion des données était plus rare.

Collecte de données

Au début de la riposte, les partenaires et les homologues des gouvernements ont réclamé l'intensification immédiate de la collecte de données, initialement sur des formulaires papier. Chaque pays a créé ses propres formulaires et méthodes de collecte et de notification des données à forte périodicité ; les travailleurs sociaux et le personnel travaillant directement avec les enfants notaient, entre autres, le nom des enfants ayant perdu un parent, voire les deux, ou les personnes les ayant en charge, les dons en espèces ou les rapports sur les visites des familles. L'évolution de la riposte est allée de pair avec les exigences en matière de données et de notification et a donné lieu à de nombreuses révisions des formulaires papier.

Généralement, les informations contenues dans les formulaires papier étaient saisies sur des ordinateurs à l'échelle infranationale. À l'échelle nationale, une équipe gouvernementale vérifiait l'exactitude des intrants et analysait les données. (Cette équipe chargée de la gestion des données au niveau du gouvernement était spécifiquement formée pour la riposte à Ebola et était soutenue par le personnel de l'UNICEF.)

En Guinée, de multiples acteurs de la protection de l'enfance sur le terrain recueillaient les données sur les orphelins. La plupart étant des partenaires directs de mise en œuvre pour l'UNICEF, le partage des informations était relativement aisé et facilitait l'harmonisation des outils de notification et le maintien d'un flux de données étayant la coordination nationale. En ce qui concerne les autres agences et organisations, les données sur les orphelins enregistrés étaient centralisées et traitées par le responsable de l'information et le sous-groupe de la protection de l'enfance puis partagées avec les responsables de la coordination nationale.

En Sierra Leone et au Libéria, les ONG ont utilisé leurs propres systèmes pour recueillir des données sur la riposte et sur les enfants touchés par Ebola. Pendant les premiers mois de la riposte et la propagation rapide de l'épidémie, les ONG n'avaient pas encore pris l'habitude de partager les données que ce soit entre elles ou avec les ministères pertinents. Le processus visant à développer le système de notification et de bases de données s'est étalé sur plusieurs mois et continue d'être perfectionné.

Au vu de l'intensification de la riposte et de la demande de données sur les enfants et la protection de l'enfance, les bureaux de pays de l'UNICEF ont remplacé les formulaires papier par des systèmes électroniques de collecte et de gestion des données. Cette transition répondant à un besoin urgent a cependant été difficile et parfois très inégale. Les trois pays ont ainsi exploré et créé des approches relativement similaires aux dispositifs mobiles de collecte des données et aux systèmes électroniques de gestion des données en fonction des capacités existantes et du soutien technique reçu.

En Guinée, un dispositif mobile de collecte des données s'appuyant sur la KoBotoolbox (boîte à outils Kobo) a été déployé en juillet 2015 pour surveiller l'aide apportée

KoboToolBox est un outil libre, gratuit et simple de collecte de données mobiles sur le terrain par le biais de supports numériques préchargés. Il fonctionne hors ligne, peut être déployé rapidement dans les situations humanitaires et bénéficie du support professionnel complet du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA). Sa capacité intrinsèque d'analyse des données est limitée mais il est possible de les exporter directement sur des tableurs Excel pour éventuellement approfondir l'analyse.

RapidPro est une plateforme libre qui permet de construire et d'étendre aisément des applications mobiles. Elle est conçue pour envoyer et recevoir des données sous forme de messages texte avec des téléphones portables élémentaires, gérer des flux de travail complexes, automatiser les analyses et présenter les données en temps réel. Son déploiement dépend de la couverture du réseau mobile préexistant et d'accords préalables avec les opérateurs de réseaux.

CPIMS est un système intégré inter-organisations de gestion des informations sur la protection de l'enfance qui facilite la prise en charge, la recherche et la réunification des familles et l'analyse des données sur les enfants particulièrement vulnérables. Cet outil s'est avéré difficile à maintenir dans un environnement soumis à des besoins évolutifs en matière d'information, comme c'était le cas pendant l'épidémie d'Ebola. Il a été mis à niveau avec le nouveau logiciel CPIMS+ pour être l'un des différents modules de la nouvelle plateforme d'information sur la protection de l'enfance PRIMERO.

aux orphelins par les travailleurs sociaux relevant du Ministère de l'action sociale. Le système fournissait des données à jour sur les services reçus par chaque enfant répertorié dans la base de données des orphelins. Le franc succès de cette initiative s'explique par l'excellente capacité à gérer les informations sur la protection de l'enfance qui a été transférée pendant une période relativement longue au bureau de pays, la connaissance préalable de la Kobotoolbox d'accès libre dans d'autres contextes humanitaires et l'adhésion des gestionnaires.

Avant le début de la riposte à Ebola, le responsable de la protection de l'enfance en Sierra Leone avait recruté un spécialiste de l'innovation ayant des contacts auprès des ministères et des opérateurs de réseaux mobiles nationaux ; il a pris ses fonctions en novembre 2014. Avec le soutien significatif du groupe de l'innovation (siège de New York) et du personnel sur le terrain, RapidPro a été déployé et utilisé relativement rapidement en Sierra Leone pour obtenir des données quotidiennes auprès des centres intérimaires d'observation et de soins et des centres de soins communautaires. Chaque jour, le programme publiait un rapport qui, de l'avis général, était extrêmement utile. Au fil du temps, PRIMERO (la nouvelle plateforme en ligne du système de gestion des informations sur la protection de l'enfance [CIPMS+]) a été déployé en Sierra Leone afin de consolider le système de prise en charge des cas et a remplacé efficacement les données de base recueillies jusque-là par RapidPro. RapidPro a cependant comblé de manière immédiate un vide important de la collecte des données. Cette plateforme a été utilisée en Sierra Leone ; en Guinée, RapidPro a été mise à l'essai par le secteur de la protection de l'enfance mais n'a pas été pleinement opérationnelle en raison de la couverture défaillante du réseau dans les zones éloignées.

Au Libéria, les spécialistes de la gestion de l'information sur la protection de l'enfance se sont heurtés à plus d'obstacles. Le déploiement de RapidPro a couvert plusieurs sections, notamment la communication pour le développement aux fins de l'utilisation d'U-report, mais sans inclure la protection de l'enfance. Le système de gestion des informations sur la protection de l'enfance a dans un premier temps été personnalisé et utilisé au Libéria mais le manque de capacité technique à l'échelle nationale rendait difficiles son maintien et son adaptation. Pour cela, il aurait fallu demander des modifications à New York, ce qui est inconcevable dans un contexte d'urgence. (Le système de gestion des informations sur la protection de l'enfance est largement utilisé dans le monde entier. RapidPro était une autre option envisagée par le secteur de la protection de l'enfance, mais le système de gestion des informations sur la protection de l'enfance étant déjà en voie d'installation, il a été privilégié.)

L'expérience des différents bureaux de pays en matière de collecte et de gestion des données montre que lorsque les capacités techniques étaient solides ou préexistantes dans le secteur de la protection de l'enfance, que le personnel avait des compétences techniques et était familiarisé avec les outils couramment utilisés par le secteur humanitaire et l'UNICEF pour la collecte et la gestion des données et que des mécanismes fonctionnels de coordination de la protection de l'enfance étaient en place, la riposte était plus facile et rapide.

On peut faire beaucoup pour améliorer PRIMERO et RapidPro pendant les périodes où il n'y a pas d'urgence afin de renforcer la collecte et la gestion globales des données et de familiariser le personnel avec des approches et des technologies simples. Si et quand un pays est confronté à une urgence humanitaire à grande échelle, de tels outils doivent être assez souples et modulables pour être adaptés au contexte. Cette intervention humanitaire ayant cependant révélé la capacité d'innovation et le courage immense des décideurs et des acteurs de la protection de l'enfance face aux données partielles, elle est porteuse d'espoir.

Qualité des données

Dans l'ensemble, la qualité des données suscitait une confiance mitigée. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés ont qualifié les données de « vagues, incomplètes et irrégulières ».

Le programme de protection de l'enfance de l'UNICEF Guinée a chargé l'Université Gamal d'exercer un suivi indépendant des enfants ayant perdu leurs parents ou les personnes les ayant en charge. Un échantillon aléatoire représentant 10 % du nombre total d'enfants recensés comme étant « orphelins » a montré que dans environ 10 % des cas, la définition du critère d'enregistrement était erronée. En Guinée, on a constaté des doublons dans les enregistrements en raison du chevauchement des zones couvertes par les partenaires. Ce problème a été résolu grâce à la cartographie des partenaires (3W, qui fait quoi où) réalisée par la coordination du sous-groupe de la protection de l'enfance et la création d'une base de données nationale unique sur les orphelins d'Ebola.

En Sierra Leone, l'agence d'évaluation et de suivi chargée de vérifier le nombre d'enfants recensés comme ayant perdu leurs parents ou les personnes les ayant en charge a obtenu un chiffre 30 % inférieur (11 000 au lieu de 18 400). 3 500 enfants n'ont pas pu être retrouvés faute d'adresse et 3 900 « ne se trouvaient pas » à l'adresse indiquée.

Kenema, Sierra Leone - Une jeune fille écoute la radio dans sa maison. (4 juillet 2016)

UNICEF/Jonathan Torgovnik/Verbatim Photo Agency

Au Libéria, les listes de gestion des incidents fournies par le Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale indiquent que les ensembles de données obsolètes ou incomplètes (absence d'adresse ou cas inconnus) ont posé des problèmes similaires.

La situation s'est sensiblement améliorée avec le recrutement de spécialistes de la gestion de l'information en janvier 2015 en Guinée, et un mois après en Sierra Leone. Au Libéria, le programme de protection de l'enfance de l'UNICEF a recruté un spécialiste de la gestion de l'information pendant seulement six mois, de décembre 2014 à mai 2015 ; le coordonnateur du sous-groupe de la protection de l'enfance a assuré la gestion des données pendant la durée de l'épidémie jusqu'en juin 2015, date à laquelle le Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale a embauché un administrateur de base de données interne et le responsable de la gestion des crises relevant de la protection de l'enfance a pris en charge la coordination.

II. COORDINATION

Le rôle de la coordination de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence

La coordination est un pilier de la programmation. Le coordonnateur de la protection de l'enfance est un chef de file et défenseur influent du secteur, mais c'est l'engagement de tous les acteurs à l'égard de la coordination qui permet aux programmes d'être fonctionnels.

L'approche sectorielle est définie par les groupes d'organisations humanitaires (relevant ou non des Nations Unies) dans les principaux secteurs de l'action humanitaire. Elle est mise en pratique lorsque des besoins humanitaires évidents existent au sein d'un secteur, que le nombre des acteurs au sein des secteurs est élevé et que les autorités nationales ont besoin d'aide en matière de coordination.

La coordination au niveau des pays pendant la riposte à Ebola

Guinée

Depuis 2010, il existe en Guinée des structures de coordination de la protection de l'enfance à l'échelle nationale, régionale, des préfectures, des sous-préfectures, des districts et des villages/communautés. Ces dernières ont été établies en 2013, en particulier en Haute-Guinée et en Guinée forestière, mais la plupart sont restées relativement inactives ; au début de l'épidémie d'Ebola, elles étaient en cours d'établissement. La riposte du secteur de la protection de l'enfance à Ebola a entraîné la multiplication et l'opérationnalisation de ces structures communautaires au niveau des villages, notamment dans les préfectures affectées.

En août 2014, le sous-groupe de la protection de l'enfance a été redynamisé en Guinée avec le lancement de l'évaluation des besoins en matière de soutien psychosocial et de protection de l'enfance. Le mandat y afférent, élaboré en septembre 2014, a été suivi de réunions mensuelles. La coordination est devenue pleinement fonctionnelle suite au recrutement par l'UNICEF d'un coordonnateur du sous-groupe à l'échelle nationale. La tenue des réunions est devenue bimensuelle et la coordination et l'harmonisation se sont progressivement améliorées. Les problèmes de coordination, notamment en Guinée forestière, ont également été résolus petit à petit et deux sous-groupes supplémentaires ont été mis en place à Nzérékoré et à Macenta qui ont nettement amélioré la coordination entre les acteurs. Le sous-groupe national a organisé des réunions décentralisées afin de soutenir les efforts de coordination au gré des besoins.

Libéria

Au Libéria, le Ministère de la santé dirigeait et coordonnait la riposte nationale à Ebola[24]. Selon lui, les questions relatives à l'enfance étaient du ressort du Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale. C'est pourquoi les questions relatives aux enfants n'étaient pas à l'ordre du jour des réunions de coordination quotidiennes, à l'exception des rares fois où le Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale les évoquaient. Cela explique que ces questions n'aient pas été au cœur des structures nationales de la riposte.

Le programme de protection de l'enfance de l'UNICEF entretenait des liens solides avec le Ministère de la santé et des affaires sociales et le Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale et a soutenu (voir ci-après l'évolution des mandats et des responsabilités pendant la riposte) leur coordination de la protection de l'enfance en multipliant par dix le personnel spécialisé dans ce domaine en 2014.

Au cours de la phase initiale de l'épidémie, le besoin de décentraliser la riposte à Ebola au niveau des comtés est devenu une évidence. Il a cependant fallu beaucoup de temps pour que cette décentralisation soit effective. Les principaux problèmes concernaient, au niveau infranational, les ressources humaines des équipes et, au niveau des districts et des comtés, les capacités techniques et logistiques des équipes de santé à diriger la riposte à Ebola. Citons, en outre, les salaires et les mesures d'incitation ciblant les employés du gouvernement. À la mi-août 2014, des fonds publics étant disponibles, les premières équipes techniques ont été déployées pour soutenir les équipes de santé au niveau des comtés. Le personnel de l'UNICEF ne faisait pas partie de ces équipes, principalement pour des raisons de sécurité, et a été déployé pour la première fois en octobre 2014.

Finalement, les équipes de l'UNICEF étaient basées à quatre endroits stratégiques (Gbarnga, Voinjama, Zwedru et Harper) ; le responsable de la protection sociale au niveau des comtés ou le coordonnateur national géraient les questions relatives à la protection de l'enfance. Pendant la propagation de l'épidémie, le transfert du portefeuille de la protection sociale du Ministère de la santé et des affaires sociales au Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale a donné lieu à l'existence de deux équipes de fonctionnaires. Ce changement a causé une certaine confusion et a entravé la coordination.

Le gouvernement du Libéria ne souhaitait pas que toutes les structures soient associées à l'aide humanitaire d'urgence (et n'a d'ailleurs pas officiellement décrété que l'épidémie était une urgence humanitaire). Le système des groupes thématiques a été autorisé avec réticence. Début octobre 2014, le sous-groupe de la protection de l'enfance, dirigé par le secteur de la protection de l'enfance de l'UNICEF et le Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale et son coordonnateur étaient à pied d'œuvre. Les réunions hebdomadaires de coordination du sous-groupe bénéficiaient d'une participation assidue. Cependant, le travail des ONG était largement cloisonné. Dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés, il a été signalé que la coordination de type 4W (qui fait quoi, où, quand, comment) était trop répandue et, qu'à l'inverse, l'élaboration d'une stratégie nationale, la recherche d'un consensus, la facilitation de la collaboration et le plaidoyer en faveur d'interventions particulières étaient insuffisants.

[24] Longtemps avant l'épidémie de l'Ebola, la restructuration de la protection sociale était à l'étude. Elle a finalement eu lieu pendant l'épidémie. La protection sociale a été transférée du Ministère de la santé et des affaires sociales au Ministère de la condition féminine et du développement. Ces deux administrations s'appellent désormais Ministère de la santé et Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale. Ce changement a eu entre autres effets de placer les travailleurs sociaux sous la tutelle du Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale ; cependant, la résolution des anomalies de la nouvelle structure a été sous-traitée.

Des animateurs discutent avec des résidents, dont des enfants, d'un bidonville de Freetown, en Sierra Leone, au cours du couvre-feu de trois jours. (27 mars 2015)

© UNICEF/UNI181586/Bindra

Le Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale a refusé que la publication des données (à savoir, le nombre d'enfants et d'orphelins touchés) soit unilatérale, forçant les organisations à coopérer. Néanmoins, la disponibilité de données complètes était nécessaire pour que le travail de coordination profite à tous. Le programme de protection de l'enfance était tributaire de la gestion des données par le coordonnateur du sous-groupe. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés ont recommandé de nommer un responsable de la coordination dès le début d'une épidémie au lieu d'attendre l'établissement d'un sous-groupe.

Au Libéria, le pilier de la santé mentale et du soutien psychosocial était dirigé par l'unité de santé mentale du Ministère de la santé. La situation dans les unités de traitement d'Ebola a entraîné la première intervention du secteur de la santé mentale et du soutien psychosocial. Le sous-groupe de la protection de l'enfance y avait détecté des dysfonctionnements, comme le fait que certains enfants non infectés accompagnaient les membres de leur famille malades dans les unités de traitement. Dans les premiers temps, l'épidémie étant considérée comme une crise sanitaire, les actions sanitaires étaient prioritaires et les acteurs ne savaient pas exactement comment intervenir. Quelques travailleurs sociaux étaient présents dans certaines unités de traitement d'Ebola, mais aucun système n'était en place pour orienter les enfants vers des soins et des mécanismes de protection externes. L'UNICEF et le Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale ont joint leurs efforts pour que des travailleurs sociaux soient déployés dans toutes les unités de traitement d'Ebola publiques afin d'identifier et d'enregistrer les enfants et de faciliter leur placement dans une famille à leur sortie des unités. Les travailleurs sociaux ont veillé à ce que les enfants sans famille non infectés soient transférés dans des centres intérimaires de soins où ils étaient pris en charge pendant les 21 jours d'observation. Les coordonnées des travailleurs sociaux étaient transmises aux unités de traitement d'Ebola privées afin de faciliter l'orientation des enfants ayant besoin d'aide.

Les rapports transmis par le pilier de la santé mentale et du soutien psychosocial au système de gestion de l'information traitaient exclusivement des services de santé mentale. L'UNICEF a demandé au pilier de consacrer une plus grande attention aux enfants dans ses rapports. La section de la protection de l'enfance de l'UNICEF a été priée de déployer un fonctionnaire dans le centre d'opérations d'urgence chargé de collaborer quotidiennement avec l'équipe de la santé mentale et du soutien

psychosocial. Grâce à l'appui technique de l'UNICEF, un plan d'action précis a été élaboré et chiffré pour que les rapports sur la riposte à Ebola intègrent des chiffres concernant les enfants. La principale source d'information du pilier et du groupe sectoriel de la protection était le sous-groupe de la protection de l'enfance, qui leur communiquait le nombre d'enfants touchés.

L'UNICEF a aidé le pilier de la santé mentale et du soutien psychosocial au sein du centre d'opérations d'urgence à gérer et à coordonner les interventions en faveur des enfants en lui apportant un soutien technique et logistique (et a prêté des services aux enfants touchés dans les centres de transit et les centres intérimaires de soins). Dans un premier temps, ces centres ne disposaient pas de services pour les enfants et n'étaient pas en mesure de leur venir en aide. L'UNICEF a mis en place l'enregistrement des enfants et soutenu leur prise en charge et ces derniers ont été progressivement placés dans des familles ou des centres communautaires. Jusqu'en janvier 2015, le programme de protection de l'enfance de l'UNICEF était privé de spécialistes de la santé mentale et du soutien psychosocial au Libéria ; mais l'UNICEF, de concert avec le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et l'OMS, a financé et soutenu des formations de base au soutien psychosocial pour les travailleurs sociaux et les cliniciens en santé mentale.

Dans les premiers temps, le programme de protection de l'enfance de l'UNICEF a participé, sans jouer un rôle de premier plan, à la direction technique de la stratégie et des interventions relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial. À compter de la mi-2015, lorsque trois nouvelles flambées se sont déclarées alors que l'épidémie semblait en perte de vitesse, l'UNICEF a dirigé les interventions de santé mentale et de soutien psychosocial et a élaboré les procédures opérationnelles permanentes pour la protection de l'enfance dans le cadre de l'épidémie.

Sierra Leone

Grâce aux actions de plaidoyer du Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance, un pilier consacré à la protection de l'enfance, au soutien psychosocial et à l'égalité entre les sexes a été établi afin de coordonner la prestation de services de protection en faveur des enfants et des familles touchés par Ebola. Le Ministère présidait ce pilier (et l'UNICEF en était le coprésident). Le Ministère a exercé un leadership remarquable dans la coordination des services fournis aux enfants et aux familles touchés par Ebola. Un plan national d'intervention pour la protection de l'enfance, le soutien psychosocial et l'égalité des sexes, élaboré par le biais de ce pilier, a fourni un cadre et des directives en vue de dispenser des services aux enfants et à leurs familles. Les enfants et les familles touchés par Ebola étaient orientés vers des guichets de protection relevant de la structure de coordination à l'échelle du district, lesquels étaient chargés de les enregistrer et de les diriger vers les services appropriés. Le pilier consacré à la protection de l'enfance, au soutien psychosocial et à l'égalité entre les sexes s'est réuni une fois par semaine à l'échelle nationale et au niveau de chaque district afin d'établir des prévisions, de mener des discussions et d'élaborer des comptes rendus à l'égard du statut des enfants touchés par Ebola. En outre, le Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance, l'UNICEF et les organisations les représentant faisaient également partie du NERC (Centre national de lutte contre Ebola) et d'autres forums de coordination.

Un certain nombre de problèmes ont cependant été relevés. La capacité du Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance à coordonner la fourniture de services au cours de l'épidémie d'Ebola était très limitée du point de vue technique et logistique. Par exemple, le Ministère ne disposait pas d'installations adéquates à l'échelle du pays et du district pour accueillir d'importantes réunions. Les réunions de coordination, présidées par le Ministère et coprésidées par l'UNICEF, se sont ainsi tenues dans les bureaux de l'UNICEF pendant l'épidémie. Les capacités affaiblies du Ministère ont parfois retardé la distribution en temps voulu des produits non alimentaires aux enfants et aux familles touchés au niveau du district.

Des difficultés entravaient parfois les prises de décision, certaines d'entre elles étaient ainsi retardées et nécessitaient des discussions et des négociations prolongées avec le Ministère. Par conséquent, des initiatives importantes restaient en suspens, freinant la prestation de services en faveur des enfants et des familles. Par exemple, l'approbation de la stratégie nationale en matière de santé mentale et de soutien psychosocial a été repoussée jusqu'à juillet 2015. Des changements soudains et la définition ambiguë de certains rôles au sein du Ministère ont été source de confusion pour les ONG partenaires. Les décisions étaient parfois prises sans même que ces dernières soient dûment consultées. Certaines de ces discussions requéraient d'importants changements stratégiques de la part des ONG, ce qui n'était pas toujours aisé car elles devaient par ailleurs respecter les conditions des donateurs. Des réunions importantes étaient ainsi annulées au dernier moment par le Ministère, de sorte que les réunions hebdomadaires pouvaient ne se tenir qu'une ou deux fois par mois.

Le Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance souhaitait participer davantage aux prises de décision, notamment en ce qui concerne la sélection des ONG partenaires en vue de la fourniture de services de protection de l'enfance pendant l'épidémie d'Ebola. L'UNICEF et le Ministère ont élaboré un protocole d'accord portant sur ces partenariats. Une liste a également été approuvée, laquelle comprenait les ONG recommandées par le Ministère et celles recommandées par l'UNICEF. Certaines ONG proposées par l'UNICEF n'ayant pas remporté l'approbation du Ministère avaient été laissées de côté ; or, elles auraient pu contribuer sensiblement à la lutte contre Ebola.

La coordination de la riposte à Ebola : la collaboration entre le Libéria, la Sierra Leone et la Guinée

Dans l'ensemble, la riposte à Ebola a été marquée par des « visions nationalistes ». Dans l'idéal, la collaboration et la coordination techniques entre les pays doivent être instaurées dès le début d'une épidémie. L'UNICEF s'est heurté à ce problème qui, loin d'affecter exclusivement la protection de l'enfance, était global. L'épidémie d'Ebola était sans précédent. Le manque de collaboration entre les pays a entravé la tâche du personnel chargé d'élaborer les stratégies. Des groupes ont pu être constitués pour connecter les pays et le bureau régional de l'UNICEF et, d'une part, encourager les échanges fructueux continus, les initiatives conjointes et les examens par les pairs et, d'autre part, éviter que les erreurs commises dans un pays se reproduisent dans un autre (quelles que soient les différences contextuelles d'un pays à l'autre).

Il faut cependant noter la coordination rigoureuse de la planification entre les trois pays, notamment en ce qui concerne la préparation de la réunion transfrontalière qui s'est tenue en novembre 2014 à Freetown, en Sierra Leone. L'élaboration du cadre stratégique de la protection de l'enfance et la définition des priorités immédiates du programme ont également fait l'objet d'une bonne coordination. Néanmoins, la collaboration technique entre les trois programmes de protection de l'enfance était loin d'être structurée, continue et systématique. Les procédures opérationnelles permanentes ou les directives techniques concernant les priorités du cadre stratégique n'ont pas été mises au point conjointement par au moins deux programmes de protection de l'enfance. En d'autres termes, la réunion de Freetown est à l'origine d'un cadre stratégique commun pour les trois pays et de plans d'action spécifiques pour chacun, mais le travail technique nécessaire pour transposer le cadre en procédures opérationnelles permanentes ou en directives a été réalisé séparément (et de manière isolée) par chaque pays sans aucun mécanisme de comparaison.

Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés ont reconnu le rôle proactif du bureau régional de l'UNICEF qui a, entre autres, apporté un appui technique au secteur de la santé mentale et du soutien psychosocial ; a déployé le personnel du bureau régional et du siège ; et a organisé une réunion transfrontalière entre les gouvernements, l'UNICEF et les ONG.

Familles rassemblées pour le programme de dons en espèces en Guinée. (9 mai 2015)

© UNICEF/UNI184970/La Rose

CHAPITRE CINQ

Ressources financières et humaines

Les chapitres précédents présentent les deux composantes principales du programme qui ont étayé la riposte du secteur de la protection de l'enfance : d'une part, la santé mentale et le soutien psychosocial et, d'autre part, la prise en charge, y compris dans les centres, et le soutien des enfants touchés par Ebola et de leurs familles. Une gestion des données et une coordination du programme rigoureuses étaient les piliers essentiels des composantes du programme et de la mise en œuvre efficace de la riposte. Naturellement, la riposte à Ebola n'aurait pas été possible sans la disponibilité en temps opportun de ressources financières et humaines suffisantes (tant en quantité qu'en qualité). Bien gérées, ces ressources sont les éléments fondamentaux des interventions d'urgence.

Le présent chapitre est consacré aux ressources financières et humaines de la riposte à Ebola en Afrique de l'Ouest.

I. LES RESSOURCES FINANCIERES DE LA RIPOSTE A EBOLA

Il a fallu attendre décembre 2014 pour que les besoins pressants de financement des programmes de protection de l'enfance de l'UNICEF pendant l'épidémie soient couverts ; ils n'ont d'ailleurs représenté qu'un pourcentage relativement faible du financement total reçu par l'UNICEF pour la riposte à Ebola. Les fonds mis à disposition des bureaux de pays de l'UNICEF, généralement après le point culminant de l'épidémie, étaient pour la plupart à court terme[25]. Les personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation des enseignements tirés ont signalé que le manque de financement a considérablement entravé l'intensification des programmes.

Les fonds reçus par le programme de protection de l'enfance de l'UNICEF en Guinée atteignaient 1 181 988 dollars US en décembre 2014 et n'ont enregistré aucune augmentation significative avant août 2015. En Sierra Leone, le programme a bénéficié d'un financement progressif relativement correct, porté par une prédisposition plutôt favorable des donateurs avant l'épidémie d'Ebola, et disposait ainsi de 10 millions de dollars US en décembre 2014. Au Libéria, la mobilisation des ressources a posé plus de problèmes, mais, suite à une injection importante en décembre 2014, le financement total perçu par le bureau de pays pour la protection de l'enfance s'élevait

[25] Les activités du programme de protection de l'enfance ne s'appuient généralement pas sur un financement initial ou immédiat. Par exemple, dans le cadre de la riposte à l'Ebola, les fonds destinés aux fournitures étaient relativement modestes (à savoir, 15 % au Libéria) et étaient généralement affectés à la dotation en personnel des centres intérimaires d'observation et de soins, à la recherche et à la réunification des familles, aux salaires des travailleurs sociaux, aux dons en espèces, aux kits et aux opérations de suivi sur le terrain.

TABLEAU 6 : FINANCEMENT PERÇU PAR LES BUREAUX DE PAYS EN GUINÉE, AU LIBÉRIA ET EN SIERRA LEONE ET FINANCEMENT DESTINÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE (EN POURCENTAGE DU FINANCEMENT TOTAL)

	Septembre 2014	Décembre 2014	Avril 2015	Août 2015
Montant cumulé perçu par les bureaux de pays en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone (en dollars US)	35 827 632	223 032 716	335 334 938	346 476 582
Montant destiné à la protection de l'enfance (en pourcentage du financement total) (en dollars US)	1 316 370 (3.67%)	18 820 140 (8.43%)	28 986 926 (8.64%)	37 171 998 (10.72%)

Source : Appel du plan d'action humanitaire, octobre 2015 et bureau de pays.

à 8 millions de dollars US. L'épidémie a atteint son point culminant en Sierra Leone et au Libéria respectivement en octobre et en novembre 2014, soulignant l'enjeu représenté par la proportionnalité entre le financement et l'étendue de l'épidémie.

La réaffectation des fonds des programmes ordinaires (précédant l'épidémie) a permis d'intervenir dans le domaine de la protection de l'enfance jusqu'à l'amélioration du flux des ressources.

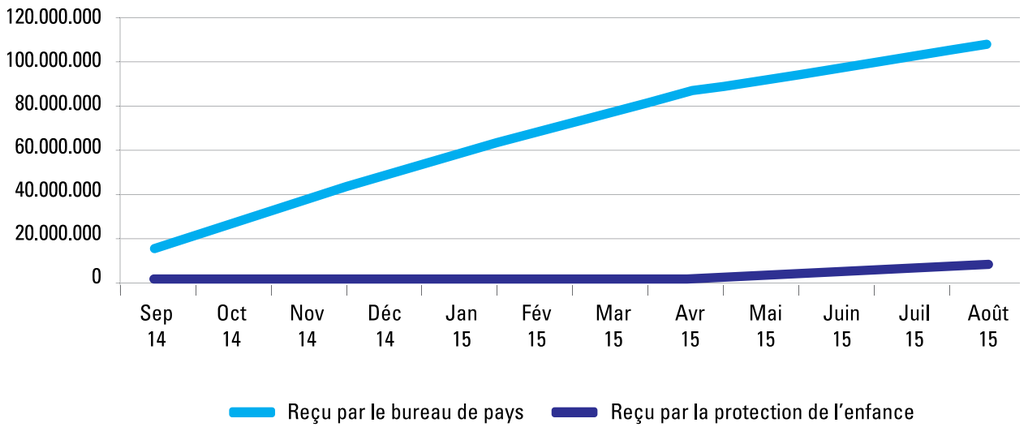
État du financement par pays

TABLEAU 7 : FINANCEMENT PERÇU PAR UNICEF GUINÉE ET FINANCEMENT DESTINÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE (EN POURCENTAGE DU FINANCEMENT TOTAL)

	Septembre 2014	Décembre 2014	Avril 2015	Août 15
Financement reçu par l'UNICEF Guinée (en dollars US)	14 609 523	48 910 882	85 077 981	106 569 053
Financement reçu par la section de la protection de l'enfance de l'UNICEF en Guinée (en pourcentage du total) (en dollars US)	816,370 (5.58%)	1 181 988 (2.41%)	1 181 988 (1.38%)	7 375 403 (6.9%)

Source : Appel du plan d'action humanitaire, octobre 2015 et bureau de pays. Chiffres cumulés.

GRAPHIQUE 2 : FINANCEMENT PERÇU PAR UNICEF GUINÉE ET FINANCEMENT DESTINÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE (EN POURCENTAGE DU FINANCEMENT TOTAL)



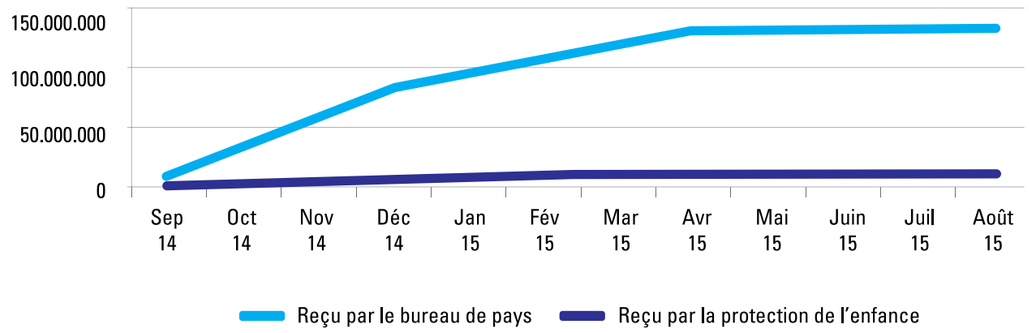
Source: UNICEF Situation Reports

TABLEAU 8 : FINANCEMENT PERÇU PAR UNICEF LIBÉRIA ET FINANCEMENT DESTINÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE (EN POURCENTAGE DU FINANCEMENT TOTAL)

	Septembre 2014	Décembre 2014	Avril 2015	Août 15
Financement reçu par l'UNICEF Libéria (en dollars US)	9 314 553	85 833 254	133 058 313	135 308 884
Financement reçu par la section de protection de l'enfance de l'UNICEF au Libéria (en pourcentage du total) (en dollars US)	0 (0%)	7 893 551 (9.19%)	13 265 546 (9.96%)	13 265 546 (9.98%)

Source : Appel du plan d'action humanitaire, octobre 2015 et bureau de pays.

GRAPHIQUE 3 : FINANCEMENT PERÇU PAR UNICEF LIBÉRIA ET FINANCEMENT DESTINÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE (EN POURCENTAGE DU FINANCEMENT TOTAL)



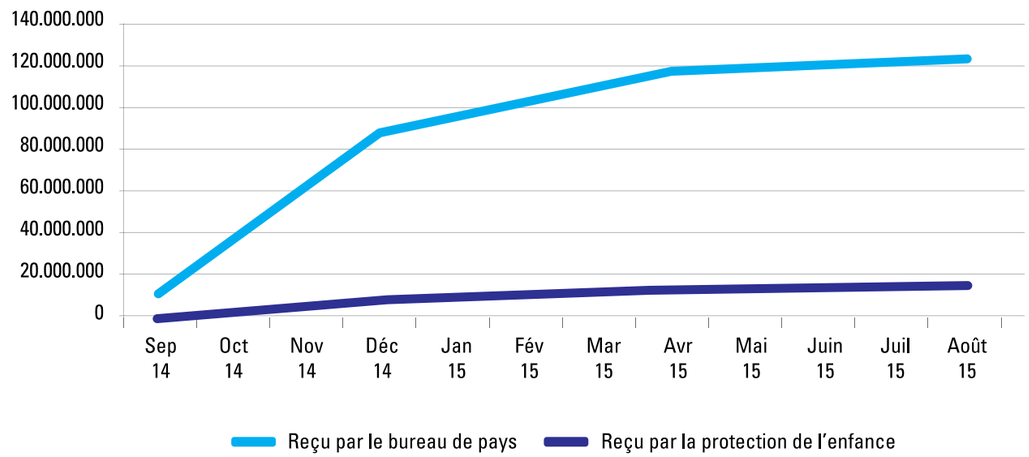
Source: UNICEF Situation Reports

TABLEAU 9 : FINANCEMENT PERÇU PAR UNICEF SIERRA LEONE ET FINANCEMENT DESTINÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE (EN POURCENTAGE DU FINANCEMENT TOTAL)

	Septembre 2014	Décembre 2014	Avril 2015	Août 15
Financement reçu par l'UNICEF Sierra Leone (en dollars US)	11 903 556	88 288 580	117 198 644	122 598 645
Financement reçu par la section de protection de l'enfance de l'UNICEF en Sierra Leone (en pourcentage du total) (en dollars US)	500 000 (4.2%)	9 744 601 (11.03%)	14 539 392 (12.40%)	16 531 049 (13.48%)

Source : Appel du plan d'action humanitaire, octobre 2015 et bureau de pays.

GRAPHIQUE 4 : FINANCEMENT PERÇU PAR UNICEF SIERRA LEONE ET FINANCEMENT DESTINÉ À LA PROTECTION DE L'ENFANCE (EN POURCENTAGE DU FINANCEMENT TOTAL)



Source: UNICEF Situation Reports

II. LES RESSOURCES HUMAINES DE LA RIPOSTE A EBOLA

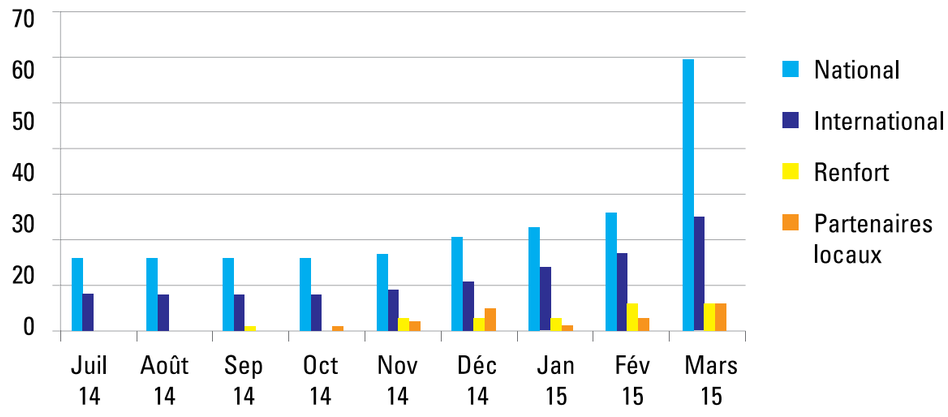
En général, le moment où le recrutement et le déploiement du personnel avaient lieu dépendait de trois aspects fondamentaux : le financement, l'identification d'experts suffisamment expérimentés et les garanties en matière de sécurité des nouveaux membres du personnel (par exemple, l'évacuation médicale, les établissements de soins spéciaux, etc.).

Pendant l'épidémie, le recrutement en nombre suffisant de personnel qualifié disposant de l'expérience nécessaire a représenté un enjeu constant et il ne fait aucun doute que le manque de financement a limité son étendue. Les capacités en ressources humaines ont été renforcées après le point culminant de l'épidémie suite à une augmentation significative des fonds disponibles en décembre 2014. Cette date marque un tournant et le nombre de membres du personnel affectés à la protection de l'enfance de l'UNICEF et des partenaires a rapidement augmenté (à l'échelle nationale et internationale). Les agents remplissant des fonctions cruciales, à l'instar des spécialistes de la gestion de l'information en Guinée et en Sierra Leone et le spécialiste de la santé mentale et du soutien psychosocial au Libéria n'ont pris leurs fonctions qu'en janvier ou février 2015. Les bureaux sur le terrain et les structures infranationales, qui contribuaient aux ripostes nationales à Ebola en soutenant les structures de coordination infranationales et en surveillant la fourniture des services (par exemple, les bureaux de la protection en Sierra Leone) étaient en sous-effectif jusqu'au premier trimestre 2015.

Le personnel national a joué un rôle déterminant dans la riposte. En effet, il comprenait la culture, les croyances et les relations sociales du pays, c'est-à-dire les ressorts essentiels de la réaction de l'opinion publique à l'épidémie. En janvier 2015, une fois la stratégie et le financement du programme en place, le recrutement du personnel national s'est poursuivi pour couvrir principalement les bureaux de terrain.

En raison des difficultés économiques et des conflits récents ayant ébranlé les pays touchés, les ressources humaines nationales existantes étaient également limitées. Le Libéria ne comptait que 12 travailleurs sociaux sur l'ensemble de son territoire et aucune structure de soutien de niveau intermédiaire. En Sierra Leone, on recensait 90 travailleurs sociaux tandis qu'en Guinée aucun travailleur social ne travaillait pour le compte du gouvernement. Grâce au soutien de l'UNICEF, 120 travailleurs sociaux ont pu être recrutés par l'administration en Guinée, 108 au Libéria (et 65 cliniciens en santé mentale relevant du Ministère de la santé) et 157 en Sierra Leone. Des fonctionnaires expérimentés au niveau des comtés/districts/préfectures ont renforcé le système de soutien de niveau intermédiaire. Le processus a cependant pris du temps et les nouvelles recrues (qui étaient souvent des sociologues et non des travailleurs sociaux) ne suivaient qu'une formation de quelques jours (trois jours en Guinée et dix au Libéria) alors que le cursus suivi par les travailleurs sociaux dure généralement trois ans.

GRAPHIQUE 5 : LE PERSONNEL DU PROGRAMME DE PROTECTION DE L'ENFANCE DE L'UNICEF



Source: UNICEF Situation Reports

Déploiement international de l'UNICEF

Pendant l'épidémie, le recrutement du personnel sur le plan international s'est avéré difficile. La Guinée et la Sierra Leone continuaient d'être considérées comme des « lieux d'affectation famille autorisée » même si les conditions de vie n'étaient pas idéales pour les familles. Dans de nombreux cas, le personnel international des bureaux de pays s'est vu contraint de réinstaller sa famille à l'étranger et ce, sans aide ou à peine. (Le Libéria faisait déjà office de lieu d'affectation déconseillé aux familles.) Le fait qu'en dépit de la situation sur le terrain, les bureaux de pays n'aient pas indiqué que ces lieux d'affectation étaient désormais déconseillés aux familles, a eu un fort effet dissuasif auprès du personnel sur place envisageant de rester à son poste et, parfois, auprès des recrues potentielles.

Déploiement des renforts

Le système des renforts, qui permet de mobiliser le personnel d'un poste ou d'un bureau de l'UNICEF existant pour le déployer dans le cadre d'une situation d'urgence, constituait une manière efficace de disposer de personnel, appréciée des cadres supérieurs. Ce personnel mobilisé était familiarisé avec les processus de programmation de l'UNICEF et évitait d'avoir recours à des procédures de recrutement qui nécessitaient des

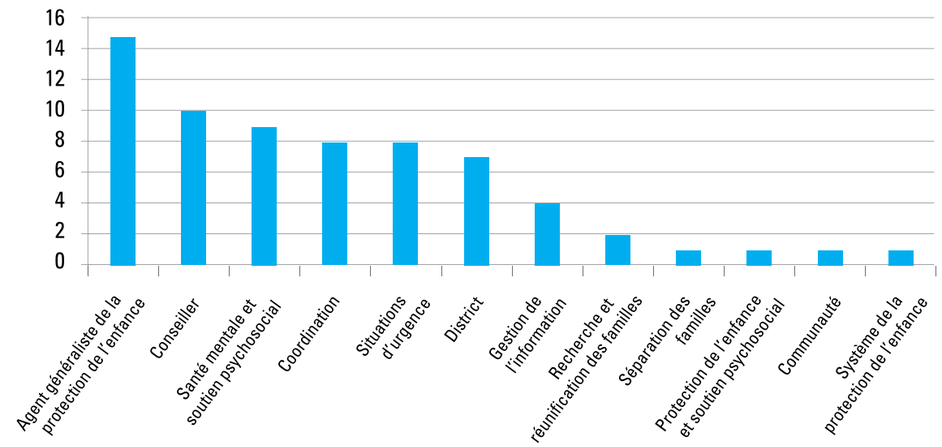
Une femme aide un jeune garçon à se laver les mains avec une solution chlorée désinfectante, devant leur maison, à Conakry, Guinée. (14 janvier 2015)

© UNICEF/UNI177680/UNMEER Marti

TABLEAU 10 : DÉPLOIEMENT PAR POSTE REQUIS (OCTOBRE 2015)

	Déploiement total dans le secteur de la protection de l'enfance	Personnel affecté au programme régulier avant Ebola
Guinée	17	7
Libéria	9	3
Sierra Leone	30	5

GRAPHIQUE 6 : DÉPLOIEMENTS PAR POSTE REQUIS (OCTOBRE 2015)



Source : UNICEF Situation Reports

ressources et du temps, deux facteurs précieux. En général, le déploiement des renforts s'étendait sur une durée maximale de trois mois (à quelques notables exceptions). Il convient cependant de signaler qu'il a souvent fallu convaincre le personnel de participer au déploiement. La plus grande partie du personnel international est arrivé après le point culminant de l'épidémie, une fois que les dispositifs sanitaires d'urgence étaient en place (par exemple, l'évacuation médicale) et que le climat de peur commençait à se dissiper.

Au total, l'UNICEF a déployé 714 personnes dans le cadre de la riposte à Ebola. Au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée, l'UNICEF a sollicité l'envoi de 67 personnes pour le secteur de la protection de l'enfance et 56 ont été déployées. Sur ces 67 personnes : 25 (37 %) ont été embauchées comme conseillers ou agents généralistes de la protection de l'enfance ; 9 (13 %) en tant que spécialistes de la santé mentale et du soutien psychosocial ; et 8 (12 %) en tant que responsables de la coordination. (Ces chiffres peuvent être comparés à ceux d'autres programmes de l'UNICEF : communication pour le développement, 105 ; eau, assainissement et hygiène pour tous (EHA), 83 ; programme de santé, 82 ; et situations d'urgence, 74.)

Durée du déploiement

La riposte à Ebola a donné lieu à de nombreux déploiements à court terme dans toutes les organisations. En ce qui concerne la protection de l'enfance, un tiers des contrats avait une durée inférieure à un mois et un quart une durée supérieure à six mois. Le taux de rotation avait une incidence sur l'efficacité. Les consultants et le personnel arrivé depuis peu participaient à pratiquement toutes les réunions et il était souvent nécessaire de répéter certains points pour les nouveaux venus. Les décisions étaient souvent prises par des personnes qui n'étaient plus présentes lors de leur mise en œuvre. Il est suggéré, dans le cadre de futures épidémies, de fixer une durée minimale de déploiement (par exemple, trois mois), six mois étant la durée idéale, tout en reconnaissant que, dans certains cas, les missions spécifiques à court terme sont les plus indiquées.

Plusieurs cadres interrogés lors de l'évaluation des enseignements tirés ont signalé que toutes les personnes déployées ne possédaient pas les compétences techniques et l'expérience des situations d'urgence adéquates. Si l'efficacité de certains fonctionnaires de niveau P4 est reconnue, il aurait sans doute été préférable de déployer un personnel de niveau P3, plus disposé et capable de travailler sur le terrain. À cet égard, les détachements de personnel des ONG se sont avérés utiles. La plupart des personnes déployées étaient sur le terrain en Sierra Leone et en Guinée.

Durée du déploiement

Moins d'un mois : 36 %
De un à six mois : 41 %
Plus de six mois : 23 %

Le déploiement du personnel de protection de l'enfance en poste au siège social de New York et du spécialiste régional de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence du Bureau régional pour l'Asie orientale et le Pacifique a apporté une aide efficace aux équipes concernées, même s'il n'a eu lieu qu'après le point culminant de l'épidémie. Ces renforts ont soutenu la gestion des responsables de la protection de l'enfance qui en avaient grandement besoin. Ayant le même niveau que le responsable, mais sans saper le travail de ce dernier ni prendre sa place, ils possédaient l'expérience requise pour assumer des fonctions de représentation (par exemple, dans les réunions externes avec les donateurs ou les partenaires) ; de gestion d'équipes (en tant que point de liaison et de référence/consultation supplémentaire entre l'équipe aux effectifs croissants et le responsable) ; d'organisation et de suivi du budget en augmentation rapide ; et de gestion du processus d'accord de coopération au titre des programmes.

Dans le cadre de futures épidémies, une attention redoublée devra être accordée au soutien à la gestion, ainsi qu'au renforcement de l'appui technique en fonction de la nature de la crise. Les acteurs de la riposte signalent, entre autres accomplissements des renforts, la mise au point du *paquet minimum de services* au Libéria, la gestion des relations (avec le gouvernement et les ONG) en Sierra Leone et les actions entreprises par l'intermédiaire du système de l'UNICEF en Guinée.

Les cadres supérieurs interrogés ont loué la contribution précieuse du conseiller régional de la protection de l'enfance qui a organisé de manière proactive l'appui technique des équipes de la protection de l'enfance, a facilité les échanges entre les pays, a organisé la réunion transfrontalière de Freetown et a permis aux responsables de section de prendre des congés maladie ou des congés de détente en les remplaçant.

La gestion de l'information et la santé mentale et le soutien psychosocial ont été désignés comme les domaines dont les capacités techniques étaient les plus faibles. À l'avenir, le spécialiste de la santé mentale et du soutien psychosocial, le spécialiste de la gestion de l'information et le responsable de la coordination au niveau national devront être déployés dès le début d'une épidémie. Leur mission doit s'étendre sur un minimum de six mois, voire idéalement, pendant la durée de l'épidémie.

Des enfants et une femme participent à une distribution conjointe d'aides financières, dans la préfecture de Forécariah. (9 mai 2015)

© UNICEF/UNI184970/La Rose

Une lycéenne et membre du groupe A-LIFE de West Point à Monrovia, Libéria. (10 octobre 2015)

© UNICEF/UNI200658/Grile

Annexes

ANNEXE I

Mandat de l'évaluation des enseignements tirés

Historique et contexte

L'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, dont le premier cas a été détecté en décembre 2013, était inédite du point de vue de son étendue géographique, de son taux d'infection et du nombre de décès qu'elle a causés. Les gouvernements nationaux touchés et les organisations humanitaires internationales se sont heurtés aux défaillances des établissements de traitement, à l'insuffisance des ressources humaines et des moyens de coordination, ainsi qu'à la peur et à la méfiance des communautés.

Le secteur de la protection de l'enfance de l'UNICEF (UNICEF WCARO en collaboration avec les bureaux de pays en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone) a, suivant la recommandation des responsables prenant acte des enseignements tirés de la riposte à Ebola en 2014 et en 2015, réalisé un exercice d'évaluation des enseignements tirés.

L'objectif principal de cette évaluation est de documenter les interventions de la protection de l'enfance et d'évaluer les lacunes essentielles et les enseignements tirés afin d'éclairer la future programmation de l'UNICEF en matière de protection de l'enfance dans les situations d'urgence identifiées comme des urgences de santé publique.

Buts et objectifs

Principaux objectifs de l'évaluation des enseignements tirés :

a) évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'opportunité des activités réalisées par l'UNICEF et ses partenaires en faveur de la protection de l'enfance contre l'épidémie d'Ebola du début de la situation d'urgence à la planification du relèvement. Compte tenu de la nature dynamique de l'épidémie, l'opportunité et l'efficacité de l'élaboration et du déploiement du programme d'action seront également évaluées.

b) identifier les enseignements tirés, les meilleures pratiques et les erreurs en vue d'émettre des recommandations sur l'utilisation de l'expérience de la riposte à Ebola pour préparer et améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions futures de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence de santé publique. Les recommandations visant à améliorer les systèmes soutenant la programmation (à savoir la gestion de l'information et la coordination), afin qu'ils informent et dirigent la riposte du secteur de la protection de l'enfance seront particulièrement importantes.

Portée des enseignements tirés

Les enseignements tirés porteront particulièrement sur les domaines prioritaires de la riposte de la protection de l'enfance identifiés à l'occasion de la réunion transfrontalière inter-organisations qui s'est tenue à Freetown, en Sierra Leone, au moment où l'épidémie atteignait son point culminant (novembre 2014). Cette réunion a défini le cadre stratégique de la riposte du secteur de la protection de l'enfance à l'épidémie d'Ebola :

1. opportunité et pertinence de l'ensemble minimal de services fournis aux enfants touchés par Ebola ;
2. coordination de la riposte du secteur de la protection de l'enfance (à l'échelle nationale et internationale et à tous les niveaux de l'organisation) ;
3. collecte des données et gestion de l'information ;
4. soins intérimaires/en transit pour les enfants ayant perdu leurs parents ou les personnes les ayant en charge, y compris la prise en charge dans les centres, les familles et les familles d'accueil ;
5. activités relevant de la santé mentale et du soutien psychosocial ;
6. articulation de la riposte du secteur de la protection de l'enfance avec d'autres secteurs, en particulier la santé et la mobilisation sociale.

Une attention particulière sera accordée à l'importance de la disponibilité en temps opportun de données pertinentes sur le nombre d'enfants touchés par Ebola et sur leurs besoins.

Outre ces domaines thématiques, l'évaluation examinera les stratégies en matière de ressources humaines déployées par l'UNICEF pour la protection de l'enfance, la mobilisation des fonds et leur utilisation. Elle portera également sur la mesure dans laquelle la riposte du secteur de la protection de l'enfance était coordonnée avec celle d'autres secteurs de l'UNICEF, en particulier la santé et la mobilisation sociale.

Méthodologie
La méthodologie comprendra les étapes suivantes :

a) Étude théorique
L'étude théorique sera basée dans le lieu de résidence des consultants et comprendra l'examen systématique de l'ensemble des documents relatifs au programme au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée, au siège de l'UNICEF et dans son bureau régional (WCARO). Cet examen portera en particulier sur les documents de planification interne et externe du programme ; les documents d'orientation programmatique élaborés au niveau national, régional et mondial ; les documents relatifs aux enseignements tirés déjà existants ; les rapports de mission et autre document pertinent. En outre, l'analyse des données disponibles sur la riposte de la protection de l'enfance sera particulièrement importante pour déterminer l'étendue des besoins en la matière et la mesure dans laquelle ils ont été couverts. Au cours de cette phase, les consultants procèderont à des entretiens avec des intervenants clés susceptibles d'éclairer la riposte sans pour autant être en mission au Sénégal, au Libéria, en Sierra Leone ou en Guinée.

b) Visites sur le terrain
Conformément aux règles concernant le recrutement de consultants dans les pays touchés par Ebola, le consultant réalisera des visites sur le terrain au Libéria, en Afrique de l'Ouest et en Afrique du Centre, et un fonctionnaire détaché à titre temporaire assurera des visites sur le terrain en Guinée et en Sierra Leone en étroite collaboration avec lui. Dans le cadre de ces visites, ils recueilleront les informations/documents qui ne l'ont pas été pendant la phase initiale en mettant l'accent sur les données qualitatives et quantitatives en collaboration avec les partenaires. Ces visites sur le terrain seront également l'occasion d'organiser des entretiens avec les intervenants clés issus du personnel des bureaux de pays, des organisations partenaires (en particulier celles relevant du gouvernement) et des parties prenantes au niveau infranational, y compris de la population touchée, en faisant appel à l'observation, à l'interaction et aux discussions de groupe. Le consultant participera éventuellement aux entretiens avec des intervenants clés par Skype/téléphone. Au Libéria, il organisera une réunion d'une journée avec l'UNICEF et les partenaires afin de discuter des objectifs de la mission, d'assurer une forte participation nationale à l'exercice et de préparer la réunion transfrontalière.

c) Réunion inter-organisations transfrontalière
Après avoir visité les trois pays et le bureau régional de Dakar, le consultant organisera une réunion inter-organisations transfrontalière à Monrovia à laquelle participeront les principales parties prenantes du Libéria, de la Sierra Leone et de la Guinée, le siège de l'UNICEF et son bureau régional en Afrique de l'Ouest et du Centre. Il recevra à cet égard le soutien du personnel du bureau régional de l'UNICEF. La réunion a pour objectif de présenter les principales conclusions de l'étude théorique et des consultations nationales afin de faciliter les discussions et de consolider les résultats clés de la riposte, d'émettre des recommandations importantes sur les pratiques futures et de souligner les priorités et les actions du processus de relèvement.

Résultats concrets
Le consultant devra obtenir les résultats suivants conformément aux étapes décrites ci-dessus :

a) Un rapport initial : en prenant appui sur l'étude théorique et les discussions préliminaires avec le conseiller régional de la protection de l'enfance (WCARO) qui gère le contrat, le consultant présentera les questions de l'évaluation et les méthodes proposées pour atteindre les objectifs de la mission, soit une description détaillée de l'étendue du travail accompagnée de plans spécifiques sur la collecte des données requises, de guides pour les entretiens avec les intervenants clés rencontrés à l'occasion des missions sur le terrain (par le consultant et le fonctionnaire détaché à titre temporaire) et le projet de calendrier des visites sur le terrain et de l'atelier transfrontalier.

b) Des rapports de mission sur le terrain : au Libéria, le consultant rédigera un bref rapport de mission présentant les principales conclusions concernant les objectifs spécifiques de la mission. Le consultant examinera et validera également les rapports de mission soumis par le fonctionnaire détaché à titre temporaire en Guinée et en Sierra Leone.

c) Une réunion transfrontalière : le consultant soumettra l'ordre du jour de la réunion à l'approbation du bureau régional et dressera la liste des participants de concert avec les bureaux de pays de l'UNICEF. La logistique de la réunion sera assurée par le bureau régional hôte (Libéria). Cette réunion fera l'objet d'un compte-rendu.

d) Un projet de rapport final : conformément aux objectifs de la mission et aux domaines d'intérêt et d'analyse particuliers, le consultant soumettra un premier projet de rapport aux parties prenantes clés pour observation.

e) Un rapport final : il comprendra une synthèse d'une seule page et s'étendra idéalement sur 15 pages au maximum (sans compter les annexes).

ANNEXE II

Cadre analytique et questionnaire

Le conseiller régional en poste à Dakar, au Sénégal, et deux consultants ont défini le présent cadre pour réaliser leurs missions respectives sur le terrain. Un consultant couvrait le Libéria et l'autre la Sierra Leone et la Guinée.

Dans chaque domaine, une liste de questions à poser et de documents et de données à recueillir a été fournie. Les questions proposées structuraient les entretiens entre les consultants et les intervenants clés. Les documents et les données relevés venaient étayer les composantes essentielles de l'évaluation des enseignements tirés dans chaque domaine.

1. Opportunité et pertinence de l'ensemble minimal de services fournis aux enfants touchés par Ebola
   - Principales interventions
   - Identification des enfants bénéficiaires
   - Certains des ensembles de services ont-ils été fournis par le secteur de l'éducation et/ou de la santé ?
   - Ciblage et cohérence des termes utilisés
   - Planification de la stratégie : avec qui, en utilisant quelles données ?
   - Quel (les) projets/interventions devront faire l'objet d'une évaluation d'impact ?
   - L'évaluation rapide a-t-elle influencé ou guidé l'élaboration du programme de protection de l'enfance ?

   Documents:
   - Procédures opérationnelles permanentes
   - Manuels de formation
   - Évaluation des compétences
   - Rapports de suivi sur le terrain

2. Premiers secours psychologiques
   - Le manuel des premiers secours psychologiques élaboré par plusieurs organisations dont l'UNICEF en septembre 2014 a-t-il été utilisé ?
   - La stratégie des premiers secours psychologiques préparée en Sierra Leone en février/avril a-t-elle été complétée ?
   - La stratégie/définition du mandat des premiers secours psychologiques au Libéria ont-elles été conclues ?
   - Quand les programmes ont-ils commencé ?
   - Documents de référence
   - Quelle était la nature des relations avec le secteur de l'éducation en matière de formation des enseignants ? Par qui la formation a-t-elle été assurée ?
   - Suivi et normes

3. Dons en espèces
   - Critères
   - Efficacité (évaluation d'impact)
   - Qui était éligible ? À l'issue de quel processus et dans le cadre de quelle coordination ?
   - Délai nécessaire pour atteindre tous les enfants éligibles
   - Suivi

4. Coordination de la riposte du secteur de la protection de l'enfance (à l'échelle nationale, internationale et à tous les niveaux de l'organisation)
   - Comment la collaboration dans le cadre des interventions communes entre les secteurs de la protection de l'enfance et de la santé, ainsi qu'entre la mobilisation sociale (communication pour le développement) et l'éducation s'est-elle passée ?
   - Quel a été le degré d'efficacité du sous-groupe de la coordination ? Quels ont été ses principaux accomplissements ?
   - Combien de temps et de ressources humaines ont-ils été nécessaires pour obtenir des résultats satisfaisants ?
   - Leadership du gouvernement
   - Peut-il être maintenu ?
   - De quelle manière l'évaluation rapide a-t-elle influencé la stratégie en faveur des enfants et la collaboration entre les secteurs ?

5. Mesure dans laquelle la riposte du secteur de la protection de l'enfance reposait sur la disponibilité adéquate et en temps opportun des données portant sur le nombre d'enfants touchés par Ebola et leurs besoins
   - Priorité accordée à la gestion d'un système de données au sein du programme ordinaire de protection de l'enfance (dans quelle mesure les ONG étaient-elles disposées à soutenir ce système ?)
   - Appropriation des données par le gouvernement
   - Qualité des données et mise à jour
   - Est-il nécessaire d'inclure un spécialiste dans chaque équipe de protection de l'enfance ?
   - Termes et définitions manquant de clarté :

orphelins, touchés, vulnérables ; fortement touchés ; fortement vulnérables
- « Touchés » semble être le terme suscitant le plus de doutes en raison des nombreuses interprétations possibles
- Cohérence terminologique des données entre les pays
- Système de gestion de l'information (quelles sont les composantes communes capables d'en garantir la cohérence ?)
- Quelles données fournies par les secteurs de la mobilisation sociale, de la santé et WASH ont pu être utilisées par la protection de l'enfance ?

Indicateurs

i. Indicateurs et dénominateurs relatifs au suivi des performances de l'aide humanitaire
ii. Tous les pays partageaient-ils les mêmes compréhension et définitions ?
iii. Nécessité d'une évaluation d'impact pour déterminer l'efficacité de l'approche et être en mesure de définir les indicateurs à utiliser dans le cadre d'une future épidémie

6. **À propos des centres intérimaires/de transit, de la prise en charge dans les centres et les familles d'accueil**
   - Procédures opérationnelles permanentes
   - Matériel de formation
   - Formation : qui, comment, quoi, quand ?
   - Soutien du suivi
   - Normes en matière de notification et de suivi
   - Efficacité/impact
   - Relations avec la famille élargie/d'accueil
   - Perception des centres par le gouvernement
   - Les centres seront-ils utilisés dans le cadre de futures épidémies ?

   Documents:
   - Procédures opérationnelles permanentes
   - Manuels de formation
   - Évaluation des compétences
   - Rapports de suivi sur le terrain

7. **À propos de la riposte en matière de santé mentale et de soutien psychosocial**
   - Uniformité de l'approche et de l'utilisation des termes
   - Formation : qui, comment, quoi, quand ?
   - Soutien du suivi sur le terrain
   - Processus de suivi
   - Comment les normes sont-elles évaluées et maintenues ?
   - Quelles sont les données factuelles étayant l'efficacité/l'impact ?
   - Quels sont les liens avec la santé mentale ?
   - Coordination entre le soutien psychosocial et la santé mentale
   - Les centres de soins communautaires fournissaient-ils un soutien psychosocial ? Qui étaient les prestataires des services ? Quelle était leur formation ?

   Documents:
   - Procédures opérationnelles permanentes
   - Manuels de formation
   - Évaluation des compétences
   - Rapports de suivi sur le terrain

8. **Stratégies déployées par l'UNICEF en matière de ressources humaines pour le secteur de la protection de l'enfance**
   - Les trois bureaux de pays avaient une approche différente du déploiement du personnel
   - Quelle a été l'expérience des trois bureaux de pays ?
   - Le nombre élevé des effectifs était-il un problème ou une solution ?
   - Quel profil professionnel convient le mieux à l'équipe de la protection de l'enfance dans le cadre d'une épidémie d'Ebola ?

9. **Mobilisation et utilisation des fonds**
   - Quand les fonds destinés spécifiquement à la protection de l'enfance ont-ils été reçus ?
   - Quelle part du financement du programme ordinaire a-t-elle été redistribuée ?
   - Était-ce un financement à court ou à long terme ?
   - Le secteur de la protection de l'enfance a-t-il dû se centrer sur l'approvisionnement pour pouvoir utiliser les fonds en temps opportun ?
   - À quel moment le (manque ou l'excès de) financement a-t-il été un problème ?
   - A-t-il été facile d'en rendre compte aux donateurs (données de qualité ; informations sur l'efficacité ou l'impact) ?

10. **Mesure dans laquelle la riposte du secteur de la protection de l'enfance a été articulée avec d'autres secteurs au sein de l'UNICEF, en particulier la santé et la mobilisation sociale**
    - Outre la stratégie globale « d'endiguement de l'épidémie », l'aide aux enfants constituait-elle un objectif commun ?
    - La communication pour le développement comprenait-elle des informations/messages ciblant spécifiquement les enfants ?
    - Les acteurs de la protection de l'enfance ont-ils joué un rôle décisif dans l'élaboration des messages ?
    - Les enfants étaient-ils bien informés sur l'épidémie et les moyens de prévention ?
    - Les acteurs de la protection de l'enfance et de la communication pour le développement se sont-ils rencontrés pour cibler les enfants ?
    - Les interventions sanitaires comprenaient-elles des services/ensembles de services couvrant les besoins spécifiques des enfants ? Plus spécifiquement, comprenaient-elles les services de protection de l'enfance conformément aux principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire?
    - Le secteur de la santé a-t-il fourni, entre autres, des données sur les enfants ?
    - Le secteur de la santé a-t-il collaboré avec celui de la protection de l'enfance pour mettre au point des protocoles visant à couvrir les besoins spécifiques des enfants « admis » (en tant que patients ou qu'accompagnateurs de leurs parents/personne les ayant en charge) dans le système de prise en charge ?
    - Le secteur de la santé a-t-il collaboré avec le gouvernement/l'OMS/MSF à l'établissement des protocoles de soins pédiatriques ?
    - L'UNICEF a-t-il tenté de faire en sorte que la documentation relative à l'épidémie fasse spécifiquement référence aux enfants ?
    - Les communications externes exigeaient-elles des informations ayant spécifiquement trait aux enfants ?
    - Existe-t-il un document décrivant l'impact de l'épidémie sur les enfants ? Est-il prévu de préparer un tel document ? Les gouvernements décident-ils du type de documentation produite ?

ANNEXE III

Personnes interrogées

Les entretiens avec les personnes ci-dessous ont été réalisés en septembre et en octobre 2015 au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée.

	Guinée		
1	Akoye Guilavogue	Responsable de la division de la protection de l'enfance	Ministère de l'action sociale
2	Tamba Kourouma	Directeur exécutif	Le Monde des Enfants
3	Mme Sanaba Kaba Camara	Ministre, Ministère de l'action sociale	Gouvernement de Guinée
4	Sékou Konaté	Directeur, Direction nationale de l'enfance	Gouvernement de Guinée
5	Mme Touré Tiranké Kaba	Directrice Adjointe, Direction nationale de l'enfance	Gouvernement de Guinée
6	Guy Yogo	Représentant adjoint	UNICEF
7	Guirlene Frederic	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
8	Fily Diallo	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
9	Julie Dubois	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
10	Ildephonse Birhaheka	Coordonnateur du sous-groupe de la protection de l'enfance	UNICEF
11	Acha Nanette Conte	Spécialiste de la protection de l'enfance	UNICEF
12	Eddy Bahiga	Spécialiste de la protection de l'enfance	UNICEF
13	Fassou Isidore Lama	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
14	Asiatou Diallo	Assistante administrative	UNICEF
15	Mamadou Atigou Diallo	CENAFOD (détaché auprès de la protection de l'enfance de l'UNICEF)	UNICEF
16	Alpha Amadou Soumare	CENAFOD (détaché auprès de la protection de l'enfance de l'UNICEF)	UNICEF
17	Aye Lama Barry	CENAFOD (détaché auprès de la protection de l'enfance de l'UNICEF)	UNICEF
18	N'fansou Sanoh	CENAFOD (détaché auprès de la protection de l'enfance de l'UNICEF)	UNICEF
19	Mamadou Billo Sylla	CENAFOD (détaché auprès de la protection de l'enfance de l'UNICEF)	UNICEF
20	Madina Bah	Cheffe de Bureau de Zone Ouest	UNICEF
21	Ismael Ngnie Teta	Responsable de la nutrition	UNICEF
22	Gervais Havyarimana	Responsable de l'éducation	UNICEF
23	Dr. Cisse Ibrahim	Spécialiste en santé et survie	UNICEF
24	Messou Kouassi Koffi	Spécialiste de la protection de l'enfance, gestion de l'information du sous-groupe de la protection	UNICEF
25	Dr. Sarkoba Keita	Coordinateur de la riposte à Ebola	Guinée

	Guinée		
26	Mariam Touré	Responsable de la communication pour le développement	UNICEF
27	Raabi Diouf	Agent de la communication pour le développement	UNICEF
28	Mouctar Oularé	Coordinateur national, Guinée	Tostan
29	Guillaume Cailleaux	Coordinateur, programme d'urgence	SOS Villages d'enfants
30	Salif Keita		SOS Villages d'enfants
31	Alain Kolié	Coordinateur de la gestion de la prise en charge	Save the Children
32	Muktar Oularé	Coordinateur National	Tostan
33	Mamadou Lamine Sonko	Directeur national	ChildFund International
34	Emmanuel Massart	Coordinateur du centre de traitement d'Ebola à Nongo	MSF (Médecins sans frontières)
35	Ousmane Bella Diallo	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
36	Aly Diallo	Responsable de la protection de l'enfance	ChildFund International
37	Mamadou Dian Cissé	Chargé des programmes	Aide a la Famille Africane (AFA)
38	Ousmane Diallo		Sabu Guinee
39	Youssouf Bamba	Chargé de projet	Search for Common Ground (SCG)
40	Omar Diallo	Chef de Bureau à Nzérékoré	SCG
41	Ismahan Ferhat	Chargée de projet	Save the Children
42	Daniel Millimouno	Responsable de la mise en œuvre du programme	Plan International
43	Barry Mamadou Kaba	Coordinateur de projet – Ebola	Terre Des Homme
44	Modeste Deffo	Délégué à la santé	CICR
45	Yvonne Kabagire	Beneficiary Communications Delegate	CICR
46	Ibrahima Khalil Diakite	Déléguée à la communication avec les bénéficiaires	Association of Guinea of Bloggers
47	Mamadou Diallo	Ebola survivor	Guinea
48	Togba Mory	Chef de la Coordination préfectorale Ebola	Kindia, Guinée
49	Kabinet Diawara	Secrétaire Général, Collectivités décentralisées/ Président de la CPPE	Kindia, Guinée
50	Fode Moussa Camara,	Chef de la section enfance/Rapporteur CPPE	Kindia, Guinée
51	Six members	CPPE	Kindia, Guinée
52	Mariam Bangourna	Veuve d'une victime d'Ebola, mère de neuf enfants	Kindia, Guinée
53	Mariam Atileketa	Deuxième épouse, veuve d'une victime d'Ebola, mère de huit enfants	Kindia, Guinée
54	Pode Musa Kamara	Veuve d'une victime d'Ebola, mère de cinq enfants	Kindia, Guinée
55	The Imam	Village de Sangarea	Kindia, Guinée
56	14 members	CVPE	Kindia, Guinée

	Libéria		
57	Duncan Cassell	Ministre	Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale
58	Ms. L. Sherman	Vice-ministre de la protection de l'enfance	Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale
59	Ms. M. Dagoseh	Vice-ministre	Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale
60	Dr. T. Nyenswah	Vice-ministre, Chef des services médicaux de prévention	Ministère de la santé
61	Dr. M. Massaquoi	Responsable du pilier de la prise en charge	Ministère de la santé
62	Dr. M. Stone	Assistant du Chef des services médicaux de prévention	Ministère de la santé
63	Ms. C. Worzie	Directrice de la protection de l'enfance	Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale
64	Coordinateurs de comtés	Comtés de Montserrado, Margibi, Bong et Bomi	Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale
65	Fonctionnaires de la protection sociale	Comtés de Montserrado, Margibi, Bong et Bomi	Ministère de la condition féminine, de l'enfance et de la protection sociale
66	A. Tarr Nyakoon	Directrice par intérim, Unité de la santé mentale	Ministère de la santé
67	Joseph Quai	Pharmacien, Unité de la santé mentale	Ministère de la santé
68	Dr. A. Gasasira	Représentant	OMS
69	Dr. A. Talisuna	Conseiller régional	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
70	Dr. Patricia Omidain	Conseillère technique du programme de santé mentale	OMS
71	Dr. J. Munday	Coordonnateur du comté de Lofa	OMS
72	Sr. L. Lwanga	Chef d'équipe de la mobilisation sociale	OMS
73	Eric Johnson	Conseiller des systèmes de santé	OMS
74	Atty Kofi Woods	Consultant juridique	Liberia Law Society
75	Dr. Janice Cooper	Présidente du pilier de la santé mentale et du soutien psychosocial ; responsable du programme de santé mentale	Ministère de la santé / Centre Carter
76	Rashid Bangurah	Spécialiste de la protection des enfants	Child Fund Liberia
77	Kasele Monibah	Spécialiste technique de la protection de l'enfance	Save the Children
78	Shira Goldstein	Directrice nationale pour le Libéria	IsraAID
79	Fatimata Nabias	Spécialiste régionale de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence	Plan International
80	Anita Queirazza	Spécialiste régionale de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence	Plan International

	Libéria		
81	Nalule Lwanga Sarah	Responsable des activités psychosociales	Comité international de secours
82	Saye Tieh	Agent du soutien psychosocial	Helping Hands
83	Tamba Nyuma	Conseiller de la protection de l'enfance	Plan International
84	Rashid Bangurah	Spécialiste de la protection de l'enfance	ChildFund Liberia
85	Ernest Smith	Directeur général	Renewed Energy Serving Humanity (RESH)
86	Chris Koroma	Chargé de projet	RESH
87	Priciu Badu	Responsable de projet	RESH
88	Benedetta de Niederhausern	Conseillère des interventions d'urgence	SOS Villages d'enfants International
89	Caroline Grooterdorst	Conseillère du programme	ZOA International
90	Sue Ellen Stefomimi	Responsable de projet	Conseil danois pour les réfugiés
91	Barzeah Msowoya	Responsable de la coordination du soutien psychosocial	Croix-Rouge du Libéria
92	Jasper Mason	Chargé de projet	Mother Patern College
93	Grace Boiwu	Coordinatrice des projets spéciaux	Mother Patern College
94	Augustus Nelson	Responsable par intérim	National Social Workers Association
95	Pate Chou	Directeur général	Serving Humanity with Affection Love and Open Mind (SHALOM)
96	Cavita Nelson	Responsable de la coordination	SHALOM
97	Rosana Schaach	Directrice générale	Touching Humanity in Need of Kindness (THINK)
98	Tenezee Paye	Travailleur social	THINK
99	Esther Williams	Chargée de projet	THINK
100	Siedu Awaray	Directeur général	Liberia Association of Psychosocial Services (LAPS)
101	Joseph Henah	Conseiller clinique régional	LAPS
102	Pewee Flomoko	Country Director (Directeur pays)	Carter Center
103	Sheldon Yett	Représentant	UNICEF Libéria
104	Fazul Haque	Représentant adjoint	UNICEF Libéria
105	Diedrie Kiernan	Coordinatrice principale des urgences	UNICEF Libéria
106	Zinab Al-Azzavvi	Spécialiste du suivi et de l'évaluation	UNICEF Libéria
107	Elizabeth Devlow	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF Libéria
108	Kamrul Islam	Responsable du programme pour la survie de l'enfant	UNICEF Libéria
109	Patrcick Signeyi	Spécialiste EAH	UNICEF Libéria

	Liberia		
110	Ershad Karim	Coordonnateur du groupe EAH	UNICEF Libéria
111	Bernard Batidzirai	Responsable de l'éducation	UNICEF Libéria
112	Rukshan Ratnam	Spécialiste de la communication	UNICEF Libéria
113	Prabhu Prabhakaran	Mobilisation des ressources	UNICEF Libéria
114	PhiipTarpeh	Agent de la communication pour le développement	UNICEF Libéria
115	Christopher Ngwerume	Spécialiste de la protection de l'enfance	UNICEF Libéria
116	Miatta Abdullai Clark	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF Libéria
117	Joao Mendes	Coordonnateur de la protection de l'enfance dans les situations d'urgence	UNICEF Libéria
118	Hawa Page	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF Libéria
119	Dominic de Juriew	Spécialiste de la protection de l'enfance	UNICEF Libéria
120	Tatjana Colin	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF Libéria
121	Elizabeth Okai	Chargée de projet, enregistrement des naissances	UNICEF Libéria
122	John Weah	Chargé de projet, jeunes et adolescents	UNICEF Libéria
123	Mulvana Vatekeh	Chargé de la communication	UNICEF Libéria
124	Chief Sheriff	Chef suprême du district de Tewor	Comté de Grand Cape Mount
125	Chief Kamara	Chef de la municipalité de Vonzula	Comté de Grand Cape Mount
126	Chief Sandaygar Duo	Chef suprême, district de Kaba	Comté de Margibi
127	Issac Davis	Secrétaire du Chef, district de Kaba	Comté de Margibi
128	Chief Sannoh	Chef de la municipalité de Jene Wonde	Comté de Grand Cape Mount
129	Chief Musa	Chef suprême, district de Quardu Gboni	Comté de Lofa
130	Chief Talyor	Chef suprême, district de Foyah	Comté de Lofa
131	Mr Massaquoi	Département de la santé, district de Tewor, Comté de Grand Cape Mount	Ministère de la santé
132	Mustapha Sombai	Chargé de la surveillance du district, district de Tewor, Comté de Grand Cape Mount	Ministère de la santé
133	Saah Kortee	Département de la santé, district de Kabba, comté de Margibi	Ministère de la santé

	Sierra Leone		
134	Sandra Latouf	Représentante adjointe	UNICEF
135	Matthew Dalling	Ancien responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
136	Ziharliwa Nalwage	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
137	David Lamin	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
138	Grace Harman	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF
139	Batu Shamel	Agent de la communication pour le développement	UNICEF
140	Brown Kanyangi	Responsable de l'information, protection de l'enfance	UNICEF
141	John James	Chargé des relations extérieures	UNICEF

	Sierra Leone		
142	Jérôme Kouachi	Responsable des interventions d'urgence	UNICEF
143	Sylvia Lee	Spécialiste du suivi et de l'évaluation de la santé	UNICEF
144	Dr. Nuh Niger	Responsable du programme pour la survie de l'enfant	UNICEF
145	Jamshed Thomas	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF Port Loko
146	Joseph Sinnah	Responsable des services sociaux	Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance
147	Doris Mansaray	Chargée régionale de la formation au plaidoyer	Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance
148	Ali Soyei	Coordinateur de la protection	GOAL
149	Claire Prince Bader	Directrice du programme	Save the Children
150	Rosina Mahoi	Spécialiste de la protection de l'enfance	UNICEF Port Loko
151	Nathanaiel Swaray	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF Port Loko
152	Paso Conte	Chargé des services sociaux ; responsable de la gestion de l'information	Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance
153	Fode Tarawalie	Chargé des services sociaux	Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance
154	Mohamed Jalloh		United for the Protection of Human Rights (UPHR), Port Loko
155	Mohamed Kargbo		UPHR, Port Loko
156	Alpha, S. Dumbuya		GOAL, Port Loko
157	Staff of NRD		ADPSL Port Loko
158	Sahrissa Mansray,		CONNECT SL, Port Loko
159	Ibrahim Uifana,		CONFORTI, Port Loko
160	Haroun Bangura		KIDSARISE, Port Loko
161	Henry Yarga,		PLAN SL Port Loko
162	Fodey S. Bangura	Haut fonctionnaire de la protection sociale	Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance
163	Mabinty Mansaray	Responsable du centre intérimaire d'observation et de soins	Port Loko
164	Resident (a boy)	Village de Mamusa	Port Loko
165	Amie Tholley	Responsable de la protection de l'enfance	UNICEF Makeni
166	Irene Parveen	Chargée des situations d'urgence	UNICEF Makeni
167	Amina Sakamara	Responsable de centre intérimaire d'observation et de soins	Makeni
168	Kadiatu S Conteh	Projet portant sur les moyens de subsistance	GOAL Makeni
169	Moada Y. Baion	Projet portant sur les moyens de subsistance	GOAL Makeni
170	Sheku Koromo	Responsable de la protection de l'enfance	DCI Makeni
171	Foday Banugura		INACORS
172	John J. Thullah		AAD-SL

	Bureau régional de l'UNICEF		
173	Andrew Brooks	Conseiller régional en matière de protection de l'enfance	UNICEF WACARO
174	Thi Minh Phuong Ngo	Spécialiste de la politique sociale	UNICEF WACARO
175	Lola Galla	Spécialiste des ressources humaines et du mécanisme de réaction rapide dans les situations d'urgence	UNICEF WACARO
176	Tim Irvin	Spécialiste de la communication pendant l'épidémie d'Ebola	UNICEF WACARO
177	Savita Nagvi	Conseillère régionale en matière de communication pour le développement	UNICEF WACARO
178	Mads Oyen	Responsable régional des interventions d'urgence	UNICEF WACARO
179	Dr. Maurice Hours	Conseiller régional en matière de santé	UNICEF WACARO
180	Cecile Marchard	Spécialiste de la protection de l'enfance	UNICEF WACARO
181	Madeleine Decker	Gestionnaire de l'information, épidémie d'Ebola	UNICEF WACARO
182	Umberto Caneellieri	Fonctionnaire chargé des opérations, épidémie d'Ebola	UNICEF WACARO

	Siège de l'UNICEF à New York		
183	Ngashi Ngongo	Spécialiste de la santé	Siège de l'UNICEF à New York
184	Jerome Pfaffman	Spécialiste des interventions de santé dans les situations d'urgence	Siège de l'UNICEF à New York
185	Saudamini Siegrist	Spécialiste de la protection de l'enfance	Siège de l'UNICEF à New York
186	Ibrahim Sesay	Spécialiste de la protection de l'enfance	Siège de l'UNICEF à New York
187	Helen Nyangoya	Spécialiste de la protection de l'enfance	Siège de l'UNICEF à New York
188	Karin Heissler	Spécialiste de la protection de l'enfance	Siège de l'UNICEF à New York

ANNEXE IV

PROCEDURES OPERATIONNELLES PERMANENTES, DIRECTIVES ET MANUELS DE FORMATION

La liste ci-dessous présente de manière aléatoire et partielle les procédures opérationnelles permanentes, les directives et les manuels de formation et les documents de référence. L'évaluation des enseignements tirés a passé en revue plus de cent documents sur Ebola rédigés ou compilés par les organisations et les gouvernements du Libéria, de la Sierra Leone et de la Guinée, ainsi que par les bureaux régionaux et le siège de l'UNICEF. Il est recommandé d'examiner et de vérifier les aspects techniques de ces documents afin de mettre au point un ensemble d'outils communs (par exemple, la santé mentale et le soutien psychosocial, la prise en charge, entre autres, dans les centres et les communautés, la coordination et la gestion de l'information) qui adapte la riposte du secteur de la protection de l'enfance aux urgences de santé publique. Idéalement, les outils s'appuieront sur les meilleures pratiques définies pendant la riposte à Ebola et seront harmonisés et consolidés pour former un « kit » spécifique pour les futures situations d'urgence de santé publique. Le kit pourra également comprendre les informations essentielles sur les interventions principales et être inclus dans les cadres normatifs existants de protection de l'enfance dans les situations d'urgence.

- Alternative Care Practices ; Training Notes ; Libéria, juillet 2015.
- Child Protection, alternate care and case management in Ebola Response structures: practical aspects ; Libéria, octobre 2014.
- Draft Criteria for the Selection of who can access the one-off cash assistance for the Ebola Response ; Libéria, octobre 2014.
- Ebola Stigma Tool Kit, Ministère de la santé/USAID, mars 2015.
- ETU Operational Guide ; Libéria, mai 2015.
- EVD Standard Operating Procedures ; Libéria, septembre 2014.
- Feuille de route pour intervenir auprès des enfants et des familles affectées ; Guinée
- Formations des Volontaires sur l'organisation et l'animation des ateliers psychosociaux (PPT) ; Guinée.
- Guidelines for Kinship Care, Foster Care and Supported Independent Living ; Libéria, septembre 2014.
- Guidelines for MHPSS Service Packages ; Sierra Leone, Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance, mars 2015.
- Guidelines for Referral & Management of Children Affected by Ebola ; Libéria, Ministère de la santé, septembre 2014.
- Guidelines for the taking of photographs of children in an ICC/TC ; Libéria, 2014.
- Guidelines on communicating with families ; Libéria.
- Guidelines to Ensure Children are Safe and Protected in Community Care Centers (CCC) ;Libéria, septembre 2015.
- Infection Prevention and Control ; Libéria, octobre 2014.
- Infection Prevention and Control: Check list for ICCs ; Libéria, novembre 2014.
- La Réponse de la Protection de l'enfant à la FHE en lien avec les Centres de Transit Communautaires (CTC) ; Guinée.
- Manuel de procédures pour la Gestion du centre d'Accueil Temporaire et de Protection des enfants séparés et non accompagnés dans le contexte d'Ebola ; Guinée.
- Manuel de premiers secours psychologiques (PSP) ; Guinée.
- Manuel pour le renforcement des capacités des membres des organisations communautaires de base et familles ; Guinée.
- MHPSS an Ebola Virus Disease, a guide for Public Health Planners ; Libéria, août 2015.
- MHPSS Support in Emergencies – Do's and Don'ts ; UNICEF, août 2014.
- Module National de Soutien Psychosocial et Santé mentale en faveur des acteurs de la Protection de l'Enfant en Guinée ; Guinée.
- Outil de gestion de cas : fiche d'identification, fiche d'évaluation des besoins, fiche de suivi, fiche de plan de prise en charge, fiche de visite domiciliaire, fiche de référence, fiche de réinsertion, fiche de clôture ; Guinée.
- PFA in Schools ; Libéria, octobre 2015.
- PFA Training Manual ; Libéria, IsraAid.

- Provision of alternative care to children affected and infected with Ebola in Liberia, septembre 2014.
- PSS considerations for Ebola Response in West Africa, UNICEF, novembre 2014.
- PSS Support to Children in ETUs ; Libéria, Ministère de la santé, janvier 2015.
- Psychosocial First Aid during Ebola Virus Outbreaks ; OMS, UNICEF, WV, CBM, 2014.
- Psychosocial Social Guide for Field Workers ; OMS, WV, War Trauma Foundation, 2014.
- Psychosocial Support for Ebola-Affected Communities in Sierra Leone; Training Manual ; Sierra Leone, octobre 2014.
- Psychosocial support during an outbreak of Ebola virus disease ; FICR, août 2014.
- Recrisement des orphelins et veuves d'Ebola dans les zones touchées par l'épidémie ; gouvernement de Guinée, UNICEF, CICR, octobre 2014.
- Referral flowchart for abandoned children or made orphan by Ebola ; Libéria, septembre 2014.
- Referral Guidelines for children affected & showing symptoms ; Ministère de la protection sociale, de l'égalité et de l'enfance de Sierra Leone, août 2014.
- Referral pathway for children who are abandoned or turned orphan by Ebola Virus Disease ; Libéria, septembre 2014.
- Setting up Interim Care Centers ; Libéria, octobre 2015.
- Sierra Leone Emergency Management Programme, Standard Operating Procedure for Reintegration Ebola Survivors into communities ; Sierra Leone.
- Standard Operating Procedures for Home Observation for Exposed Children ; Libéria, novembre 2014.
- Stratégie nationale de Soutien Psychosocial et Santé mentale en faveur des enfants et des communautés en Guinée ; Guinée.
- Strategy for the care and protection of contact children, especially those in Observation Interim Care Centres in Sierra Leone ; Sierra Leone, novembre 2014.
- The Core Principles of MHPSS Service Packages ; IsraAid, mars 2015.

70 ANS POUR CHAQUE ENFANT

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
Secteur de la politique économique et sociale
Dakar, Sénégal
Tél. : +221 33 831 02 00

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Octobre 2016