

Action stratégique 4

Suivre les progrès



**Comment suivre les
populations, la mise en œuvre
et le développement individuel
des enfants**

Action stratégique 4

Suivre les progrès

**Comment suivre les
populations, la mise en œuvre
et le développement individuel
des enfants**

Pour citer ce document : Manuel sur les soins attentifs. Action stratégique 4: Suivre les progrès: comment suivre les populations, la mise en œuvre et le développement individuel des enfants. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2025.

ISBN (OMS) 9789290315582 (version web)

ISBN (OMS) 9789290315575 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé et © Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2025

Tous droits réservés. La reproduction d'une quelconque partie de la présente publication est sujette à autorisation. Pour toute demande d'autorisation, veuillez envoyer un e-mail à l'adresse nyhqdoc.permit@unicef.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNICEF ou de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique de tout pays, territoire ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières.

Photographies : Les demandes d'autorisation de reproduction des photographies de l'UNICEF doivent être adressées à la Division de la communication de l'UNICEF, 3 United Nations Plaza, New York 10017, États-Unis (adresse électronique : nyhqdoc.permit@unicef.org). Les demandes de reproduction des photographies de l'OMS doivent être adressées à : <http://www.who.int/copyright>.

Les photographies de l'UNICEF et de l'OMS sont protégées par le droit d'auteur et ne peuvent être reproduites, sur quelque support que ce soit, sans autorisation écrite préalable. Des autorisations peuvent être accordées pour une utilisation unique dans un contexte qui représente avec fidélité la situation réelle et l'identité de toutes les personnes représentées. Il est interdit d'utiliser les photographies de l'UNICEF et de l'OMS dans quelque contexte commercial que ce soit ou d'en modifier le contenu par des moyens numériques afin d'en changer la signification ou le contexte. Les ressources ne peuvent être archivées par aucune entité autre que l'UNICEF ou l'OMS.

Conception graphique et mise en page : 400 Communications Ltd.

Photo de couverture : © UNICEF/UN032017/LeMoyne

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Aperçu général | iv |
| Remerciements | v |
| Conseils d'utilisation du manuel | 1 |
| Suivre la mise en œuvre du <i>Cadre pour des soins attentifs</i> | 2 |
| En quoi consiste le suivi ? | 2 |
| Modèle logique | 3 |
| Que nous permettra de faire cette action stratégique ? | 4 |
| Suivi de la population | 5 |
| Actions proposées | 7 |
| Surmonter les obstacles | 8 |
| Suivi de la mise en œuvre | 9 |
| Actions proposées | 12 |
| Surmonter les obstacles | 15 |
| Suivi du développement individuel des enfants | 16 |
| Actions proposées | 17 |
| Surmonter les obstacles | 19 |
| Les signes indiquant que vous réalisez des progrès | 20 |
| Références. Outils, études de cas et lectures complémentaires | 21 |
| Annexe 1. Les 24 indicateurs de base du <i>Cadre pour des soins attentifs</i> | 23 |
| Annexe 2. Formulaire de suivi du développement de l'enfant incluant des étapes importantes validées au niveau international – modèle* | 24 |



Aperçu général

Le présent manuel est constitué de six guides. Cinq des six guides traitent chacun de l'une des cinq actions stratégiques du *Cadre pour des soins attentifs*, tandis que le guide *Premiers pas* fournit des orientations générales sur le manuel.

Vous pouvez lire le manuel dans son intégralité ou en partie seulement, selon vos besoins. Nous vous recommandons de commencer par le guide *Premiers pas* avant de consulter les autres guides.

Le manuel a vocation à être un document évolutif dont les orientations et les ressources seront régulièrement mises à jour à mesure que les expériences de mise en œuvre du *Cadre pour des soins attentifs* se multiplient.

À l'appui de l'utilisation de ce manuel, il existe un site Internet consacré aux soins attentifs. Il s'agit d'un portail dynamique où vous trouverez des retours d'expérience de différents pays, des dossiers thématiques, des outils, des articles de presse et les avis de spécialistes. Songez à consulter régulièrement le site Internet consacré aux soins attentifs pour vous tenir au courant de toute nouvelle information qui pourrait avoir trait aux questions qui vous intéressent.

Le Manuel sur les soins attentifs est disponible à l'adresse suivante : <https://nurturing-care.org/handbook>.



POUR EN SAVOIR PLUS
nurturing-care.org

CONTACT

NurturingCare@who.int

Remerciements

Le présent manuel a été élaboré sous la direction de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'OMS remercie toutes celles et tous ceux qui ont apporté leur contribution, ainsi que les auteurs de la série de la revue *The Lancet* « *Advancing early childhood development: from science to scale* » (2017), qui ont posé les bases du *Cadre pour des soins attentifs* sur lequel repose ce manuel. Nous remercions en particulier les collègues de l'Institute for Life Course Health Research à l'université de Stellenbosch, en Afrique du Sud, pour avoir soutenu l'élaboration du manuel.

Ce manuel fait partie d'une série de ressources consacrées à la mise en œuvre du *Cadre pour des soins attentifs*. Nos partenaires continuent de collaborer dans le cadre de groupes de travail internationaux en

vue d'étendre cette série, avec l'appui du personnel de l'OMS, de l'UNICEF, du Groupe de la Banque mondiale, du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) et du Réseau d'action pour le développement de la petite enfance (ECDAN).

L'OMS remercie la Children's Investment Fund Foundation et la King Baudouin Foundation USA, dont le soutien financier a permis d'élaborer le manuel.

Équipe de rédaction :

Bernadette Daelmans (OMS) ; Kelly Gemmell (Institute for Life Course Health Research, université de Stellenbosch) ; Sheila Manji (OMS) ; Bettina Schwethelm (consultante) ; Mark Tomlinson (Institute for Life Course Health Research, université de Stellenbosch) ; et School of Nursing and Midwifery (Queens University, Belfast, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord).

Les personnes suivantes ont fourni du contenu pour les différentes sections :

Betzabe Butron Riveros (OMS) ; Kate Doyle (Promundo) ; Joanna Drazdzewska (Women and Children First UK) ; Ilgi Ertem (université d'Ankara) ; Jane Fisher (université Monash) ; Svetlana Drivdale (PATH) ; Matthew Frey (PATH) ; Liana Ghent (International Step by Step Association) ; Margaret Greene (Promundo) ; Patrick Hoffmann (Human Safety Net) ; Robert Hughes (London School of Hygiene and Tropical Medicine) ; Dan Irvine (World Vision) ; Romilla Karnati (MOMENTUM Country and Global Leadership, Save the Children) ; Vibha Krishnamurthy (Ummeed Child Development Center) ; Joan Lombardi (Early Opportunities) ; Rajesh Mehta (OMS) ; Ana Nieto (UNICEF) ; Katie Murphy (International Rescue Committee) ; Frank Oberklaid (Royal Children's Hospital de Melbourne et Murdoch Children's Research Institute) ; Rafael Perez-Escamilla (université Yale) ; Linda Richter (université du Witwatersrand) ; Mikey Rosato (Women and Children First UK) ; Sofia Segura-Pérez (Hispanic Health Council) ; Sweta Shah (Aga Khan Foundation) ; Kate Strong (OMS) ; Melanie Swan (Plan International) ; Zorica Trikić (International Step by Step Association) ; Francesca Vezzini (Human Safety Net) ; Cathryn Wood (Development Media International).

Les personnes suivantes ont apporté des contributions supplémentaires :

Jamela Al-raiby (OMS) ; Judi Aubel (Grandmother Project) ; Frances Mary Beaton-Day (Groupe de la Banque mondiale) ; Claudia Cappa (UNICEF) ; Vanessa Cavallera (OMS) ; Terrell Carter (American Academy of Pediatrics) ; Elga Filipa De Castro (UNICEF) ; Lucie Cluver (université d'Oxford) ; Tom Davis (World Vision) ; Teshome Desta (OMS) ; Anne Detjen (UNICEF) ; Amanda Devercelli (Groupe de la Banque mondiale) ; Erinna Dia (UNICEF) ; Tarun Dua (OMS) ; Leslie Elder (Groupe de la Banque mondiale) ; Maya Elliott (UNICEF) ; Ghassan Issa (Arab Network for Early Childhood Development) ; Aleksandra Jovic (UNICEF) ; Boniface Kakhobwe (UNICEF) ; Masahiro Kato (UNICEF) ; Jamie Lachman (université d'Oxford) ; Christina Laurenzi (Institute for Life Course Health Research, université de Stellenbosch) ; Jane Lucas ; Susanne Martin Herz (American Academy of Pediatrics) ; Colleen Murray (UNICEF) ; Daniel Page (Institute for Life Course Health Research, université de Stellenbosch) ; Kiran Patel (American Academy of Pediatrics) ; Janna Patterson (American Academy of Pediatrics) ; Nicole Petrowski (UNICEF) ; Annie Portela (OMS) ; Chemba Raghavan (UNICEF) ; Nigel Rollins (OMS) ; Chiara Servili (OMS) ; Megan Song McHenry (American Academy of Pediatrics) ; Giorgio Tamburlini (Centro per la Salute del Bambino Onlus) ; Juana Willumsen (OMS) ; Shekufeh Zonji (ECDAN).

Les personnes ayant participé à la réunion « *Innovating for early childhood development: what have we learned to strengthen programming for nurturing care?* », qui s'est tenue les 13 et 14 juin 2019 à Genève (Suisse), ont toutes contribué au contenu du présent manuel.

Les représentants suivants ont formulé des commentaires pour le compte du Groupe de travail sur la santé de l'enfant : Catherine Clarence, Zacharia Crosser, Kasungami Dyness, Olamide Folorunso, Kate Gilroy, Debra Jackson, Lily Kak, Senait Kebede, Allisyn Moran, Sita Strother, Lara Vaz et Steve Wall.



Conseils d'utilisation du manuel

Ce document fait partie du *Manuel sur les soins attentifs*, un guide pratique sur l'utilisation du *Cadre pour des soins attentifs* visant à améliorer le développement de la petite enfance.

Si ce n'est pas déjà fait, il vous sera probablement utile de commencer par consulter le premier ouvrage de ce manuel : **Premiers pas**. Ce guide explique en détail comment le manuel fonctionne, en quoi consistent les soins attentifs et comment entreprendre leur mise en œuvre.

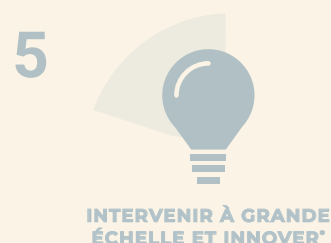
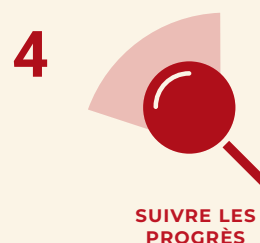
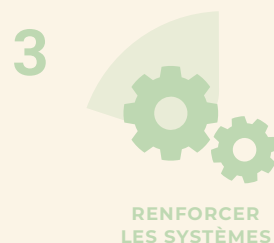
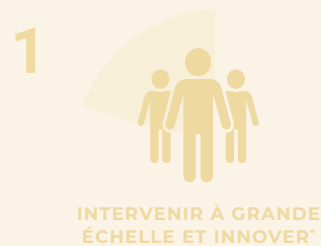
Il comprend également des conseils concrets sur le travail en cycles de programmation, la mobilisation de toutes les parties prenantes, et les activités de plaidoyer.

Après le guide *Premiers pas*, le manuel est divisé en cinq guides portant chacun sur l'une des cinq actions stratégiques suivantes :

- 1 Assurer le leadership et investir
- 2 Se concentrer sur les familles et leurs communautés
- 3 Renforcer les systèmes
- 4 Suivre les progrès
- 5 Intervenir à grande échelle et innover

Pour en savoir plus et télécharger le reste du manuel, consultez l'adresse suivante : <https://nurturing-care.org/handbook>.

ACTIONS STRATÉGIQUES



Suivre la mise en œuvre du Cadre pour des soins attentifs

En quoi consiste le suivi ?

Le suivi désigne le processus de collecte, d'analyse et d'utilisation systématiques des informations. Il s'agit d'une composante essentielle des initiatives mondiales, mais aussi des programmes nationaux et des actions individuelles, dans la mesure où ce suivi oriente les activités et les investissements, ce qui a pour effet d'accélérer et de consolider les progrès.



L'objectif du suivi est de répondre à deux questions :

« Faisons-nous bien ce que nous avons prévu de faire ? »

et

« Cela nous mène-t-il aux résultats escomptés ? »

L'importance du suivi est rappelée tout au long de ce manuel. Ce guide relatif à l'Action stratégique 4, « *Suivre les progrès* », fournit des détails et fait des propositions concrètes sur ce qui doit faire l'objet d'un suivi, et sur les modalités de ce suivi.

Le suivi de la mise en œuvre dépend du contexte, et les indicateurs vont notamment être choisis en fonction de la nature des actions menées et des mesures adoptées. Cela est particulièrement vrai pour les indicateurs portant sur les ressources et les produits, alors que, lorsque l'objectif des efforts faisant l'objet du suivi est d'améliorer les soins attentifs pour le développement de la petite enfance, les indicateurs de résultats, propres à chacune des cinq composantes de ces soins, sont plus susceptibles d'être universellement pertinents.

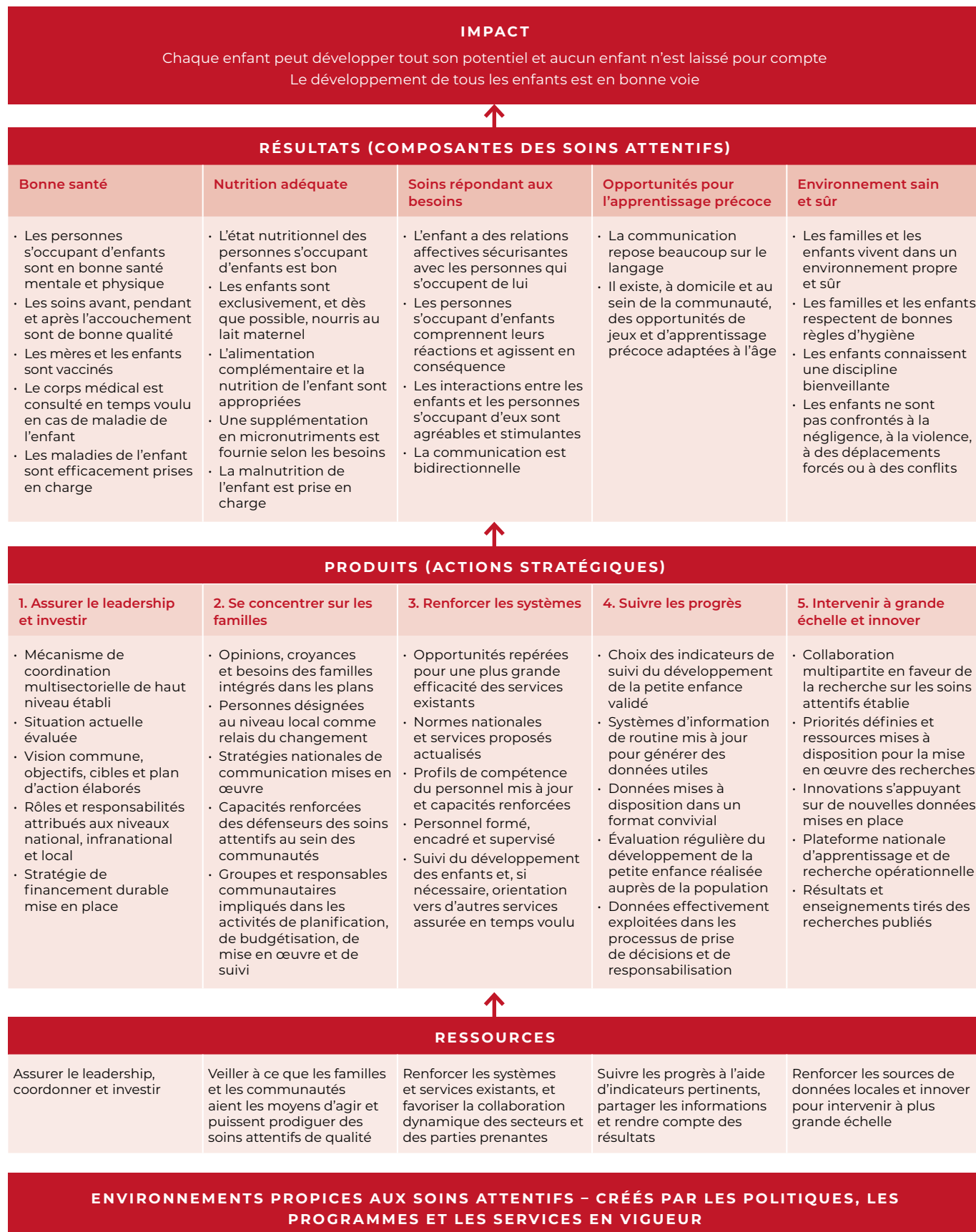
Il est important que le suivi mette en évidence les points positifs de la mise en œuvre, de même que les difficultés qu'elle soulève. Cela permet en effet de souligner les progrès accomplis et, en même temps, de faire ressortir les mesures correctives à apporter pour que le programme atteigne ses objectifs.

Le suivi de l'avancement est basé sur le modèle logique du *Cadre pour des soins attentifs* (voir le tableau 1). Pour chacune des cinq actions stratégiques, le modèle précise les produits qui feront l'objet d'un suivi (et qui comprennent notamment une actualisation des services proposés et des normes applicables). Ces produits contribuent conjointement aux cinq composantes des soins attentifs et permettent d'obtenir de meilleurs résultats (par exemple, une augmentation du taux d'adoption de l'allaitement maternel exclusif). Les résultats peuvent eux-mêmes être suivis, ainsi que l'impact sur le développement des enfants (par exemple, la croissance).



Tableau 1. Modèle logique du Cadre pour des soins attentifs (1)

Modèle logique



Que nous permettra de faire cette action stratégique ?

Cinq produits sont associés, dans le *Cadre pour des soins attentifs* à cette action stratégique :

- Convenir du modèle logique du programme et des indicateurs correspondants pour suivre les progrès en matière de développement de la petite enfance.
- Mettre à jour les systèmes d'information de routine pour inclure les indicateurs recensant des données pertinentes pour le programme.
- Rendre les données accessibles à toutes les parties prenantes, y compris aux familles et aux communautés.
- Promouvoir l'utilisation des données existantes sur la population pour suivre, au sein des groupes cibles, le niveau de développement des enfants et les pratiques de soins à domicile.
- Utiliser les données pour prendre des décisions de programmation destinées à aider les personnes s'occupant d'enfants à prodiguer des soins attentifs, et, ainsi, à garantir l'efficacité de ces soins.

PUBLICS CIBLES

Les actions proposées pour l'Action stratégique 4, « *Suivre les progrès* » ont été élaborées à l'intention des groupes de parties prenantes suivants :

- les responsables de programmes nationaux et locaux ;
- les bureaux de la statistique nationaux et locaux ;
- les responsables des établissements de santé ;
- les partenaires de mise en œuvre locaux et internationaux ;
- les chercheurs et les évaluateurs de programmes.

Les suggestions et les conseils présentés ci-après reposent sur la connaissance qu'ont nos spécialistes de ce qui a fonctionné dans des pays du monde entier. Les mesures proposées dans le présent guide ont vocation à soutenir l'action et la prise de décisions au niveau local. Dans chaque contexte, les parties prenantes devront déterminer conjointement l'ordre et le niveau de priorité des actions qu'il convient d'entreprendre, tant pour la présente action stratégique que pour l'ensemble des cinq actions stratégiques.

Bien que l'action stratégique s'articule sur cinq produits, il est plus facile de structurer le travail selon trois thèmes, correspondant aux trois niveaux de suivi. Des outils différents sont nécessaires pour chacun de ces trois niveaux et permettent, ensemble, de produire des informations utiles pour suivre la mise en œuvre du programme.

Les trois niveaux de suivi sont les suivants :

Suivi de la population

S'appuyant sur des enquêtes ciblant des échantillons de population, sur des recensements ou sur des bases de données administratives, ce suivi permet de recueillir des informations sur une population particulière, comme la population d'un pays ou d'une ville. On utilise souvent des enquêtes auprès des ménages normalisées, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS).

Suivi de la mise en œuvre

Ce suivi consiste à évaluer en continu les différentes composantes d'un programme, et à déterminer si des progrès sont réalisés pour atteindre les objectifs fixés. Il justifie toute modification à apporter à la mise en œuvre, et favorise l'amélioration continue de la qualité de l'exécution du programme. Ce suivi peut garantir l'équité et stimuler l'innovation afin de surmonter les obstacles à la mise en œuvre.

Suivi du développement individuel des enfants

Il s'agit d'un élément essentiel des services. Ce suivi consiste à repérer les enfants qui risquent de ne pas se développer aussi bien qu'il le faudrait, et permet, en temps voulu, de réaliser des interventions adaptées aux besoins des jeunes enfants et de leurs familles.

Suivi de la population

Le suivi de la population s'appuie sur des données qui proviennent soit d'enquêtes à l'échelle de la population ou de recensements, soit de bases de données administratives. Ces informations traduisent, pour une population donnée à un moment précis, les paramètres démographiques, l'état de santé, l'accès aux services ou d'autres caractéristiques. Dans le contexte des soins attentifs, l'objectif du suivi de la population est de tirer des conclusions sur l'état général de santé et de développement des enfants, sur la couverture des interventions et les pratiques de soins familiaux, ainsi que sur les facteurs sous-jacents qui favorisent le développement des enfants ou le menacent.

Recourir à des enquêtes auprès des ménages normalisées pour le suivi de la population permet d'établir des comparaisons au fil du temps ainsi qu'entre des contextes ou des groupes de population différents. Ces enquêtes fournissent des données pertinentes pour de nombreux utilisateurs différents, notamment les décideurs publics, les chercheurs et d'autres parties prenantes. Les pays peuvent également s'en servir pour rendre compte de l'avancement concernant de nombreux objectifs de développement durable (ODD).

Le *Cadre pour des soins attentifs* propose un ensemble de 24 indicateurs liés aux ODD (voir l'annexe 1). Ces indicateurs couvrent les cinq composantes des soins attentifs et sont mesurés à l'échelle de la population. Ils peuvent être enrichis au moyen d'indicateurs tirés d'enquêtes auprès des ménages normalisées, telles que les EDS et les MICS.

Les *Profil de pays pour le développement de la petite enfance* (2) du Compte à rebours pour 2030 font la synthèse de 42 indicateurs d'ordre démographique pouvant être utiles pour différentes composantes du *Cadre pour des soins attentifs*. Les informations ainsi disponibles portent sur le contexte, la couverture des interventions et le niveau de développement des enfants. La figure 1 donne un exemple de profil de pays.

Étant donné qu'elles sont tirées d'enquêtes auprès des ménages normalisées, les données sont comparables au fil du temps et entre les pays. Les profils, qui existent pour 197 pays, sont actualisés tous les ans. Les profils individuels de chaque pays et un document les regroupant tous sont disponibles sur les sites Internet du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du *Réseau d'action pour le développement de la petite enfance* et des *soins attentifs*.

Les définitions des indicateurs figurent dans la compilation. Pour en savoir plus sur ces profils, on pourra prendre connaissance de l'article « *Data for action on early childhood development* (3) » publié dans la revue *The Lancet*.

Mesurer le niveau de développement des enfants

Des indicateurs relatifs à des aspects importants des soins attentifs présentent des lacunes. C'est le cas notamment de ceux qui portent sur l'adéquation soins/besoins, la santé mentale maternelle et le niveau de développement des enfants de moins de 5 ans. L'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Groupe de la Banque mondiale collaborent avec des spécialistes pour combler ces lacunes, l'objectif étant de produire une seule série d'indicateurs validés qui permettront de suivre le développement des enfants de la naissance à leur cinquième anniversaire (voir l'encadré « *Mesurer le niveau de développement des enfants – l'ECDI et les GSED* »).

MESURER LE NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS – L'ECDI ET LES GSED

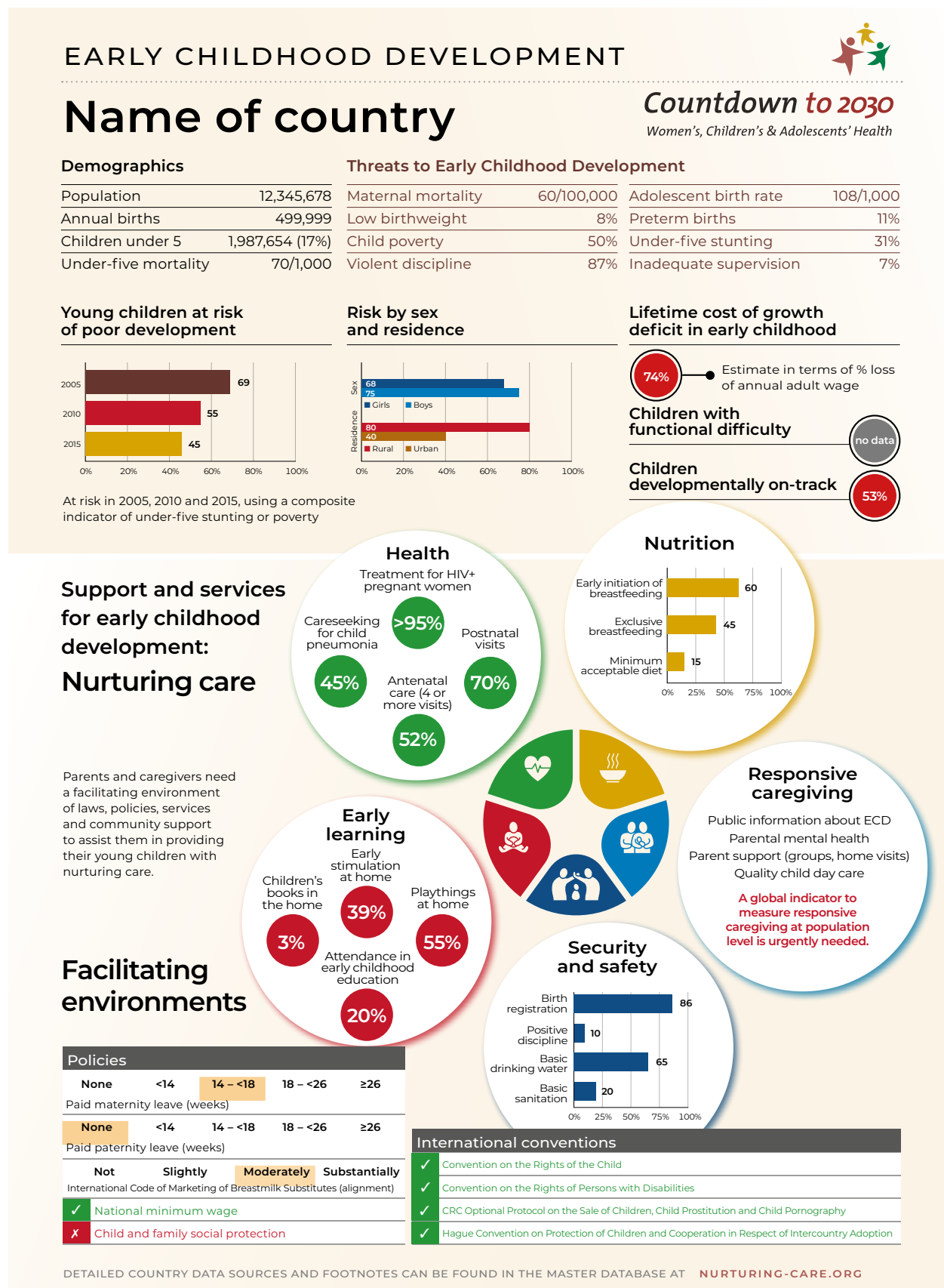
Indice de développement de la petite enfance (ECDI)

L'indice de développement de la petite enfance (en anglais Early childhood development index – ECIDI) mesure le niveau de développement des enfants. Initialement axé sur les enfants âgés de 36 à 59 mois, il fait partie des MICS depuis la quatrième série d'enquêtes menée en 2009 et a permis à ce jour d'établir des estimations pour plus de 70 pays. Une *version révisée de l'ECDI (ECDI2030)* (4), applicable aux enfants à partir de l'âge de 24 mois, a été, en 2020, reconnue par la Commission de statistique des Nations Unies comme étant une mesure adaptée pour évaluer la cible 4.2 des ODD – *D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des services de développement et de prise en charge de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire*, et son indicateur 4.2.1 – Proportion d'enfants âgés de 24 à 59 mois dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial.

Échelles mondiales pour le développement précoce (GSED)

Les échelles mondiales pour le développement précoce (en anglais *Global scales for early development – GSED*) (5) permettent, au niveau mondial, de mesurer le développement des enfants de la naissance à l'âge de 3 ans. Élaborées par un consortium sous la coordination de l'OMS, elles peuvent prendre la forme d'un formulaire abrégé ou d'un formulaire long. Le formulaire abrégé, conçu pour être utilisé dans le cadre d'enquêtes, consiste en des questions auxquelles une personne s'occupant d'enfants peut répondre en un temps limité. Le formulaire long, conçu pour les programmes, demande plus de temps et nécessite que l'enfant soit observé. Les deux instruments ont été validés dans sept pays et utilisés à une échelle bien plus large. Les supports sont disponibles sur demande en contactant l'équipe des GSED.

Figure 1. Exemples d'indicateurs pour suivre les composantes des soins attentifs et les environnements favorables



Pour en savoir plus sur ces indicateurs et leurs définitions, on pourra consulter l'annexe technique du rapport intégral du Compte à rebours pour 2030 *Profils de pays pour le développement de la petite enfance* (2).

Évaluer les soins répondant aux besoins et les activités d'apprentissage précoce

Les interactions entre les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux sont au cœur des soins répondant aux besoins et des activités d'apprentissage précoce. Les personnes les plus sensibles sont susceptibles de mieux percevoir les signaux des enfants dont elles s'occupent et, ainsi, de pouvoir y apporter des réponses plus appropriées. Il existe, à ce jour, peu d'indicateurs évaluant les soins répondant aux besoins et les activités d'apprentissage précoce. Des outils simples ont cependant été élaborés pour combler cette lacune (voir l'encadré « *Évaluer les soins répondant aux besoins et les activités d'apprentissage précoce* »).

ÉVALUER LES SOINS RÉPONDANT AUX BESOINS ET LES ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE PRÉCOCE

Interactions favorisant l'apprentissage

L'outil d'observation « *Responsive Interactions for Learning (RIFL)* » a été créé au Canada puis a été adapté et validé au Brésil (6) et au Pérou (7). Il est disponible gratuitement, aide à bien observer les interactions entre un enfant et la personne s'occupant de lui, et son utilisation demande 10 minutes environ. Une formation des utilisateurs est disponible en ligne en accès ouvert. Proposée en anglais, en espagnol et en portugais, elle repose sur une démarche culturellement appropriée. Pour en savoir plus, consultez le [site Internet](#) et lisez cet [article de blog](#).

Indicateurs proposés

S'appuyant sur une approche semblable mais plus approfondie, un protocole est en cours de validation pour produire de nouveaux indicateurs relatifs à l'adéquation soins/besoins et aux activités d'apprentissage précoce. Soutenu par l'OMS, l'outil en préparation est disponible sur demande. On pourra, pour aller plus loin, consulter le document « *Indicators for measuring responsive care and early learning activities* » (8) (Indicateurs pour mesurer l'adéquation soins/besoins et les activités d'apprentissage précoce).

Actions proposées

Prévoir aussi tôt que possible comment les enquêtes sur la population seront utilisées

De nombreux pays investissent régulièrement dans des enquêtes auprès des ménages ou des recensements qui fournissent des données utiles dans le contexte du *Cadre pour des soins attentifs*. Mettez-vous en relation avec des fonctionnaires chargés de gérer ces enquêtes réalisées auprès de la population – fonctionnaires du bureau national de la statistique ou du Ministère de la santé par exemple –, et renseignez-vous sur les opérations à venir. En général, les enquêtes sont prévues bien à l'avance et réalisées tous les trois à cinq ans.

Compiler les informations existantes

Les données tirées des enquêtes précédentes peuvent fournir une base de référence, et celles des enquêtes futures permettront alors de caractériser les avancées si les indicateurs utilisés sont comparables. Compilez les données disponibles des enquêtes passées et analysez les métadonnées, telles que la définition de chaque indicateur et la méthodologie appliquée pour collecter les données. Il est possible de comparer les données si les échantillons sont comparables et si les données ont été collectées de la même manière.

Veiller à la représentativité d'une enquête dès sa planification

Les enquêtes réalisées auprès de la population fournissent un aperçu représentatif des groupes démographiques qui la composent. Il est ensuite possible de ventiler les résultats par genre, statut socioéconomique, âge, lieu de résidence, degré d'autonomie, niveau d'instruction de la mère, etc. Les enquêtes sont cependant relativement coûteuses dès lors qu'elles sont réalisées à grande échelle. Une enquête doit donc être soigneusement planifiée et il importe de veiller à ce qu'elle soit représentative. La représentativité d'une enquête dépend non seulement de la taille, mais aussi de la conception de l'échantillon. Les considérations relatives à la taille de l'échantillon sont importantes lorsque vous définissez des indicateurs applicables aux enfants de moins de 5 ans, en particulier dans les contextes de faible fécondité. Les conseils d'un spécialiste sont recommandés pour garantir la représentativité d'une enquête. Consultez le bureau local de la statistique et des partenaires tels que l'UNICEF, qui sont susceptibles de posséder l'expertise nécessaire.

Exploiter les données

L'analyse des données peut mettre en évidence des avancées lacunaires et déterminer les étapes suivantes, ainsi qu'aider différents secteurs à mieux comprendre le rôle qu'ils jouent. Les MICS et les EDS fournissent des informations sur les différentes composantes des soins attentifs, et les données tirées des différents modules peuvent être analysées ensemble. Les données tirées du module MICS sur le développement de la petite enfance peuvent par exemple être analysées à la lumière des données issues des modules sur la nutrition et la santé. Il convient d'aborder ces questions avec un grand nombre de parties prenantes (voir l'encadré « *Utiliser les données sur la population pour concevoir l'action locale en Australie* »). Pour finir, saisissez les occasions offertes, aux niveaux national et infranational, par les analyses régulières du secteur de la santé et d'autres secteurs pour présenter les données et orienter l'action future.



Utiliser les données sur la population pour concevoir l'action locale en Australie

Tous les trois ans depuis 2009, l'Australie évalue tous les enfants de 6 ans du pays au moyen de l'indice australien de développement de la petite enfance (AEDI). Il s'agit d'une enquête comprenant environ 100 questions, remplie par les enseignants des enfants. Elle sert de base au recensement australien du développement de la petite enfance (AEDC), piloté par le Gouvernement australien en partenariat avec le « Centre for Community Child Health » (centre de recherche sur la santé de l'enfant).

Les données peuvent être décomposées par communauté, ce qui permet aux habitants de voir comment évolue la performance de leur zone et de la comparer à celle d'autres zones. Cette démarche a sensibilisé la population à l'importance d'un soutien multisectoriel aux familles pendant les premières années, et a renforcé les liens entre les personnes s'occupant d'enfants, les institutions et les décideurs publics, les établissements préscolaires, les services de santé et les bibliothèques.

Plus de détails sont disponibles sur le [site Internet officiel sur le recensement australien du développement de la petite enfance](#) (9).

Il n'est pas toujours nécessaire de mener de nouvelles enquêtes : celles réalisées par le passé sont utiles, en particulier pour obtenir des informations de référence. À moins que l'approche des programmes relatifs aux soins attentifs n'ait drastiquement changé, il se peut que la situation des enfants et des familles n'ait pas beaucoup évolué au cours des deux ou trois dernières années.

Même ventilées, les données tirées d'enquêtes à grande échelle auprès de la population peuvent cacher les avancées dans des zones spécifiques où se déroule un programme à petite échelle. Les résultats de ce programme peuvent ne pas être recensés ou être dilués en raison de la taille de l'enquête. Cela confirme, pour toute initiative de mise en œuvre, l'importance d'un suivi continu incluant une évaluation périodique des résultats et de l'impact.

Couverture trop restreinte, qualité insuffisante et manque de temps

Dès lors que l'on a montré l'efficacité d'une intervention, il est tout à fait compréhensible, notamment de la part des décideurs publics, de vouloir la déployer à l'échelle nationale pour en voir les effets. Pour obtenir un impact significatif à l'échelle de la population, il importe cependant que trois conditions soient réunies. La couverture doit être suffisamment large pour atteindre les plus vulnérables. La qualité, évaluée sur la base de paramètres tels que la participation, la durée et l'intensité, doit être suffisamment élevée. Et enfin, il faut que suffisamment de temps se soit écoulé pour que les effets de l'intervention puissent se matérialiser. Il faut donc attendre que les données de routine disponibles indiquent des améliorations en matière d'accès, de qualité et d'utilisation des services. Ces points sont traités plus en détail dans la section suivante.

Surmonter les obstacles

Données non comparables

Lorsque les pays et les organisations utilisent des indicateurs différents ou ciblent des tranches d'âges différentes, il devient impossible de comparer leurs données, que ce soit dans la durée ou entre zones géographiques. Il peut donc s'avérer impossible de savoir si les conditions s'améliorent et quelles interventions sont les plus efficaces. Il est dans l'intérêt de tous d'adopter des normes internationales, y compris pour l'utilisation d'outils et la formation des personnes qui collectent les données.

Coût élevé des enquêtes réalisées auprès de la population

Les responsables de la mise en œuvre d'un programme ne doivent pas planifier leur propre enquête à l'échelle de la population. Ces enquêtes coûtent cher, en particulier lorsqu'elles visent à être représentatives du pays tout entier ou d'une population nombreuse. C'est encore plus vrai lorsqu'elles sont suffisamment larges pour permettre de ventiler les résultats, par exemple par genre, niveau de revenus ou autre variable significative. Il faut travailler avec des partenaires pour s'assurer que leurs enquêtes comprennent les informations souhaitables sur le développement de la petite enfance.

Pour obtenir un impact significatif à l'échelle de la population, trois conditions doivent être remplies. La couverture doit être suffisamment large pour atteindre les plus vulnérables. La qualité, évaluée sur la base de paramètres tels que la participation, la durée et l'intensité, doit être suffisamment élevée. Et enfin, il faut que suffisamment de temps se soit écoulé pour que les effets de l'intervention puissent se matérialiser.

Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre fait appel aux ressources (telles que les politiques, la main-d'œuvre, le financement) et aux produits (comme la proportion d'établissements proposant des services et la qualité de ces services). Il fournit en outre des données périodiques sur les résultats (comme la proportion d'enfants ayant un régime alimentaire acceptable), l'impact (comme la croissance et le développement des enfants) et l'équité (les familles et les enfants les plus vulnérables bénéficient-ils des interventions ?).

Cette section décrit comment suivre ce qui se passe réellement dans une intervention ou un programme. Cela permet de voir ce qui a été fait, ce qui n'a pas marché et ce qui doit être amélioré.

Les paramètres suivis et la méthodologie appliquée vont dépendre de la nature et des objectifs de l'intervention. La terminologie utilisée dans ce domaine peut être source de confusion, car les mots ne sont pas utilisés par tout le monde de la même façon, et l'usage a évolué au fil du temps. Ce qui suit précise comment sont utilisés les trois principaux termes (également présentés à la figure 2).

• Théorie du changement

Une théorie du changement correspond à votre explication de toutes les manières dont vous pensez qu'il est possible d'atteindre les résultats souhaités. Commencer par les résultats permet d'adopter une approche pratique.

• Trajectoire de changement

Chacune des façons d'obtenir un changement est appelée une trajectoire. Pour chaque trajectoire, vous devez expliquer pourquoi vous pensez qu'elle conduira au changement. Cela impose de noter ses hypothèses noir sur blanc pour pouvoir les tester et les mesurer.

• Modèle logique

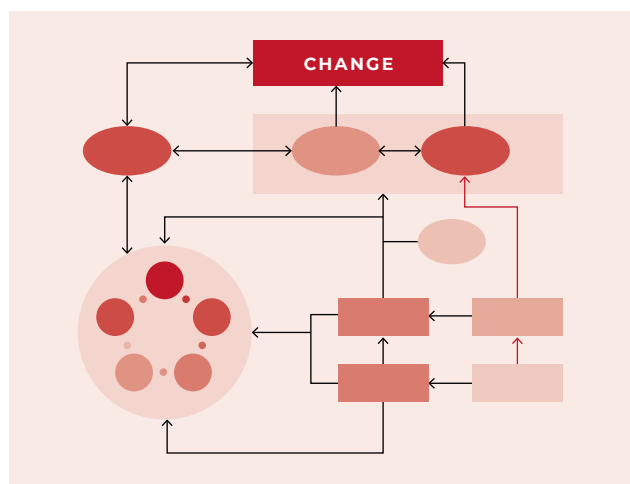
Vous devez ensuite choisir la seule trajectoire de changement que votre programme particulier suivra, c'est-à-dire la façon dont vous irez de votre point de départ à votre point d'arrivée souhaité. Élaborez ensuite un modèle logique à partir de cette trajectoire. Ce modèle définit les ressources et les produits requis, ainsi que les résultats et les impacts escomptés, autrement dit les éléments pour lesquels un suivi est requis.

Le *Cadre pour des soins attentifs* comprend une théorie générale du changement, des trajectoires de changement et un modèle logique. Vous pouvez vous en servir pour élaborer les vôtres, en les adaptant à votre environnement et à ce que vous souhaitez réaliser. À ces fins, collaborez étroitement avec vos partenaires, le processus de consultation pouvant s'avérer tout aussi important que le produit final.

Figure 2. Comment élaborer son propre modèle à partir du modèle logique du *Cadre pour des soins attentifs*

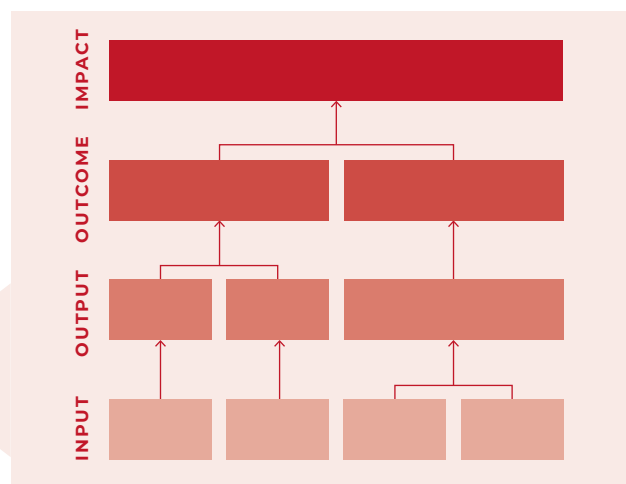
Théorie du changement

Présente une approche globale en montrant toutes les trajectoires possibles.



Modèle logique

Montre uniquement la trajectoire suivie par votre programme.



Le suivi de la mise en œuvre consiste à mesurer tous les éléments de votre modèle logique, en commençant par les ressources (telles que l'introduction de normes de formation) et les produits (comme le fait que les agents de santé aident les personnes s'occupant d'enfants à prodiguer des soins répondant aux besoins et à mettre en place des activités d'apprentissage précoce). Il est essentiel de suivre ces éléments pour obtenir des résultats (comme le développement, à la maison, d'une communication basée sur le langage) et des impacts (comme le fait que les enfants soient en bonne voie de développement). Il faut donc commencer par documenter soigneusement ce qui est mis en œuvre, avant de s'intéresser aux résultats obtenus.

Les éléments à mesurer évoluent au fil du cycle du programme. Lors de la phase de conception et de test, il importe de prêter attention aux éléments de base, d'autres éléments s'ajoutant au fur et à mesure du déploiement à plus grande échelle (voir l'encadré « *Évolution du processus de suivi au fil du cycle du programme* »).

La manière dont une intervention est mise en œuvre peut évoluer, y compris pendant la phase de déploiement à grande échelle, et il faut donc avoir une approche flexible des paramètres à mesurer et de la façon de s'y prendre. C'est ce qu'a montré la pandémie de COVID-19, les contacts physiques entre les travailleurs de première ligne et les bénéficiaires étant restreints, et remplacés par des solutions s'appuyant sur des moyens numériques.

Des travaux sont en cours pour élaborer un catalogue complet d'indicateurs portant sur les ressources, produits et résultats du modèle logique appliqué au Cadre. Ce catalogue viendra enrichir les 24 indicateurs de base présentés dans le Cadre pour des soins attentifs, et fournira ainsi aux pays une liste dans laquelle ils pourront choisir les indicateurs qu'ils jugeront les plus utiles.

ÉVOLUTION DU PROCESSUS DE SUIVI AU FIL DU CYCLE D'UN PROGRAMME

Étape 1 – Conception et mise à l'essai

Au début, lorsque l'on souhaite concevoir et mettre à l'essai des interventions dans des sites pilotes, il est nécessaire de se concentrer sur trois domaines :

- la performance des travailleurs de première ligne, leur façon de dispenser les services ;
- les attentes des bénéficiaires concernant les services et leur niveau de satisfaction ;
- la population cible ainsi que la couverture et la répartition équitable des services.

Le fait de suivre ces éléments permettra d'adapter le contenu de l'intervention et les modalités de mise en œuvre, ce qui contribuera à rendre les interventions acceptables, faisables, efficaces et applicables à plus grande échelle.

Étape 2 – Déploiement à grande échelle

Une fois que l'intervention est bien établie, il devient important de suivre deux aspects supplémentaires :

- La qualité : les soins sont-ils fournis en toute sécurité, au moment opportun, sur la base de données probantes, sans gaspillage, équitablement et d'une manière qui convient aux bénéficiaires ?
- La fidélité aux objectifs initiaux, c'est-à-dire le respect de l'approche qui a été validée comme essentielle pour atteindre les résultats recherchés.

Pour en savoir plus sur la façon de définir les priorités en matière de suivi et les modalités de ce suivi, on pourra lire l'article « *Measuring the implementation of early childhood programmes* » (10) (Évaluer la mise en œuvre des programmes de développement de la petite enfance).



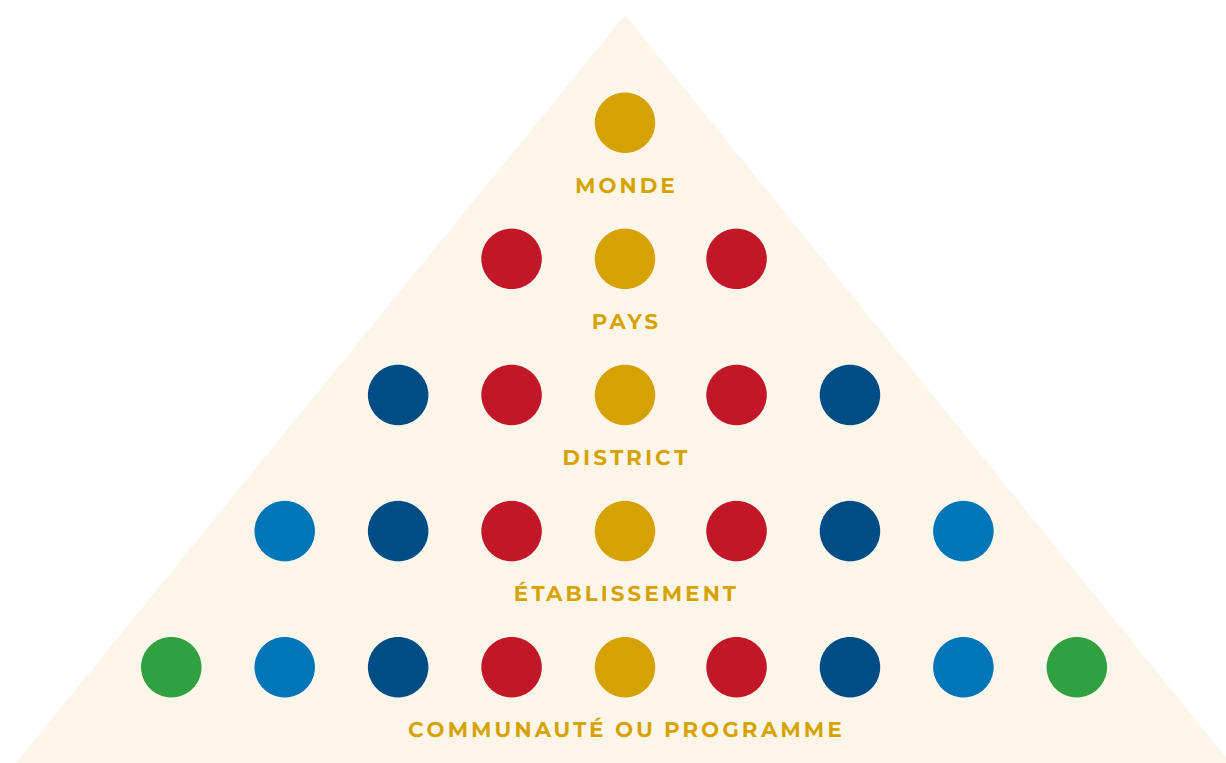
Un système de suivi complet opère à plusieurs niveaux, traitant des données relatives à des clients individuels, puis des données relatives à des programmes, des établissements, des districts, un pays tout entier et enfin le monde dans son ensemble (figure 3). À chaque niveau de suivi, les données sont collectées et utilisées différemment, car personne n'a besoin de toutes les données tout le temps. La figure 3 montre que, pour prendre des décisions et suivre la performance, de plus amples informations sont requises aux échelons inférieurs de la gestion et de la prestation des services qu'aux échelons supérieurs.

Chaque niveau doit inclure un ensemble cohérent d'indicateurs de base, indiqués à la figure 3 par les cercles jaunes, tels que le taux d'allaitement maternel exclusif. Chaque niveau a par ailleurs ses propres indicateurs spécialisés, indiqués à la figure 3 par les cercles d'autres couleurs, qui sont utiles pour les personnes et responsables impliqués à ce niveau, tels que les travailleurs de première ligne ou les responsables de services. Il serait utile, par exemple, de connaître au niveau communautaire le nombre de conseillères et conseillers en allaitement maternel formés. Les indicateurs de base sont néanmoins définis de la même manière à chaque niveau, ce qui permet d'établir des comparaisons et ainsi de voir les variations au fil du temps et entre les pays.

Des contributions de différentes sources sont requises pour établir des rapports sur ces indicateurs, par le biais, notamment, d'enquêtes menées auprès des populations, de la collecte de données administratives (comme les systèmes d'enregistrement des faits et des statistiques d'état civil) et de celles d'institutions spécialisées (y compris les données des systèmes d'information de gestion sanitaire, et des systèmes des laboratoires et des chaînes d'approvisionnement), des systèmes des agents de santé communautaires et des systèmes d'information de gestion des programmes. Un bon protocole doit ainsi proposer des options normalisées pour chaque niveau, et pas seulement pour les indicateurs de base recommandés.

L'annexe 1 présente les 24 indicateurs de base proposés dans le *Cadre pour des soins attentifs* qui s'appliquent à tous les pays. Ils sont issus des cadres de suivi des ODD et des 100 indicateurs sanitaires de base définis pour faciliter la mise en œuvre de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*. Ces exemples ne sont ni prescriptifs ni exhaustifs, mais montrent l'importance d'utiliser différents types d'indicateurs pour suivre les programmes.

Figure 3. Pyramide de la collecte et de l'utilisation des données



Source : Ce diagramme est adapté du support de formation de l'UNICEF sur le logiciel d'information sanitaire de district 2 (DHIS2) (11).

Actions proposées

Faire participer toutes les parties prenantes à la création d'un plan de suivi

Lors de la planification des activités, élaborer un plan de suivi pour accompagner le plan de mise en œuvre. Impliquez toutes les parties prenantes responsables de la mise en œuvre pour mettre au point conjointement le modèle logique afin qu'il y ait consensus sur le choix des indicateurs et sur les modalités de collecte et de traitement des données. Prévoyez également des réunions de ces parties prenantes pour examiner régulièrement les données, par exemple tous les ans ou tous les six mois. Il a été prouvé que cela renforce l'action multisectorielle, en permettant de réagir rapidement face à toute lacune émergente.

Choisir les indicateurs à utiliser

Une fois que votre programme dispose d'un solide modèle logique décrivant les ressources, les produits, les résultats et les impacts, ainsi que les hypothèses sous-jacentes requises pour assurer le succès, vient l'étape du choix des indicateurs. Ces indicateurs doivent être SMART (« Specific, Mesurable, Achievable, Relevant, Timebound »),

C'est-à-dire, dans le même ordre :

- **Spécifiques** au produit ou au résultat attendu ;
- **Mesurables**, à l'aide notamment de numérateurs et dénominateurs issus des données du programme ;
- **Réalisables** dans le cadre du programme ;
- **Pertinents** au regard de l'intervention évaluée ;
- **Limités dans le temps**, compatibles avec le cycle du programme.

Il est important de définir les indicateurs dès le début de la mise en œuvre du programme, car cela permet l'intégration initiale du suivi à la programmation. Plus tôt commencera le suivi, plus tôt des données seront disponibles qui permettront de tirer des enseignements, de procéder à des changements et de rendre la mise en œuvre du programme plus performante.

Recenser et renforcer les indicateurs existants

Étant donné que la mise en place d'environnements favorables aux soins attentifs s'appuie sur les politiques et les services existants, il est probable que certains indicateurs pertinents fassent déjà l'objet d'un suivi. On peut penser, par exemple, à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ou encore à la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants.

Dressez la liste de ces indicateurs, en précisant qui les collecte, quand et comment. Synthétisez également les modalités d'analyse et d'exploitation de ces données. Il sera nécessaire, pour chaque indicateur lié à un résultat important, de recourir à des indicateurs évaluant les ressources et les produits requis. Les données existantes, ainsi que leur collecte, peuvent être d'une grande utilité. Si des lacunes quant à leur qualité, leur caractère comparable ou leur exhaustivité sont relevées, l'exercice même de collecte alimentera utilement les discussions destinées à identifier le moyen de les combler.

Créer de nouveaux indicateurs

Pour les activités et les produits pour lesquels il n'existe aucun indicateur, il pourra être nécessaire d'en créer de nouveaux. Il conviendra néanmoins de garder à l'esprit que, pour les composantes des soins attentifs, les mesures des ressources et des produits sont moins normalisées que celles des résultats et des impacts. Les nouveaux indicateurs devront être définis afin de pouvoir mesurer une intervention dans les conditions spécifiques de sa mise en œuvre sur le terrain, être pertinents du point de vue du modèle logique, et être mesurables avec fiabilité. Si l'indicateur est simple et significatif, on pourra s'interroger sur l'opportunité d'en pérenniser utilement l'usage et de le suivre au fil du temps.

Adopter le prisme de l'équité

Le suivi des inégalités joue un rôle crucial pour recenser les différences en matière de santé et de développement entre différents sous-groupes de population. Il fournit des données probantes sur les personnes laissées pour compte et éclaire les politiques, les programmes et les pratiques sanitaires qui visent à combler les lacunes existantes et à réaliser l'équité en matière de santé. Les inégalités sont dues à des différences dans les facteurs déterminants de la santé et du bien-être, notamment l'accès aux interventions essentielles et la couverture de celles-ci. Dans de nombreux contextes, les données disponibles indiquent déjà quels sont les communautés ou les groupes de population les plus marginalisés. Il peut s'agir de populations réfugiées, migrantes et déplacées. Il conviendra d'identifier à l'avance quelles sont les populations défavorisées et d'adapter le plan de suivi pour évaluer spécifiquement les avancées concernant les services et les résultats au sein de ces groupes. Ventilez les données.

L'outil « Health Equity Monitor » de l'OMS est une plateforme mondiale qui fournit des données fiables sur les inégalités existantes en matière de santé, et met à disposition des outils et des ressources pour suivre ces inégalités (12). Pour en savoir plus, consultez l'adresse suivante : <https://www.who.int/data/gho/health-equity>.

Lors du choix des indicateurs, il importe de garder à l'esprit les questions suivantes :

- **Prendre en compte les éléments fondamentaux et faire preuve de souplesse lors du suivi**

Définissez les éléments fondamentaux de l'intervention et fixez les normes de qualité pour les mettre en œuvre.

Par exemple, les composantes de base du soutien aux personnes s'occupant d'enfants comprennent la prise en compte de leur santé mentale ainsi que la fourniture de conseils sur l'adéquation soins/besoins et les activités d'apprentissage précoce. Il est indispensable de rester fidèle à ces principes essentiels, même s'ils devront être adaptés à la culture locale (langue, illustrations, jouets, chansons et histoires). Il est donc également important de faire preuve de souplesse pour leur suivi.

- **Suivre tous les aspects de la formation**

La performance des travailleurs de première ligne dépend de la qualité de leur formation. Cette qualité dépend de la durée, de la taille moyenne des effectifs formés, du nombre d'animateurs par participant, des méthodes employées, de l'équilibre entre les séances théoriques et pratiques, de la manière d'évaluer si la formation a été bien conduite, et des actions de suivi. Il convient de définir des critères pour chacun de ces aspects, et ils doivent tous faire l'objet d'un suivi. Ce point est tout aussi important que le nombre de travailleurs de première ligne formés, l'endroit où ils se trouvent, et la fréquence et la qualité de la supervision dont ils bénéficient.

- **Évaluer l'étendue et le dosage**

L'impact d'une intervention dépend de son étendue et de son dosage, c'est-à-dire du nombre de personnes soutenues et de l'ampleur du soutien qu'elles reçoivent. Il est essentiel de bien définir ces paramètres lors de la phase de conception, et d'assurer un suivi pour vérifier leur application effective. Suivez le degré d'utilisation des services, la durée et le contenu des consultations, et la fréquentation, la durée et la qualité des séances de groupe. Identifiez également soigneusement les personnes de la population cible qui ont bénéficié des services, et, *a contrario*, les familles et les enfants qui n'ont pas pu en profiter.

- **Se renseigner sur le niveau de satisfaction des familles**

La demande en services – et leur adoption – dépend de la compréhension qu'en ont les bénéficiaires et de la satisfaction qu'ils en retirent. Interrogez les personnes s'occupant d'enfants à la fin des interventions afin d'évaluer leur ressenti, ce qu'elles ont retenu des messages clés, et si elles sont capables de les mettre en pratique à la maison. Si vous faites des visites à domicile, mettez-les à profit pour observer si les changements attendus se produisent.

Pour approfondir le sujet, consultez les indicateurs figurant dans le modèle logique du *Cadre pour des soins attentifs* (tableau 1) et lisez l'article « *Measuring the implementation of early childhood programmes* » (10). Des travaux sont en cours pour élaborer un catalogue complet d'indicateurs applicables au Cadre pour des soins attentifs ; ce catalogue inclura des orientations sur l'exploitation de ces indicateurs.

Déterminer la méthode d'évaluation

Il existe de nombreuses sources fiables de données (voir encadrés « *Sources de données* » et « *Collecter les données dont vous avez besoin* »). Le fait d'en utiliser plusieurs qui se complèteront mutuellement permettra de minimiser les lacunes. Si les données du système d'information sanitaire sont incomplètes ou de qualité variable, elles peuvent par exemple être complétées ou validées par des recherches dans un établissement de santé ou au moyen d'une enquête auprès de la population. L'approche de la mise en œuvre, décrite dans les guides relatifs aux *actions stratégiques 3 et 5*, s'appuie généralement sur plusieurs sources pour produire des données utiles au renforcement du programme et à l'évaluation des impacts.

SOURCES DE DONNÉES

Voici plusieurs sources fiables de données alimentées en continu :

- les registres des établissements de santé ;
- les systèmes d'information sanitaire ;
- les bases de données sur les ressources humaines et la formation du personnel.

Voici plusieurs sources fiables de données alimentées de façon intermittente :

- les enquêtes auprès des bénéficiaires ;
- les entretiens avec les travailleurs de première ligne et l'observation de leurs pratiques, souvent à la faveur d'enquêtes ;
- les évaluations des établissements ;
- les enquêtes auprès de la population ;
- les entretiens avec les parties prenantes.

Aider les travailleurs de première ligne à développer une culture des données et à utiliser les données pour s'améliorer

Une fois le plan de suivi achevé, assurez-vous que l'ensemble du personnel sait ce qu'il doit suivre et pourquoi. Bien souvent, les travailleurs de première ligne transmettent des quantités importantes d'informations, mais ne les utilisent pas pour améliorer la situation là où ils se trouvent. Faites en sorte, par exemple, qu'ils ne se contentent pas de déclarer le nombre de mères pratiquant l'allaitement maternel exclusif, mais qu'ils sachent aussi que faire en cas de taux faibles. Renforcez les compétences, réalisez des contrôles réguliers pour évaluer la qualité de la saisie des données de routine et essayez de l'améliorer. Attachez-vous en permanence à aider les travailleurs de première ligne à utiliser les données pour améliorer la qualité des services. À titre d'exemple, voir l'encadré « *Suivi centré sur l'enfant au Pérou et au Chili* ».

Profiter des visites de supervision pour examiner les données

Les personnes occupant des fonctions de supervision peuvent mieux aider les travailleurs de première ligne lorsqu'elles utilisent les données produites au niveau des soins primaires. Outre l'analyse des registres, le fait d'observer directement comment un prestataire et un bénéficiaire interagissent constitue une autre manière de produire des informations sur la qualité des soins. En l'absence de personnes s'occupant d'enfants et de jeunes enfants réels, l'utilisation de vignettes de mise en situation peut tenir lieu de première étape pour évaluer la performance, et être suivie de prestations de supervision ou de mentorat. Recourir à plusieurs méthodes favorisera l'efficacité des activités de suivi et peut renforcer la confiance et l'assurance des travailleurs de première ligne.



SUIVI CENTRÉ SUR L'ENFANT AU PÉROU ET AU CHILI

Dans le cadre de leur stratégie nationale sur le développement de la petite enfance, le Pérou et le Chili ont défini des programmes d'interventions à mettre en œuvre à des moments spécifiques entre le début de la grossesse et l'âge de 4 ou 5 ans.

Les pays souhaitant savoir si les enfants bénéficiaient des interventions auxquelles ils avaient droit, des systèmes de gestion des informations sociales innovants et centrés sur les enfants ont été mis au point. Les ministères du développement social de ces deux pays ont utilisé des plateformes en ligne pour héberger les bases de données de différents secteurs, ainsi qu'un registre couvrant la grossesse et les premières années de la vie.

Le système du Pérou a été conçu pour traduire le souhait du Gouvernement de lier les financements aux résultats, et comprend des indicateurs couvrant les ressources, les processus et les résultats pour chaque région et district. Il renseigne sur le degré de couverture de chaque intervention ainsi que sur la proportion d'enfants bénéficiant de l'intégralité du programme. Il est ainsi facile de voir, par exemple, quel pourcentage des enfants de 1 an ont un acte de naissance, ont été vaccinés contre le rotavirus et le pneumocoque, ont reçu des micronutriments, et ont bénéficié de consultations de suivi de la croissance et du développement. Le système comprend également des données tirées d'enquêtes sur les conditions de vie, la démographie et la santé, ce qui permet de montrer, par exemple, la proportion d'enfants bénéficiant d'un approvisionnement en eau potable, de services d'assainissement et de services de crèche.

Le système du Chili permet de produire des rapports et de compiler des données pour chaque région et chaque municipalité. Il rend compte de la santé et du développement de chaque enfant et famille ; des services de santé dont les enfants et les femmes enceintes ont bénéficié ; des familles exposées à des risques sociaux, économiques ou sanitaires, et de la réponse des services publics apportée à ces situations ; de la participation au programme de parentalité ; des visites à domicile faites aux familles et aux enfants ; et de la qualité de la coordination entre les secteurs. Des améliorations sont actuellement apportées au système pour y inclure des données sur les conditions de vie et d'emploi, ce qui permettra de fournir une information plus intégrée sur la couverture des services et les besoins non satisfaits.

Les deux pays visent à regrouper les données issues de différents secteurs pour suivre le développement de chaque enfant et de chaque famille, rendant ainsi leurs systèmes plus fluides et interconnectés, et faisant d'eux des outils au service des droits des enfants. Pour en savoir plus, consultez le site Internet « [Redinforma](#) » (13) du Pérou et lisez [l'étude de cas intégrale](#) (14) sur le programme « *Chile Crece Contigo* » ou le [blog de cette même initiative](#) (15).

Évaluer régulièrement les données

Il est possible d'envisager que les responsables et le personnel des établissements de santé collectent et interprètent les données tous les mois, que les responsables régionaux les examinent et les commentent tous les trimestres, et que les autorités nationales analysent les avancées tous les ans. La participation au processus de suivi de spécialistes non directement responsables de tâches de mise en œuvre peut aussi s'avérer utile, car elle favorise une analyse plus objective des données (voir l'encadré « *Impliquer des contrôleurs indépendants* »). Comme évoqué dans la section précédente, il est souhaitable de mener au moment opportun des évaluations régulières indépendantes et normalisées, telles que des enquêtes auprès de la population ou des évaluations en établissement.

Tirer des enseignements et ajuster la mise en œuvre

Intégrez ces examens réguliers dans le cycle de mise en œuvre (décrit dans le guide *Premiers pas*). Servez-vous-en pour tirer des enseignements et procéder aux changements qui permettront de surmonter les obstacles et d'améliorer la performance. Lorsque vous disposez de données, vous pouvez déterminer si vous faites ce que vous aviez prévu et si les avancées sont conformes aux attentes. Si les progrès sont trop lents, les données relatives aux ressources, aux processus, aux produits et aux résultats doivent permettre de repérer les problèmes.

IMPLIQUER DES CONTRÔLEURS INDÉPENDANTS

Lorsque l'on met en place un nouveau service, il peut être utile d'impliquer dans les activités de suivi des spécialistes non responsables des tâches de mise en œuvre. Dans ces conditions, il est ainsi possible de se fier à l'objectivité de ces personnes. Vous pouvez, par exemple, faire appel à une institution universitaire ou à un groupe d'experts. Demandez-leur de contribuer à la collecte et à l'analyse régulières des données, et faites-les collaborer avec toutes les personnes concernées pour identifier les obstacles et trouver des solutions. Vous pouvez notamment lancer une opération pilote à petite échelle en vue d'améliorer les conditions de mise en œuvre sur l'ensemble de la zone de déploiement du nouveau service.

Surmonter les obstacles

Début trop tardif

Bien souvent, les activités de suivi ne sont initialement pas prévues et ne sont intégrées que dans un deuxième temps. Les responsables ont alors plus de mal à suivre ce qui se passe sur le terrain, à procéder à des ajustements et à obtenir des résultats. Il est également bien plus difficile de savoir ce qui a influé sur la progression avant le début du suivi. Pour les responsables et les travailleurs de première ligne, les données, autrement dit savoir ce qui se passe, sont des facteurs de motivation. Veillez donc bien à planifier le suivi dès le début.

Manque de temps et d'argent

Il faut beaucoup de temps et d'argent pour suivre les résultats, et ensuite pour réunir les parties prenantes pour en discuter. Ces activités sont donc souvent reléguées au second plan.

Il en résulte alors généralement que le programme est moins efficace et répond moins bien aux attentes que prévu. Mieux vaut donc en faire moins et suivre ce qui est fait, qu'en faire plus au détriment du suivi. Il faut aussi garder à l'esprit que les parties prenantes seront plus susceptibles de se mettre d'accord sur les actions nécessaires pour favoriser les progrès et plus disposées à investir si elles sont impliquées dans le suivi des résultats.

Manque de données

L'insuffisance des données de base est caractéristique de certaines composantes des soins attentifs ; cela concerne en particulier les soins répondant aux besoins, les activités d'apprentissage précoce, et l'environnement sûr et sain. L'évaluation et l'amélioration de la performance des programmes peuvent en être rendues plus difficiles. Il existe cependant des outils susceptibles de contribuer à combler ces lacunes (voir l'encadré « *Collecter les données dont vous avez besoin* »). Servez-vous-en pour définir les indicateurs ainsi que pour renforcer la capacité des travailleurs de première ligne et des responsables à collecter des informations et à les exploiter. Coordonnez et compilez les données issues de différents secteurs, par exemple au moyen de tableaux de bord.



OUTIL

Collecter les données dont vous avez besoin

La *boîte à outils pour mesurer le développement de la petite enfance dans les pays à revenu faible et intermédiaire* (16) est un guide pratique de la Banque mondiale qui vous aidera à choisir des indicateurs et à les adapter en vue d'une utilisation dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Ce guide explique pas à pas comment gérer les données en fonction des objectifs et des projets.

Le supplément « *Implementation research and practice for early childhood development* » (17) de la revue *Annals of the New York Academy of Sciences* constitue une autre ressource utile, et le document intitulé *Orientation des programmes de l'UNICEF relatifs au développement de la petite enfance* sont également recommandés (18).

Des travaux sont en cours pour élaborer un catalogue complet d'indicateurs sur les soins attentifs, qui inclura en outre des orientations sur les activités de suivi. Une fois finalisés, ces outils seront disponibles à l'adresse suivante : <https://nurturing-care.org>

Suivi du développement individuel des enfants

La plupart des programmes qui appliquent les principes des soins attentifs visent à favoriser le développement optimal des enfants, sans en exclure un seul. Pour atteindre cet objectif, il importe d'être en mesure de repérer les enfants exposés à un risque de trouble du développement, ou qui souffrent d'un retard ou d'un handicap, et de les aider, ainsi que les personnes qui s'occupent d'eux, à réaliser leur potentiel de développement.

Cette problématique concerne aussi les pays à revenu élevé comme les États-Unis, où, selon les [Centers for Disease Control and Prevention \(19\)](#), au moins un enfant sur six souffre de troubles du développement. Peu de jeunes enfants dans cette situation sont cependant identifiés avant d'atteindre un âge préscolaire, voire scolaire, ce qui signifie que la plupart d'entre eux ne peuvent pas bénéficier d'une assistance avant ce stade.

De nombreux facteurs, négatifs aussi bien que positifs, influencent le développement des enfants, parmi lesquels la pauvreté, la dépression maternelle et la maltraitance, ainsi que le fait de recevoir un bon soutien familial ou communautaire. Ces facteurs environnementaux ont souvent une forte influence sur le développement à long terme, et il faut donc trouver des moyens de les prendre en compte dans le suivi de l'évolution comportementale des enfants.

Le recours à des étapes clés précisément caractérisées fournit le moyen d'y parvenir. Ces étapes correspondent à des aptitudes de développement que les enfants devraient, en moyenne, acquérir avant un certain âge. Le rythme naturel de développement des enfants étant très variable, les étapes clés sont atteintes à des âges tout aussi divers. L'utilisation exclusive de ces étapes clés comme outil d'évaluation pourrait de ce fait conduire à ne pas identifier des cas de troubles du développement ou, au contraire, à considérer à tort des enfants comme affectés par de tels troubles.

Si un enfant est en retard par rapport aux caractéristiques d'une étape clé – si par exemple il n'est pas encore capable de s'asseoir alors que la plupart des autres enfants le sont – il ne faut pas nécessairement y voir la manifestation d'une altération développementale. C'est en revanche une circonstance qui doit inciter le personnel de santé à poser plus de questions, et à rechercher des explications ou d'autres signes de problèmes.

Il n'y a pas de règle absolue quant au moment où il faut orienter un enfant et la personne qui s'occupe de lui vers un spécialiste. Ce qui importe avant tout c'est l'accès à des services disposant de personnels ayant une plus grande expertise dans le domaine du développement de l'enfant. Lorsqu'un enfant régresse par rapport à une étape clé précédemment atteinte, il y a des raisons de s'inquiéter et une analyse plus approfondie s'impose, souvent en faisant appel à des ressources plus spécialisées. Le fait qu'un enfant n'ait pas atteint une étape clé de la tranche d'âge précédant la sienne doit aussi alerter et inciter à prendre des dispositions pour, selon le cas, intensifier le soutien au niveau des soins primaires ou orienter vers des services appropriés.

Cela pour dire que le dépistage de masse, consistant à évaluer tous les enfants d'un certain âge en référence à des étapes clés, a peu de chances d'être efficace, en plus de coûter très cher. Mieux vaut que ces étapes soient intégrées dans un processus standard et flexible de suivi du développement des enfants, relevant des services de soins primaires au même titre que les visites de suivi de la croissance et de conseil, les visites de routine, les consultations pour maladie et la vaccination (voir l'encadré « Définitions »).

Cette intégration devrait être le point de départ de la mise en place de services complets destinés à identifier et accompagner les enfants présentant un risque de retard de développement, des troubles du comportement ou des signes de maltraitance. Les travailleurs de première ligne ont besoin, dans cette perspective, non seulement de compétences pour aider les personnes s'occupant d'enfants à agir de façon optimale pour favoriser leur développement, mais aussi de savoir quand et vers quels services orienter les enfants et leur famille.

DÉFINITIONS

Suivi du développement

Il s'agit de suivre la croissance et le développement de l'enfant, en collaboration avec la famille, pour favoriser le recours à des soins attentifs dans la vie quotidienne de l'enfant. Le suivi s'intéresse aux facteurs de risque dans la vie familiale et l'environnement, et à la manière de la famille de gérer ces risques. Il porte aussi sur le développement de l'enfant et sur ce que celui-ci peut comprendre et faire en se référant aux aptitudes usuellement associées à son âge. Les familles peuvent bénéficier de conseils anticipés sur la phase suivante du développement de leur enfant, ainsi que des informations sur les droits des enfants et le soutien que peut leur apporter la communauté.

Dépistage

Il s'agit d'une évaluation rapide, à un instant donné, de tous les enfants ou d'un groupe cible, qui consiste à réaliser des tests spécifiques pour repérer des problèmes pouvant être traités. Des exemples de tests de dépistage incluent les tests génétiques pendant la grossesse, les tests visuels et auditifs, les tests métaboliques et hormonaux pendant la période néonatale, ainsi que les tests relatifs aux déficits moteurs et aux troubles de la coordination.

Actions proposées

Sensibiliser

Parlez aux travailleurs de première ligne du rôle crucial qu'ils peuvent jouer en écoutant les préoccupations des personnes s'occupant d'enfants et en repérant les enfants présentant un risque de développement altéré ou des retards caractérisés. Évoquez l'importance de la planification appropriée des consultations de contrôle qui permettront de dépister les problèmes de vue, d'audition, de paralysie cérébrale ainsi que d'autres déficiences. Assurez-vous également que les travailleurs de première ligne savent vers quels services ils doivent, le cas échéant, orienter les familles.

Évoquez la stigmatisation associée aux handicaps et les manières d'aider les communautés à l'accepter. Aidez les travailleurs de première ligne à se démarquer des conventions médicales selon lesquelles le handicap serait un problème, en se rapprochant d'un modèle social axé sur l'inclusion et la participation (voir l'encadré « *Modèle médical et modèle social du handicap* »). Discutez de la manière de conseiller les personnes s'occupant d'enfants et de les aider à surmonter les obstacles qu'elles rencontrent dans leur communauté, sur le plan de la communication interpersonnelle, dans leur environnement physique ou dans l'accès aux services.

Adopter une approche centrée sur la famille

Le soutien au développement de la petite enfance repose sur l'instauration, dès la grossesse ou même avant, d'un partenariat entre les personnes s'occupant d'enfants et les travailleurs de première ligne. Les travailleurs de première ligne doivent connaître les atouts et les vulnérabilités de l'enfant et de sa famille, et observer, évaluer et accompagner son développement. Des solutions aux problèmes seront plus facilement trouvées à travers cette approche centrée sur la famille grâce au dialogue entre les travailleurs de première ligne et les personnes s'occupant d'enfants, et ces dernières pourront en outre renforcer leurs connaissances sur la manière de favoriser la croissance et le développement de leur enfant, ainsi que demander des conseils dès que nécessaire.

Le guide international « *Guide for Monitoring Child Development* » (guide sur le suivi du développement de l'enfant) (20) est un outil conçu pour former les travailleurs de première ligne à cette approche.



Guide international sur le suivi du développement de l'enfant (GMCD)

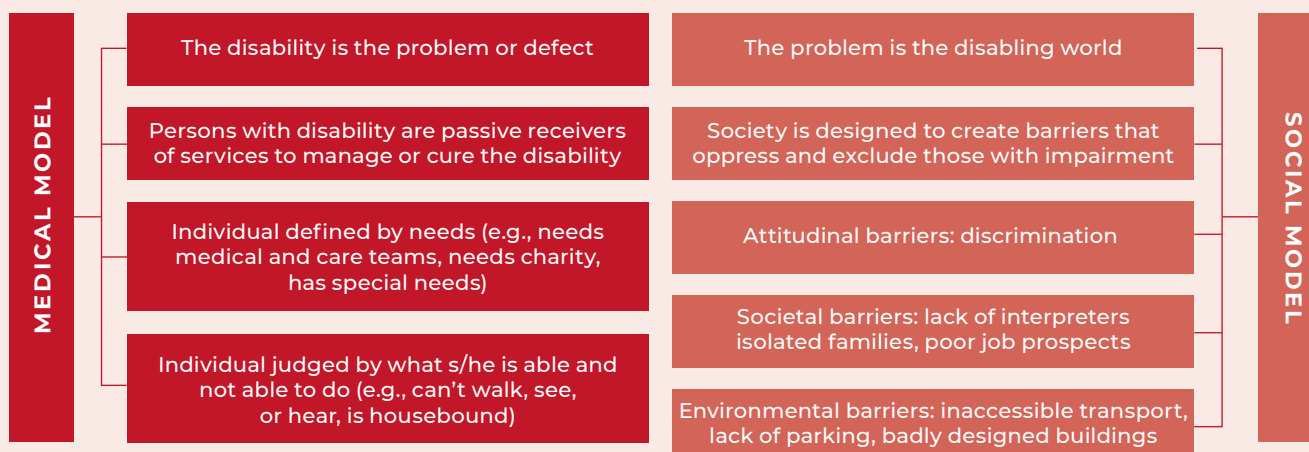
Grâce à des techniques d'entretien ouvert, les personnels de santé nouent une relation et collaborent avec les personnes s'occupant d'enfants pour traiter des questions de développement dans sept domaines. Ils évaluent également, à travers le dialogue, l'environnement familial dans son ensemble. Cette approche aide les personnes s'occupant d'enfants à évaluer les domaines dans lesquels leur enfant se développe bien et à rechercher ce qu'elles pourraient faire pour favoriser davantage son développement.

Consultez le site Internet de la fondation Bernard van Leer, sur lequel vous trouverez un article plus détaillé : « *The international Guide for Monitoring Child Development: enabling individualized interventions* » (20).

Définir ce qui doit faire l'objet d'un dépistage

Des mesures de dépistage doivent être entreprises dès la grossesse pour les problèmes courants (tels que la syphilis ou l'anémie maternelles), et dès la naissance pour les fonctions essentielles (comme la vue et l'audition), les troubles moteurs (paralysie cérébrale) et les problèmes métaboliques (comme la phénylcétonurie). Il est essentiel, en complément de ces actions, que toutes les parties prenantes s'accordent sur ce qui doit être recherché et que le choix des mesures de dépistage s'appuie sur des données probantes. Il est également nécessaire de savoir quand et vers quels services orienter les enfants et les personnes s'occupant d'eux lorsqu'un traitement ne peut pas être assuré au niveau des soins primaires.

Modèle médical et modèle social du handicap



Source : Voir (21).

Définir ce que vous allez suivre, quand et où

Le suivi et les conseils sur le développement s'intègrent très bien dans les services de soins de santé primaires, y compris dans les situations d'urgence humanitaire. Ils peuvent aussi être intégrés dans les services de garde d'enfants, dans les services sociaux et dans les services destinés aux enfants vivant avec des maladies chroniques. Certains pays ont mis en place un programme de visites à domicile, dans le cadre duquel les professionnels fournissent un soutien complet aux familles, et les orientent, si nécessaire, vers des services en établissement de santé ou des services sociaux. Cela implique cependant que les travailleurs de première ligne sachent faire tout cela, et il est donc indispensable qu'ils bénéficient d'une formation et d'un encadrement. Cette formation doit inclure des compétences telles que celles présentées à l'annexe 2 « *Compétences pour suivre le développement des enfants* ».

Voici quelques orientations sur la manière de normaliser le suivi et d'orientation, en partant de l'hypothèse que des soins adéquats sont disponibles à la fois au niveau primaire et au niveau des services vers lesquels une orientation peut être proposée.

• Suivi au niveau des soins primaires

Si l'enfant présente des facteurs de risque de retard de développement, s'il ne remplit pas tous les critères des étapes clés correspondant à sa tranche d'âge, s'il souffre d'autres troubles du développement, ou si les parents expriment des inquiétudes, il faut assurer un suivi supplémentaire et fournir des conseils au niveau des soins primaires. Utilisez les outils décrits dans le guide relatif à l'*Action stratégique 3*, tels que les ressources « *Care for child development* » (22), « *Parenting for Lifelong Health* » (23), et « *Caregiver skills training* » (24). Si ce soutien supplémentaire au niveau des soins primaires n'entraîne pas d'améliorations chez l'enfant, orientez la famille vers d'autres services.

• Orientation vers des soins spécialisés

Si l'enfant présente déjà des signes de retard de développement ou s'il a régressé par rapport à des étapes précédemment atteintes, ou encore si les parents ont de sérieuses préoccupations et que le service de soins primaires n'est pas en mesure de proposer une évaluation plus approfondie, il faut rapidement orienter l'enfant vers un spécialiste qualifié.

Choisir les bons outils pour évaluer le développement

Pour réaliser une évaluation plus approfondie des enfants reconnus comme présentant des signes de développement altéré, les outils doivent être valides, normalisés, faciles à utiliser, accessibles à tous et gratuits ou peu coûteux. Ils doivent également permettre d'améliorer les échanges avec les personnes s'occupant d'enfants, en leur donnant des conseils relatifs aux outils envisagés et en convenant avec elles des actions de suivi appropriées (voir l'encadré « *Choisir des outils d'évaluation approfondie du développement* »).

Lorsque les critères des étapes clés sont utilisés, il est crucial de considérer l'étape dont l'âge limite correspond à l'âge de l'enfant. Si vous appliquez la méthodologie des étapes clés en considérant le 85^e centile, c'est-à-dire l'âge auquel 85 % des enfants satisfont aux critères de ces étapes, moins d'enfants seront identifiés à tort comme ayant des troubles du développement que si vous vous intéressez au 70^e centile.

Pour en savoir plus, consultez le rapport de l'OMS

« *Monitoring children's development in the primary care services: moving from a focus on child deficits to family-centred participatory support* » (25).



Choisir des outils d'évaluation approfondie du développement

Les étapes importantes du développement des enfants sont généralement regroupées en domaines, tels que les compétences motrices, cognitives et langagières. Afin d'évaluer le développement global de l'enfant dans tous ces domaines, utilisez des instruments d'évaluation du développement applicables à tous. Pour en savoir plus sur ces outils et les moments appropriés pour les utiliser, consultez la boîte à outils « *A toolkit for measuring early childhood development in low- and middle-income countries* » (16).

L'OMS et l'UNICEF étudient actuellement les outils disponibles et publieront de nouvelles orientations. D'ici là, vous trouverez dix outils rapides, peu coûteux et utilisables par des travailleurs de première ligne formés dans l'article « *A review of screening tools for the identification of autism spectrum disorders and developmental delay in infants and young children: recommendations for use in low- and middle-income countries* » (26).

Renforcer les compétences des travailleurs de première ligne en matière de suivi du développement

Les travailleurs de première ligne, notamment les agents de santé communautaires, ont besoin de connaissances et de compétences en matière de suivi du développement, de communication de base et de conseil. Pour être compétents

et se sentir confiants, ils ont besoin d'une supervision et d'un accompagnement réguliers, ainsi que d'une méthode claire pour orienter les enfants vers des soins plus avancés. Ils doivent également être capables d'aider les personnes s'occupant d'enfants à résoudre des préoccupations concernant le développement des enfants, telles que le sommeil et les pleurs.

Même si, pour diverses raisons, l'OMS ne recommande pas le suivi de routine de situations de maltraitance d'enfants ni le recours régulier à des mesures de dépistage de telles situations, tous les travailleurs de première ligne doivent cependant être attentifs aux signes indiquant que des enfants ou des personnes s'occupant d'enfants pourraient être exposés à de mauvais traitements. Dans le cas des enfants, ces signes peuvent être une régression (perte de compétences ou d'aptitudes comportementales), des blessures inexpliquées, de mauvaises interactions avec les personnes qui s'en occupent, et le fait que ces personnes aient une perception négative des enfants dont elles s'occupent.

Il convient également de renforcer la capacité des travailleurs de première ligne à observer soigneusement la façon dont les enfants et les personnes qui s'en occupent interagissent, en relevant les signes révélateurs des points positifs et des difficultés dans leur relation (voir l'encadré « *Aider les travailleurs de première ligne à interagir avec les personnes s'occupant d'enfants* »). Le [guide pratique Renforcer les soins attentifs par l'intermédiaire des services de santé et de nutrition](#) (27) de l'UNICEF et de l'OMS fournit plus de conseils à ce sujet.

AIDER LES TRAVAILLEURS DE PREMIÈRE LIGNE À INTERAGIR AVEC LES PERSONNES S'OCCUPANT D'ENFANTS

Il serait judicieux de mettre à jour les documents d'assistance à l'intention des travailleurs de première ligne afin d'y inclure des conseils sur les façons de demander aux personnes s'occupant d'enfants comment se portent leurs enfants et elles-mêmes, d'observer les interactions entre ces personnes et les enfants dont elles s'occupent, de fournir des informations et un accompagnement, et de prodiguer des conseils sur les ressources disponibles au sein de la communauté.

Les travailleurs de première ligne doivent être en mesure :

- de parler à la famille du développement de la petite enfance ;
- d'écouter les préoccupations des personnes s'occupant d'enfants et d'y répondre ;
- de poser des questions ouvertes pour en savoir plus sur le développement de l'enfant (notamment sa santé, son comportement, ses activités et sa participation), sur les soins attentifs prodigués et sur les règles en usage au sein de la famille ;
- de se renseigner sur les risques développementaux psychosociaux et liés à la santé ;
- de se renseigner sur les stratégies d'adaptation que la famille peut mettre en œuvre face aux facteurs de risque et de déterminer si elle a besoin de services supplémentaires ;
- de féliciter la famille et de reconnaître le soutien qu'elle apporte déjà à l'enfant ;
- de donner des conseils sur le stade de développement suivant et des informations sur les ressources communautaires permettant de bien le gérer.

Choisir comment soutenir les enfants et les familles ayant des besoins définis

Dans de nombreux pays, les services de pédiatrie développementale ne sont pas encore facilement accessibles. Les enfants reconnus comme ayant des troubles ou des handicaps du développement n'obtiennent de ce fait pas toujours le soutien dont ils ont besoin. Pour surmonter ce problème, investissez dans la formation des travailleurs de première ligne et des spécialistes, en les aidant à consolider leur expertise dans plusieurs disciplines et à acquérir des compétences telles que l'écoute, l'empathie et l'aptitude à la résolution de problèmes. Vous pouvez vous servir d'outils tels que le guide international GMCD pour mettre en place de telles capacités au niveau des soins primaires et dans les services spécialisés.

Surmonter les obstacles

Les services de soins primaires se contentent d'effectuer un suivi et d'orienter vers d'autres services

Le suivi et l'orientation seuls ne constituent pas un processus adapté et s'y restreindre conduirait à perdre de vue de nombreux enfants. Les choses ne se passent d'ailleurs pas comme ça lorsque survient un problème de santé : les services de soins primaires diagnostiquent un problème, fournissent des soins et orientent vers des spécialistes si nécessaire.

Renforcez le système afin que le suivi du développement fonctionne de la même manière. Assurez-vous que les travailleurs de première ligne savent comment observer la manière dont les enfants et les personnes s'occupant d'eux interagissent, qu'ils sont sensibles aux troubles et aux risques courants du développement, qu'ils peuvent offrir des suggestions et une aide immédiates, et qu'ils peuvent aussi les orienter vers des services adaptés aux situations. Pour ces orientations, assurez-vous qu'ils savent bien vers qui et quand orienter les familles. Intégrez les travailleurs de première ligne au sein d'une équipe qui soutient l'enfant et la famille.

Mauvaise coordination entre les services

Les enfants et les familles présentant des besoins supplémentaires ont souvent besoin de l'aide de plusieurs services, mais la coordination entre ces derniers n'est pas toujours adéquate. Les familles rencontrent alors des difficultés pour accéder à tous les soins nécessaires, tandis que le suivi du développement des enfants par les travailleurs de première ligne devient moins efficace.

Examinez les possibilités de mise en place de soins transdisciplinaires, dans le cadre desquels un clinicien, qui peut être un agent de soins de santé primaires, est responsable au premier chef de l'enfant et de la famille. Ce clinicien peut ensuite rechercher des informations sur des aspects des difficultés de l'enfant ou de la famille en consultant des documents ou des spécialistes, et en couvrant donc plusieurs disciplines. Dans le cadre des interventions précoces, ces soins transdisciplinaires non fragmentés sont considérés comme la norme de référence. Cette approche permet également de ne pas créer de la confusion au sein des familles et favorise l'utilisation financièrement optimale des ressources. L'harmonisation entre les secteurs joue aussi un rôle essentiel, afin de pouvoir faire correspondre les adaptations réalisées dans un secteur aux actions menées dans un autre secteur.

Voir l'encadré « *Trois manières de soutenir les enfants et les familles ayant des besoins définis* », ainsi que la section sur le soutien dans le guide relatif à [l'Action stratégique 3](#).

TROIS MANIÈRES DE SOUTENIR LES ENFANTS ET LES FAMILLES AYANT DES BESOINS CERNÉS

1 Le centre à guichet unique

Fournit un soutien multidisciplinaire (et représente probablement plusieurs organismes) en un seul lieu. Les bénéficiaires sont ainsi moins susceptibles de devoir prendre de nombreux rendez-vous à des endroits différents. Cela favorise également les échanges d'informations entre les spécialistes et praticiens de plusieurs disciplines, et donc la cohérence des réponses apportées.

2 L'approche « Faire équipe autour de l'enfant » (en anglais *Team around the child – TAC*)

Crée une équipe pour chaque enfant et chaque famille. Les membres de l'équipe peuvent comprendre, outre les parents, un enfant plus âgé, un thérapeute, un enseignant, un agent de soins infirmiers, et éventuellement un grand-parent ou une personne qui garde l'enfant. Ce sont les parents qui choisissent les membres, dont le nombre est limité afin de ne pas devenir intimidant. L'objectif est d'éviter la fragmentation et la confusion que l'on observe lorsque plusieurs spécialistes travaillant avec l'enfant ne partagent pas leurs informations. Vous trouverez plus d'informations sur cette approche sur la [page Internet de TAC Interconnections](#) (28).

3 Approche fondée sur les routines

Incite les travailleurs de première ligne à intervenir dans les environnements familiaux de la famille et de l'enfant, comme le domicile, le terrain de jeu ou le centre éducatif. Lorsqu'ils apprennent dans un environnement qui leur est familier des choses qui leur sont également utiles dans leurs routines quotidiennes – comme s'habiller ou manger –, les enfants en retirent des bénéfices. De nouvelles occasions d'apprentissage peuvent en outre devenir apparentes par le biais de ces routines quotidiennes. Consultez l'article « *Using routine based interventions in early childhood special education* » (29) pour en savoir plus.

Les signes indiquant que vous réalisez des progrès

Vous pouvez déployer les activités liées à cette action stratégique de différentes manières, et il faut s'attendre à ce que certaines donnent des résultats plus rapidement que d'autres.

L'objectif consiste à suivre ce que vous faites afin de pouvoir juger si les activités profitent aux enfants et aux familles qui en ont le plus besoin et si les services sont mis en œuvre dans le respect de la qualité et de l'équité.

Voici quelques exemples de signes de progrès et d'objectifs :

- Un plan de suivi basé sur des indicateurs de ressources, de produits, de résultats et d'impact a été mis au point, et des méthodes de collecte et d'analyse des données sont fonctionnelles.
- Des systèmes de suivi du développement individuel des enfants ont été élaborés et intégrés aux outils conçus pour assister les travailleurs de première ligne.
- Les travailleurs de première ligne ont été formés et bénéficient d'un encadrement pour participer au suivi de la mise en œuvre des soins attentifs et à celui du développement individuel des enfants.
- Le système d'information sanitaire a été mis à jour et comprend des indicateurs relatifs à l'accès, à l'utilisation et à la qualité des services qui soutiennent les soins attentifs et leur développement.
- Des plans de suivi du développement de la petite enfance à l'échelle de la population ont été élaborés, et toutes les données disponibles ont été collectées et analysées.
- Des réunions multipartites visant à examiner les données disponibles sont régulièrement organisées et mises à profit pour ajuster la planification, étayer l'argumentation en faveur des soins attentifs, et orienter les politiques d'investissement dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs.



Références

Outils, études de cas et lectures complémentaires

1. Cadre pour des soins attentifs

OMS, UNICEF et Groupe de la Banque mondiale, *Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325724>, page consultée le 15 juillet 2022.

2. Profils de pays pour le développement de la petite enfance

Compte à rebours pour 2030, *Profils de pays pour le développement de la petite enfance*. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/resources/countdown-to-2030-ecd-country-profiles/>, page consultée le 15 juillet 2022.

3. Données sur le développement de la petite enfance

Richter L. M., Cappa C., Issa G., Lu C., Petrowski N., Naicker S. N., « Data for action on early childhood development ». *The Lancet*, vol. 396 n° 10265, 2020, p. 1784-1786. doi : 10.1016/S0140-6736(20)32482-X.

4. Outil : Indice de développement de la petite enfance

« Early childhood development index 2030: a new tool to measure SDG indicator 4.2.1 ». Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030/>, page consultée le 15 juillet 2022.

5. Échelles mondiales pour le développement précoce

« Global scales for early development ». Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/global-scale-for-early-development>, page consultée le 15 juillet 2022.

6. Interactions réactives pour l'apprentissage – Brésil

Rodrigues M., Schneider A., Sokolovic N., Brunsek A., Oré B., Perlman M. et al., « Development and evaluation of an open-source, online training for the measurement of adult-child responsivity at home and in early childhood education and care settings ». *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 22(3):1-18, 2021. doi : 10.19173/irrodl.v22i3.5472.

7. Interactions réactives pour l'apprentissage – Pérou

Schneider A., Rodrigues M., Falenchuk O., Munhoz T. N., Barros A. J. D., Murray J. et al., « Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of an observational measure for parent-child responsive caregiving ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3):1246, 2021 doi : 10.3390/ijerph18031246.

8. Évaluer les soins répondant aux besoins et les activités d'apprentissage précoce

Hentschel E., Yousafzai A. K., Aboud F. E., « Indicators for measuring responsive caregiving and early learning activities ». Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://nurturing-care.org/assessing-responsive-caregiving-and-early-learning-activities/>, page consultée le 15 juillet 2022.

9. Étude de cas : Utiliser les données sur la population pour concevoir l'action locale en Australie

Ministère de l'éducation, des compétences et de l'emploi du Gouvernement australien. « Australian Early Development Census (AEDC) ». Gouvernement australien, Canberra (Australie), 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.dese.gov.au/early-childhood-data-and-reports/australian-early-development-census-aedc>, page consultée le 15 juillet 2022.

10. Mesurer la mise en œuvre

Aboud F. E., Prado E. L., « Measuring the implementation of early childhood development programs ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1419(1):249-263, 2018. doi : 10.1111/nyas.13642.

11. District Health Information Software 2 (DHIS2)

Health Information Systems Programme, « About District Health Information Software 2 (DHIS2) ». Département informatique de l'université d'Oslo, Oslo (Norvège), 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.dhis2.org/about>, page consultée le 15 juillet 2022.

12. Outil : Suivi de l'équité en matière de santé

« The global health observatory: health equity monitor ». Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/data/health-equity>, page consultée le 15 juillet 2022.

13. Étude de cas : Le système péruvien de suivi centré sur l'enfant

Ministère du développement et de l'inclusion sociale du Pérou, « REDinforma: un repositorio multisectorial de información ». Ministère du développement et de l'inclusion sociale du Pérou, Lima (Pérou), 2019.

14. Étude de cas : Le système de suivi centré sur l'enfant du programme Chile Crece Contigo

Chile Crece Contigo, « Informe técnico final: estudio de seguimiento de casos de usuarias del sistema Chile crece contigo ». Chile Crece Contigo, Ministère du développement social et de la famille, Santiago (Chili), 2012.

15. Étude de cas : Blog du programme Chile Crece Contigo

Chile Crece Contigo, Page d'accueil du blog. Chile Crece Contigo, Ministère du développement social et de la famille, Chili, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://crececontigomds.blogspot.com/>, page consultée le 15 juillet 2022.

16. Outil : Outils d'évaluation du développement – guide de la Banque mondiale

Fernald L. C. H., Prado E., Kariger P., Raikes A., « A toolkit for measuring early childhood development in low and middle-income countries ». Banque mondiale, Washington, D. C., 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/deb106bb-7361-55c3-9c3d-edb33986a1e6>, page consultée le 15 juillet 2022.

17. Recherche et pratique en matière de mise en œuvre

Yousafzai A. K., Aboud F. E., Nores M., Britto P. R. (éd.), « Implementation research and practice for early childhood development – Special Issue ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, 1419(1):1-271, 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/toc/17496632/2018/1419/1>, page consultée le 15 juillet 2022.

18. Orientation des programmes de l'UNICEF relatifs au développement de la petite enfance

Orientation des programmes de l'UNICEF relatifs au développement de la petite enfance. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unicef.org/media/107606/file/Programme-Guidance-for-ECD-FRENCH.pdf>, page consultée le 15 juillet 2022.

19. Charge des enfants présentant une incapacité de développement

Centers for Disease Control and Prevention, « CDC's work on developmental disabilities ». Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (Géorgie), 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/about.html>, page consultée le 15 juillet 2022.

20. Outil : Guide sur le suivi du développement de l'enfant

Ertem I. O., « The international guide for monitoring child development: Enabling individualized interventions ». Dans : *Early childhood matters*. Fondation Bernard van Leer, La Haye (Pays-Bas), 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://bernardvanleer.org/ecm-article/2017/international-guide-monitoring-child-development-enabling-individualised-interventions/>, page consultée le 15 juillet 2022.

21. Modèle médical et modèle social

Bureau régional du Fonds des Nations Unies pour l'enfance pour l'Europe et l'Asie centrale et université Drexel, « Systematic review and assessment of approaches to research and data gathering on knowledge, attitudes and practices (KAP) related to children with disabilities in the CEE/CIS Region ». Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Genève, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unicef.org/eca/media/13406/file>, page consultée le 15 juillet 2022.

22. Outil : Soins pour le développement de l'enfant

OMS et UNICEF, « Care for child development: improving the care of young children ». Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75149>, page consultée le 15 juillet 2022.

23. Outil : Être parent pour rester en bonne santé tout au long de la vie

« Parenting for lifelong health: a suite of parenting programmes to prevent violence ». Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health>, page consultée le 15 juillet 2022.

24. Outil : Formation de l'OMS sur les compétences des personnes s'occupant d'enfants

« Training for caregivers of children with developmental disabilities, including autism ». Dans : *Santé mentale et abus de substances psychoactives*. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/who-caregivers-skills-training-for-families-of-children-with-developmental-delays-and-disorders>, page consultée le 1^{er} octobre 2022.

25. Suivi du développement des enfants dans les services de soins primaires

Monitoring children's development in primary care services: moving from a focus on child deficits to family-centred participatory support. Report of a virtual technical meeting, 9-10 June 2020. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335832>, page consultée le 15 juillet 2022.

26. Outils d'évaluation approfondie du développement

Marlow M., Servili C., Tomlinson M., « A review of screening tools for the identification of autism spectrum disorders and developmental delay in infants and young children: recommendations for use in low- and middle-income countries ». *Autism Research*, 12(2):176–199, 2019. doi:10.1002/aur.2033.

27. Guide pratique en matière de soins attentifs

Guide pratique en matière de soins attentifs : Renforcer les soins attentifs grâce aux services de santé et de nutrition (à paraître). Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Organisation mondiale de la Santé, New York et Genève, 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://nurturing-care.org/practice-guide>, page consultée le 31 juillet 2022.

28. Faire équipe autour de l'enfant (Team around the child – TAC)

TAC Interconnections, « The TAC approach – The team around the child approach as part of effective integrated early child and family support ». TAC Interconnections, Worcester (Angleterre), 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.tacinterconnections.com/index.php/tacmodel>, page consultée le 15 juillet 2022.

29. Interventions fondées sur les routines

Jennings D., Frances Hanline M., Woods J., « Using routines-based interventions in early childhood special education ». *Dimensions of Early Childhood*, 40(2):13-22, 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.wvsha.org/wp-content/uploads/events-manager-uploads/session-handouts/Handout%20Preschool%20Language%202.pdf>, page consultée le 1^{er} octobre 2022.

Annexe 1. Les 24 indicateurs de base du *Cadre pour des soins attentifs*

| IMPACT | INDICATEURS EXISTANTS |
|--|-------------------------|
| Proportion d'enfants âgés de 24 à 59 mois dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial, par sexe | ODD 4.2.1 |
| Taux de mortalité maternelle | ODD 3.1.1 |
| Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans | ODD 3.2.1 |
| Taux de mortalité néonatale | ODD 3.2.2 |
| Taux de natalité chez les adolescentes | ODD 3.7.2 |
| BONNE SANTÉ | |
| Taux de couverture des services de santé essentiels, y compris ceux relatifs à la santé reproductive et à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : planification familiale, soins prénatals, accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, allaitement au sein, vaccination et traitement des maladies de l'enfance | ODD 3.1.2, 3.7.1, 3.8.1 |
| Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui bénéficient d'au moins quatre consultations prénatales | Stratégie mondiale |
| Proportion de mères et de nouveau-nés ayant un contact postnatal avec un prestataire de santé dans les deux jours suivant l'accouchement | Stratégie mondiale |
| Pourcentage d'enfants complètement vaccinés | Stratégie mondiale |
| Proportion d'enfants présumés atteints de pneumonie présentés à un prestataire de santé approprié | Stratégie mondiale |
| Pourcentage d'enfants atteints de diarrhée recevant des sels de réhydratation orale | Stratégie mondiale |
| NUTRITION ADÉQUATE | |
| Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts types par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans | ODD 2.2.1 |
| Prévalence de la malnutrition (indice poids/taille supérieur à +2 écarts types ou inférieur à -2 écarts types par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans, par forme (surpoids et émaciation) | ODD 2.2.2 |
| Prévalence de l'anémie chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, ventilée par âge et état de grossesse | Stratégie mondiale |
| Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel | Stratégie mondiale |
| Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont bénéficié au moins de la diversité minimale du régime alimentaire et de la fréquence minimale des repas durant le jour précédant l'enquête (apport alimentaire minimum acceptable) | Stratégie mondiale |
| SOINS RÉPONDANT AUX BESOINS | |
| Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois laissés seuls, ou sous la surveillance d'un autre enfant de moins de 10 ans, pendant plus d'une heure au moins une fois au cours de la semaine passée | MICS |
| OPPORTUNITÉS POUR L'APPRENTISSAGE PRÉCOCE | |
| Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui possèdent au moins trois livres pour enfants à la maison | MICS |
| Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui jouent avec au moins deux jouets à la maison | MICS |
| ENVIRONNEMENT SAIN ET SÛR | |
| Proportion de la population vivant au-dessous du seuil national de pauvreté, par sexe et âge | ODD 1.2.1 |
| Proportion d'enfants âgés de 1 à 17 ans ayant subi un châtiment corporel ou une agression psychologique infligés par une personne s'occupant d'eux au cours du mois précédent | ODD 16.2.1 |
| Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été enregistrés par une autorité d'état civil, par âge | ODD 16.9.1 |
| Proportion de la population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité | ODD 6.1.1 |
| Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité, notamment des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon | SDG 6.2.1 |

Source : *Cadre pour des soins attentifs* (1).

Annexe 2. Formulaire de suivi du développement de l'enfant incluant des étapes importantes validées au niveau international – modèle*

| QUE DEMANDER | QUE FAIRE EN CAS DE PROBLÈME OU DE RETARD |
|--|--|
| <p>Orienter la personne s'occupant de l'enfant. « Il est tout aussi important de suivre et de favoriser le développement de [nom de l'enfant] que de suivre sa santé physique et sa croissance. C'est pendant les premières années que le cerveau des enfants se développe le plus rapidement. Il est utile de suivre le développement et d'évaluer si un domaine nécessite un soutien supplémentaire. Quand je parle de développement, je parle de l'apprentissage, de la communication, de la compréhension, des relations avec les autres, des mouvements corporels, de l'utilisation des mains et des doigts, ainsi que de l'audition et de la vue. Laissez-moi vous demander comment se passe le développement de [nom de l'enfant] dans tous ces domaines. Veuillez me donner des exemples de ce qu'elle fait au quotidien. »</p> <p>1. Préoccupations de la personne s'occupant de l'enfant. « Je souhaiterais d'abord vous demander si vous avez des préoccupations concernant le développement de [nom de l'enfant] dans l'un quelconque de ces domaines. »</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Traiter toutes les préoccupations de la personne s'occupant de l'enfant ■ Évaluer et traiter les problèmes de santé de l'enfant (par exemple, croissance, nutrition, problèmes périnataux, maladie chronique) en s'appuyant sur son historique et en réalisant des examens physiques et neurologiques complets ainsi que des examens de laboratoire si nécessaire <p>À QUOI S'ATTENDRE EN FONCTION DE L'ÂGE</p> <p>6 MOIS</p> |
| <p>2. Langage expressif. « Comment votre enfant vous fait-elle comprendre qu'elle veut quelque chose ? Quels genres de sons, de gestes et de mots utilise-t-elle ? »</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rit tout haut ■ Vocalise des voyelles (« ah, ouh ») |
| <p>3. Langage réceptif. « Comment vous montre-t-elle qu'elle vous comprend lorsque vous lui parlez ? Par exemple, que fait-elle lorsque vous lui dites : Où est papa ? Où est la balle ? Viens là ! »</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Répond par des bruits lorsque les personnes s'occupant de l'enfant lui parlent |
| <p>4a. Motricité globale. « Parlez-moi de ses mouvements, comme sa façon de lever la tête et de la tenir droite, de s'asseoir ou de marcher. »</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Lève la tête à 90 degrés (en position couchée) ■ S'assied avec une assistance ■ En position debout, garde les jambes raides, s'appuie sur des objet au lieu de plier les jambes |
| <p>4b. Motricité fine. « Comment utilise-t-elle ses mains et ses doigts, par exemple quand elle tient des objets ? »</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Tend les mains vers les objets ■ Tient et manipule des jouets/objets |
| <p>5. Relations. « Comment votre enfant interagit-elle avec des personnes qu'elle connaît ? Comment montre-t-elle son intérêt à leur égard ? » Que fait-elle pour les faire réagir ? Comment est son contact visuel ? <i>Attendez que la personne s'occupant de l'enfant réponde, puis demandez : « Comment entre-t-elle en relation avec des inconnus ou comment montre-t-elle qu'elle sait qu'il s'agit d'inconnus ? »</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Maintient un contact visuel prolongé et significatif ■ Montre une préférence, une reconnaissance et le désir d'échanger avec les personnes qui s'occupent d'elle en tendant les mains vers elles, en souriant, en examinant leur visage |
| <p>6. Activités ludiques. « Parlez-moi de la façon dont votre enfant joue. Comment joue-t-elle avec des personnes, avec des objets ou des jouets ? » Si nécessaire, demandez : « Quels objets ludiques ou jouets possède-t-elle, comment joue-t-elle avec eux ? »</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Produit des sons en réponse aux jeux face à face ■ Met des jouets/objets dans sa bouche |
| <p>7. Activités de soin de soi. « Que fait-elle pour elle-même, par exemple pour se nourrir ? » (Les âges d'acquisition des aptitudes à prendre soin de soi peuvent varier selon les cultures)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Il n'est pas nécessairement attendu des enfants de cette tranche d'âge qu'ils aient la capacité de prendre soin d'eux-mêmes |
| <p>8. Environnement de soins attentifs. « Merci de m'en avoir dit autant sur le développement de [nom de l'enfant], vous la connaissez très bien. Parlez-moi maintenant de sa vie quotidienne. Que faites-vous à la maison, votre famille et vous-même, dans votre vie quotidienne, pour l'aider à se développer, à apprendre et à communiquer ? » <i>Écoutez ce que vous dit la personne s'occupant de l'enfant. Entretenez la discussion en demandant : « Que font les autres membres de la famille et vos amis avec elle ? » Soutenez les personnes s'occupant d'enfants en reconnaissant leurs efforts et en les félicitant. Si nécessaire, donnez des idées tirées du livre « Care for Child Development » de l'OMS et de l'UNICEF, ou de la composante du GMCD relative au soutien, ou de toute autre initiative.</i></p> | |
| <p>9. Risques développementaux. « Parfois, les personnes s'occupant d'enfants ont beaucoup de choses à gérer. Elles peuvent, par exemple, se sentir dépassées, stressées ou déprimées, elles peuvent avoir des problèmes d'argent, des membres de leur famille peuvent avoir des problèmes de santé, et elles peuvent alors avoir du mal à s'occuper du développement de leur enfant. Existe-t-il de telles difficultés ou d'autres difficultés dans votre famille ? » <i>Écoutez avec empathie, identifiez les facteurs de risques psychosociaux et facilitez la discussion sur ces questions.</i></p> | |
| <p>10. Planification des interventions et du suivi. « Avez-vous quelques idées ou projets pour soutenir le développement de [nom de l'enfant] malgré ces difficultés ? À cet âge où le développement est si important, que pourriez-vous faire, vous, votre famille, vos amis et votre communauté, pour l'aider à se développer ? » <i>Soutenez les efforts des personnes s'occupant d'enfants. Si les personnes s'occupant d'enfants n'ont aucune idée ou aucun projet, dites-leur que vous aimeriez approfondir ce sujet avec elles. Formulez des commentaires sur le développement, proposez des consultations avec d'autres professionnels et planifiez les étapes de suivi avec la personne s'occupant de l'enfant.</i></p> | |

- Évaluer et aborder les soins attentifs, les opportunités d'apprentissage, les facteurs psychosociaux de risque et de protection (questions 8, 9, 10)
- Évaluer tous les domaines du développement au moyen d'un outil correctement normalisé, fiable et validé
- Assurer un suivi attentif (par exemple, visite de contrôle dans un mois)
- Rediriger, si nécessaire, vers d'autres prestataires pour des consultations ou d'autres services
- Réaliser, si nécessaire, des contrôles fiables de l'audition et de la vue

| | 12 MOIS | 18 MOIS | 30 MOIS |
|--|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Babilles en répétant de nombreuses syllabes ■ A un mot significatif ■ Utilise son bras ou sa main pour désigner des personnes ou des objets | <ul style="list-style-type: none"> ■ Utilise au moins deux mots significatifs ■ Utilise son index pour désigner des choses ■ Les personnes s'occupant de l'enfant comprennent une partie de la communication de l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> ■ Utilise des phrases de trois mots pour communiquer ■ Utilise des pronoms (je, moi, tu) ■ Les personnes s'occupant de l'enfant comprennent l'essentiel de la communication de l'enfant |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Comprend les noms de personnes familières (maman, papa) ■ Comprend des verbes et des mots d'action (viens, prends) ■ Comprend les noms d'objets (balle, jouet) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Fait « au revoir » de la main ou utilise des gestes courants en réponse à des ordres ■ Comprend un ordre simple (apporte tes chaussures) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Comprend une préposition (autre que « dans ») telle que « sous » ou « sur » |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ S'assied de façon stable sans assistance ■ Se met debout en se tenant à des objets et en tirant ■ Reste debout un moment sans assistance ■ Marche en se tenant à des objets | <ul style="list-style-type: none"> ■ Marche sans assistance ■ Donne des coups de pied dans une balle ou un autre objet | <ul style="list-style-type: none"> ■ Grimpe, saute |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Soulève de petits objets uniquement avec la pince pouce-index | <ul style="list-style-type: none"> ■ Tient un crayon ou un bâton (de n'importe quelle manière) et gribouille sur du papier ou par terre | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cherche spontanément à partager son plaisir et son intérêt avec d'autres (fait des câlins à la personne qui s'occupe d'elle, l'embrasse, s'intéresse au jouet qu'a cette personne) ■ Montre qu'elle ne connaît pas une personne (se détourne, regarde fixement) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Initie des interactions spécifiques avec les personnes ■ Imité le comportement des autres (répond en agitant la main, gribouille, se lave les mains, empile des vêtements) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Initie des interactions de plus en plus chaleureuses et variées avec les personnes |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Initie des jeux de « cache-cache » ■ Examine les jouets/objets avec curiosité ■ Imité des gestes pendant le jeu (tape dans ses mains, fait des grimaces) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Examine comment les jouets/objets fonctionnent (comment la poupée bouge ou comment la cloche sonne) ■ A des jeux imaginatifs simples comme donner à manger à la poupée, conduire des voitures | <ul style="list-style-type: none"> ■ Implique d'autres personnes dans ses jeux |
| | <ul style="list-style-type: none"> ■ Utilise ses doigts pour se nourrir (sait que ce sont des aliments et les mange) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Peut utiliser un ustensile pour manger ■ Boit au verre | <ul style="list-style-type: none"> ■ Enlève un vêtement ■ Se lave les mains avec de l'aide |

*Adapté de la ressource « International Guide for Monitoring Child Development (GMCD) Training Package » avec l'autorisation de ses auteurs. Les étapes indiquées ici ont été atteintes, pour les tranches d'âges considérées, par au moins 85 % des enfants en bonne santé dans l'échantillon constitué pour la normalisation de l'étude internationale du GMCD. Pour en savoir plus, consulter (25).

POUR EN SAVOIR PLUS

nurturing-care.org
ecdan.org

PRENEZ PART À LA CONVERSATION

#SoinsAttentifs
@NurturingCare

CONTACT

NurturingCare@who.int



LES SOINS ATTENTIFS
POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

ISBN 978-9-29-031558-2

