Addendum sur les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce

Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre



À propos de l’USAID Advancing Nutrition

L’USAID Advancing Nutrition est le projet phare multisectoriel de l’Agence en matière de nutrition, dirigé par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et un groupe diversifié de partenaires expérimentés. Lancé en septembre 2018, l’USAID Advancing Nutrition met en œuvre des interventions nutritionnelles dans tous les secteurs et toutes les disciplines pour l’USAID et ses partenaires. L’approche multisectorielle du projet rassemble l’expérience mondiale en matière de nutrition pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes qui s’attaquent aux causes profondes de la malnutrition. Engagée à utiliser une approche systémique, l’USAID Advancing Nutrition s’efforce de maintenir des résultats positifs en renforçant les capacités locales, en soutenant le changement de comportement et en renforçant l’environnement propice pour sauver des vies, améliorer la santé, renforcer la résilience, augmenter la productivité économique et faire progresser le développement.

Avertissement

Ce document a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l’Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et ne reflète pas nécessairement les opinions de l’USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée

USAID Advancing Nutrition, 2023. *Addendum sur les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce : Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre* Arlington, VA : USAID Advancing Nutrition.

Crédit photo : Víctor Nolasco pour JSI

Traduction: Alpha Omega Translations, Sosthène Guei, et Danny Badila

USAID Advancing Nutrition

JSI Research & Training Institute, Inc.

2733 Crystal Drive

4e étage

Arlington, VA 22202

Téléphone : 703-528-7474

Email : [info@advancingnutrition.org](mailto:info@advancingnutrition.org)

Site Web: [advancingnutrition.org](http://advancingnutrition.org/)

Table des matières

[Acronymes 4](#_Toc156122876)

[Remerciements 5](#_Toc156122877)

[1. Vue d’ensemble de l’Addendum sur les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce 6](#_Toc156122878)

[1.1 Contexte 6](#_Toc156122879)

[1.2 Ce qu’est l’*Addendum RCEL* et ce qu’il n’est pas 7](#_Toc156122880)

[1.3 Contenu de l’*Addendum RCEL* 8](#_Toc156122881)

[1.4 Objectif du Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre 9](#_Toc156122882)

[1.5 Comment utiliser le Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre ? 11](#_Toc156122883)

[2. Planification de l’utilisation de l’*Addendum RCEL* 13](#_Toc156122884)

[2.1 Préparatifs initiaux pour l’utilisation de l’*Addendum RCEL* 13](#_Toc156122885)

[2.2 Considérations relatives à l’intégration de l’*Addendum RCEL* dans les plateformes existantes 17](#_Toc156122886)

[2.3 Détermination de l’approche de mise en œuvre 19](#_Toc156122887)

[2.4 Planification de la formation et du déploiement 20](#_Toc156122888)

[2.5 Planification d’une supervision et d’un mentorat de soutien 21](#_Toc156122889)

[3. Adapter l’*Addendum RCEL* à votre contexte 23](#_Toc156122890)

[3.1 L’adaptation : Un processus étape par étape 23](#_Toc156122891)

[4. Préparation de la mise en œuvre 39](#_Toc156122892)

[4.1 Utilisation des *cartes conseils* de *l’Addendum RCEL* dans le cadre d’un conseil   
individuel 39](#_Toc156122893)

[4.2 Utilisation des cartes conseils de l’Addendum RCEL en groupe 39](#_Toc156122894)

[4.3 Utilisation du contenu de l’*Addendum RCEL* dans d’autres formats pour   
promouvoir le changement comportemental 40](#_Toc156122895)

[4.4 Préparation de la formation et du déploiement 42](#_Toc156122896)

[5. Suivi et évaluation 44](#_Toc156122897)

[5.1 Élaboration du plan de suivi et d’évaluation 44](#_Toc156122898)

[5.2 Intégration de l’apprentissage et de l’amélioration 47](#_Toc156122899)

[Références 48](#_Toc156122900)

[Annexe 1. Résumé des possibilités d’intégration de l’*Addendum RCEL* dans les   
programmes communs de santé, de nutrition et de développement de l’enfant 50](#_Toc156122901)

[Annexe 2. Synthèse des données récentes sur les principaux aspects de la conception   
des programmes 65](#_Toc156122902)

[Annexe 3. Exemple d’une liste de contrôle pour une supervision formative 68](#_Toc156122904)

[Annexe 4. Adaptation des conseils pratiques de l’*Addendum RCEL* pour les enfants présentant des difficultés de développement et des handicaps 69](#_Toc156122905)

[Annexe 5. Matrice de traduction 72](#_Toc156122906)

[Annexe 6. *Cartes conseils* Matrice de suivi de l’adaptation 74](#_Toc156122907)

[Annexe 7. Considérations spécifiques concernant les cartes pour l’adaptation des   
*cartes conseils*, messages clés et conseils pratiques 75](#_Toc156122908)

[Annexe 8. Considérations relatives à l’adaptation du kit de formation de   
l *‘Addendum RCEL* 80](#_Toc156122909)

[Annexe 9. Matrice de Suivi de l’Adaptation du Kit de Formation 91](#_Toc156122910)

[Annexe 10. Outils de pré-test 92](#_Toc156122911)

[Annexe 11. Suggestions de combinaison de sujets de conseil pour les groupes 95](#_Toc156122914)

[Annexe 12. Liste de contrôle pour la préparation de la formation 98](#_Toc156122915)

Acronymes

AEH Action essentielle en hygiène

AEN Actions essentielles en nutrition

ANJE Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

ANJE Kit de conseils communautaires de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

ASC Agent de santé communautaire

CLA Collaboration, apprentissage et adaptation

CNCC Soins aux nouveau-nés et aux enfants dans la communauté

CSC Changement social et comportemental

DGD Discussion de groupe dirigée

DPE Développement de la petite enfance

F Féminin

iCCM Gestion communautaire intégrée des cas

IDI Entretiens approfondis

IHAB Initiative des hôpitaux amis des bébés

M Masculin

MAMI Prise en charge des nourrissons de moins de six mois, petits et à risque nutritionnel et de leurs mères

NACS Évaluation, conseil et soutien nutritionnel

OMS Organisation mondiale de la santé

ONG Organisation non gouvernementale

PCIMNE Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l’enfant

PCMA Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë

PLH Parentalité pour la santé tout au long de la vie

PNC Soins postnatals

RCEL Soins répondant aux besoins et apprentissage précoce

S&E Suivi et évaluation

SDE Soins de développement de la petite enfance

SEN Soins essentiels du nouveau-né

SP Soins prénatals

SPC Suivi et promotion de la croissance

UNICEF Fonds des Nations Unies pour l’enfance

USAID Agence américaine pour le développement international

Remerciements

Ce *guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre* fait partie de l’*addendum sur les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce (RCEL)* pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ou les conseils en matière de santé infantile. L’élaboration de l’*Addendum RCEL* a été financée par le Centre pour les enfants en situation d’adversité de l’Agence américaine pour le développement international (USAID).

L’*Addendum RCEL* a été élaboré par l’équipe Advancing Nutrition de l’USAID, composée d’Andrew Cunningham, Catherine M. Kirk[[1]](#footnote-1), Kathryn Beck, Madina Olomi, Malia Uyehara, Peggy Koniz-Booher, Romilla Karnati, Kristen Cashin et Rosemary Eldridge, en collaboration avec l’équipe de l’USAID composée de Jamie Gow, Erin Milner, Laura Itzkowitz et Judy Canahuati. Nous remercions le groupe consultatif technique et les collègues qui nous ont guidés dans l’élaboration de ce module. Nous souhaitons tout particulièrement remercier nos collègues de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bernadette Daelmans, et du Fonds des Nations unies pour l’enfance (UNICEF), France Begin, Aashima Garg et Ana Nieto, qui nous ont apporté une aide précieuse tout au long du processus d’élaboration de l’*Addendum RCEL*. Nous tenons également à remercier nos collègues de l’Université de Caroline du Nord Chapel Hill en Zambie, de l’USAID Advancing Nutrition Ghana et de l’USAID Advancing Nutrition Kyrgyz Republic pour leur contribution à la révision et au test de ces documents, en particulier Tulani Matenga, Joyce Apoasaan Jambeidu, Fauzia Abukari, Yunus Abdulai, Mariama Bogobire Yakubu, Mohammed Nurudeen Salifu, Selorme Azumah, Abdul-Malik Abukari, Cholpon Abdimitalipova, Aida Shambetova, Begimai Zhumgalbekova, Damira Abdrahmanova, Nazgul Abazbekova, Aida Abdyldaeva, Dinara Boronbaeva, Cholponai Umurzakova et Saikalbubu Bozova.

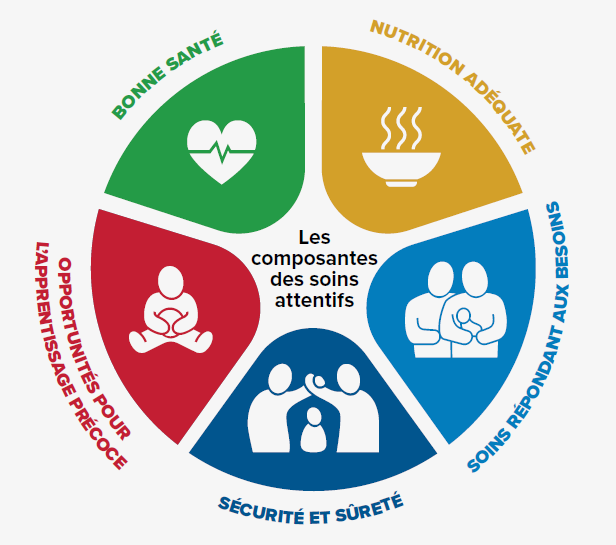
L *‘Addendum RCEL a été conçu sur la base du kit de conseil de l’* UNICEF *sur l’alimentation communautaire du nourrisson et du jeune enfant (C-ANJE) et s’inspire d’un certain nombre de ressources, notamment Care for Child Development* de l’OMS*, Caring for the Caregiver de l’*UNICEF*, Building Brains de* Save the Children*, Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING); le module de formation à la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant* soutenu par le programme SPRING (Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally *); le Ghana Early Childhood Development Toolkit (kit d’outils pour le développement de la petite enfance)* du Programme USAID pour la survie de la mère et de l’enfant *de 0 à 3 ans*; la formation sur le développement de la petite enfance de PATH, Transform Nutrition, et USAID Advancing Nutrition *en Mozambique*; le Cadre de soins attentifs de l’UNICEF et *l’OMS* ; et bien d’autres mentionnés dans *les documents de l’Addendum* RCEL.

|  |
| --- |
| Membres et contributeurs du groupe consultatif technique  Aashima Garg (UNICEF), Aisha K. Yousafzai (Université de Harvard), Alessandro Iellamo (Save the Children), Ana Nieto (UNICEF), Ann Jimerson (consultante indépendante en changement comportemental), Bernadette Daelmans (OMS), Chessa Lutter (RTI International), Desta Kebede (FHI360), France Begin (UNICEF), Frances Aboud (Université McGill), Himali de Silva (Guys and St. Thomas’ NHS Trust), Jane Lucas (consultante indépendante), Jena D. Hamadani (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh), Kathryn Beck (Partners In Health)[[2]](#footnote-2), Kristen Cashin (USAID Advancing Nutrition), Leila Larson (Emory University, University of Melbourne), Leslie K. Elder (The Global Financing Facility, Banque mondiale), Linda Richter (Université du Witwatersrand), Lisa Sherburne (USAID Advancing Nutrition), Lynette Okengo (Africa ECD Network), Marcia Griffiths (The Manoff Group), Marie Ludvine Mbala (UNICEF), Mary Packard (consultante indépendante), Maryanne Stone-Jimenez (consultante indépendante), Matthew Frey (PATH), Maureen Black (University of Maryland School of Medicine, RTI International), Rafael Perez-Escamilla (Yale School of Public Health), Sandra Martins (UNICEF), Save the Children International Afghanistan, Save the Children International Syria, Save the Children Netherlands, Save the Children United Kingdom, Susan McGowan (Save the Children), Susan Walker (University of the West Indies), Svetlana Karuskina-Drivdale (PATH), et Vibha Krishnamurthy (Ummeed Child Development Center). |

1. Vue d’ensemble de l’Addendum sur les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce

1.1 Contexte

Plus de 250 millions d’enfants dans le monde entier risquent un développement sous-optimal en raison de la pauvreté et de la sous-nutrition (Black et al. 2017). Les 1 000 premiers jours de la vie d’un enfant jettent les bases de l’apprentissage et du développement tout au long de la vie (Georgieff, Ramel et Cusick 2018). Les premières expériences des enfants ont un impact direct sur leur développement cognitif, psychosocial et physique, et ont des effets durables sur leurs expériences scolaires et de vie (Georgieff, Ramel, et Cusick 2018). Les enfants grandissent mieux dans un cadre de soins attentifs, qui comprend un environnement sans danger et sécurisé, des parents/dispensateurs de soins attentifs, de soins de santé maternelle et infantile et une nutrition adéquate, ainsi que des possibilités de stimulation et d’apprentissage précoce (Britto et al. 2017). Le *Cadre de soins attentifs* montre comment ces composantes sont essentielles au développement de l’enfant et sont inextricablement liées les unes aux autres (figure 1) (OMS, UNICEF et Banque mondiale 2018). Les soins attentifs favorisent non seulement le développement physique, émotionnel, social et cognitif, mais ils protègent également les jeunes enfants des pires effets de l’adversité (OMS, UNICEF et Banque mondiale 2018). Les dispensateurs de soins sont les principaux responsables de la prise en charge des jeunes enfants et doivent donc être soutenus pour répondre aux besoins des jeunes enfants et veiller à leur propre bien-être.

Figure I. Composantes des soins attentifs

Source : OMS, UNICEF et Banque Mondiale 2018

L’*Addendum sur les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce (RCEL)* intègre les messages de deux composantes des soins attentifs - les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce dans les programmes nutritionnels existants afin d’amplifier l’impact sur les résultats en matière de nutrition et de développement de la petite enfance (DPE) (OMS 2020a). La cinquième composante des soins attentifs « sécurité et sûreté » a été incorporée dans une certaine mesure dans l’*Addendum RCEL*, par exemple dans les cartes conseils promouvant des jouets sans dangers pour le jeu et l’hygiène, mais elle n’a pas fait l’objet d’une carte conseil dédiée à la prévention des punitions sévères ou des pratiques disciplinaires violentes, en raison de la tranche d’âge de zéro à deux ans sur laquelle porte l’*Addendum RCEL*.

L’*Addendum RCEL* a été créé avec l’aide d’un groupe consultatif technique ([[3]](#footnote-3) ) composé d’experts en développement de l’enfant, en alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et en changement social et comportemental (CSC). Le contenu de cet *Addendum RCEL* est général (il n’est pas spécifique à un contexte géographique), et ce guide propose des orientations pour la planification, l’adaptation et la mise en œuvre de l’*Addendum RCEL* dans le cadre des programmes et services de nutrition et de santé. Il a été conçu à l’origine pour être associé au kit de conseils de l’UNICEF sur *l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la communauté (C-ANJE)*[[4]](#footnote-4), qui est utilisé dans plus de 90 pays à travers le monde, mais il peut également être adapté à d’autres kits de conseils sur la nutrition et la santé. L’*Addendum RCEL* a été testé auprès d’agents de santé et de volontaires communautaires dans le nord du Ghana et en République Kirghize, et les enseignements tirés de la recherche sur la mise en œuvre ont permis d’actualiser la version finale.

L’*Addendum RCEL* sera particulièrement utile aux pays et aux programmes qui cherchent à prioriser et à renforcer la compréhension et les compétences des conseillers en matière de RCEL. L’*Addendum RCEL* constitue une ressource technique pour guider les programmes et les parties prenantes nationaux dans le renforcement des capacités en matière de RCEL et fournit un outil prêt à l’emploi pour les pays qui souhaitent immédiatement compléter leur programme national actuel en matière de C-ANJE ou d’autres programmes de nutrition et de santé infantile, en mettant l’accent sur le contenu du RCEL.

1.2 Ce qu’est l’*Addendum RCEL* et ce qu’il n’est pas

*L’Addendum RCEL* s’ajoute ou s’intègre aux kits de conseils existants en matière de santé infantile, de nutrition ou d’ANJE, utilisés par de nombreux pays et programmes dans le monde entier. L’*Addendum RCEL* promeut les pratiques de base du RCEL qui sont essentielles pour améliorer les résultats en matière de développement de la petite enfance, mais qui sont souvent négligées par les programmes de nutrition et de santé (Hromi-Fielder et Perez-Escamilla 2022 ; OMS 2020a). Il convient aux conseillers communautaires et peut également être utilisé pour former les prestataires de soins de santé (tableau 1). L’*Addendum RCEL* n’est pas destiné à être un programme autonome d’amélioration du DPE. Des programmes complets, tels que *Reach Up and Learn* (Caribbean Institute for Health Research 2021) et *Responsive Parenting* (Aboud et Akhter 2011 ; Singla, Kumbakumba et Aboud 2015 ; Luoto et al. 2021 ; Aboud n.d.), sont conçus à cette fin. L’*Addendum RCEL* ne met pas l’accent sur la nutrition et la santé, qui sont inclus dans les programmes existants. Cependant, certains messages de base de l’ANJE sont renforcés en associant l’alimentation à des opportunités d’adoption des comportements RCEL.

Tableau 1. Ce qu’est l’Addendum *RCEL* et ce qu’il n’est pas

|  |  |
| --- | --- |
| **Qu’est-ce que c’est ?** | **Qu’est-ce qu’il n’est pas** |
| Brève compilation de comportements fondés sur des données probantes et promouvant des pratiques de soins attentifs pour les enfants de la naissance à deux ans, qui sont souvent absents des programmes de nutrition et de santé. | Un programme global pour améliorer le développement du jeune enfant de la naissance à l’âge de huit ans |
| Un « complément » aux programmes de nutrition et de santé existants | Un programme autonome |
| Outils de conseil et module de formation pour la promotion de soins et de l’alimentation sensible aux besoins de l’enfant, de l’apprentissage précoce, du bien-être des dispensateurs de soins, du suivi du développement de l’enfant et des compétences nécessaires pour faire face aux difficultés d’alimentation. | Un ensemble complet de conseils et de formations couvrant les cinq composantes des soins attentifs (santé, nutrition, sécurité et sûreté, soins répondant aux besoins et apprentissage précoce). |

1.3 Contenu de l’*Addendum RCEL*

Les documents suivants sont inclus dans l’*Addendum RCEL* :

* ***Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre* :** Ce guide fournit une vue d’ensemble des utilisations prévues de l’*Addendum RCEL* ; des considérations importantes pour l’adapter à différents contextes, y compris des guides de traduction pour la terminologie clé utilisée dans l’*Addendum RCEL* ; et des outils pour prétester les messages et les illustrations. Le guide de mise en œuvre prend en compte l’utilisation avec les kits ANJE existants et d’autres utilisations potentielles pour établir un lien avec la santé de l’enfant ou d’autres kits.
* ***Cartes conseils* :** Il s’agit du principal outil utilisé par les conseillers dans leur travail quotidien. Il contient sept cartes conseils illustrées, comportant des messages clés et des conseils pratiques à utiliser lors des séances de conseil aux dispensateurs de soins. Les sept carte conseils couvrent les comportements suivants : soins répondant aux besoins, alimentation sensible aux besoins de l’enfant, communication précoce, jeu, suivi du développement de l’enfant, soins du dispensateur de soins et résolution des difficultés d’alimentation (encadré 1). Le conseiller utilise cinq cartes supplémentaires pour guider le conseil individuel et l’animation des séances de groupe, ainsi qu’une carte conseil pour assister et soutenir les enfants handicapés.
* **Kit de formation :** Le Kit de formation comprend un *guide du facilitateur*, un *support de formation* et des *manuels des participants* nécessaires pour dispenser la formation. Le Module de formation est un dossier complet et autonome destiné à former les conseillers à l’utilisation de l’*Addendum RCEL*. Conçu sur le modèle du kit de conseil [C-ANJE](https://www.unicef.org/documents/community-iycf-package) de l’UNICEF, Il a pour objectif de permettre aux conseillers d’avoir une formation de base en nutrition ou en santé infantile.

|  |
| --- |
| Encadré 1. Contenu des cartes conseils de l’*Addendum RCEL*  Les sept cartes conseils ont été intentionnellement conçues comme un ensemble complet et complémentaire :   * Les Cartes conseils 1 et 2 couvrent les soins répondant aux besoins et se renforcent mutuellement, avec la « Carte conseil 2 » se focalisant sur les soins répondant aux besoins dans le contexte de l’alimentation. * Les Cartes conseils 3 et 4 traitent des possibilités d’apprentissage précoce, en soulignant l’importance de la communication et du jeu dès le plus jeune âge. * La Carte conseil 5 encourage le développement et la croissance de l’enfant et l’orientation vers un soutien supplémentaire en cas de préoccupation concernant son développement, son audition, sa vision ou son alimentation * La Carte conseil 6 encourage les pratiques d’autosoins pour le bien-être du dispensateur de soins. Les dispensateurs de soins sont les premiers à prodiguer les soins attentifs, et il est essentiel qu’ils soutiennent leur propre santé et leur bien-être. * La Carte conseil 7 des circonstances particulières est utilisée si les conseillers identifient un problème d’alimentation. Ils s’y réfèrent en vue d’obtenir des conseils immédiats promouvant des pratiques d’alimentation sûres pendant que l’enfant est orienté vers un établissement de santé pour une prise en charge supplémentaire.. |

1.4 Objectif du Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre

Ce guide aide les responsables de programmes à intégrer l’*Addendum RCEL* dans les programmes existants ou dans les processus de conception de programmes en cours. Le guide explique également ce qu’est l’*Addendum RCEL*, comment il a été créé et quels sont les avantages de l’intégration de l’*Addendum RCEL* dans les kits existants.

Ce guide s’adresse aux responsables de programmes, c’est-à-dire à toute personne jouant un rôle dans la conception, la planification et la supervision de la mise en œuvre d’un programme. Chaque programme est différent et les rôles peuvent varier d’un programme à l’autre. Les responsables de programme sont probablement différents des personnes qui seront formées pour la mise en œuvre du programme à l’aide du *Guide du facilitateur*, des *cartes conseils* et des outils de suivi adaptés. Il peut être utile de partager les éléments de ce guide avec les facilitateurs de formation et/ou les responsables de la mise en œuvre des programmes et d’associer ces derniers aux discussions tout au long du processus de planification et d’adaptation.

Le guide est divisé en cinq sections principales : Vue d’ensemble, Planification, Adaptation, Préparation de la mise en œuvre et Suivi et évaluation (S&E). Chaque section fournit aux responsables de programmes des considérations importantes pour l’intégration de l’*Addendum RCEL* dans les programmes existants, tels que le besoin de formation, les adaptations contextuelles, la traduction du contenu et les différentes modalités d’utilisation de l’Addendum *RCEL*.

Suivant le cycle du programme, ce guide soutiendra les responsables et les gestionnaires de programme tout au long des phases de planification, d’adaptation, de mise en œuvre et de suivi et d’évaluation. La figure 2 est un modèle de fonctionnement du cycle du programme, tel qu’il est présenté dans le [*Manuel de soins attentifs*](https://nurturing-care.org/handbook-start-here) de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) (2021). Le cycle du programme est interconnecté et différents éléments sont souvent mis en œuvre simultanément (USAID 2021). Ce cycle favorise l’apprentissage continu et contribue à la responsabilisation en matière de programmation.

Différentes compétences sont souvent requises à différentes phases du cycle du programme. Durant toutes les phases, l’équipe devra inclure des personnes ayant une connaissance approfondie de l’environnement politique, des communautés et du contexte dans lequel le programme ou l’activité se déroulera, ainsi qu’une expertise en matière de développement de la petite enfance et d’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). La section *Planification* requiert également des compétences en matière de conception de programmes, d’engagement des parties prenantes et de recherche formative ou d’évaluation des besoins. La section *Adaptation* fait partie du processus de conception et requiert des compétences en matière de CSC, de traduction, d’illustration et de conception graphique. La section *Mise en œuvre* requiert des compétences supplémentaires en matière de gestion et de coordination des programmes, de suivi, d’évaluation et d’apprentissage.

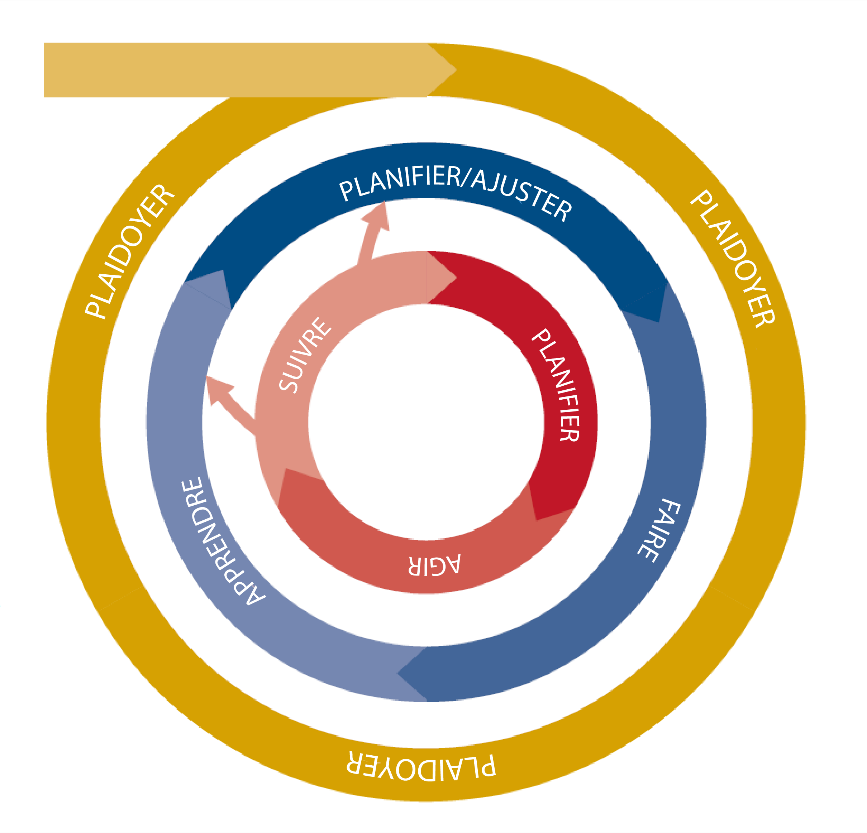
Il est important de rappeler que l’*Addendum RCEL* n’est pas destiné à être utilisé comme un programme autonome mais plutôt à être intégré dans un programme existant. D’autres ressources existent pour guider le processus complet de conception et de planification d’un nouveau programme dès le départ. Veuillez consulter les références suivantes :

[USAID Learning Lab (n.d.) « cycle de programme »](https://usaidlearninglab.org/learning-at-usaid/program-cycle-overview-page)

[UNICEF *Kit de conseil du programme C-ANJE de l’UNICEF : Guide de planification*](https://www.unicef.org/documents/community-iycf-package) (UNICEF 2012)

[*Manuel des soins attentifs*](https://nurturing-care.org/handbook/), chapitre « Diriger et investir » (OMS 2021)

Figure 2. Le cycle du programme

Source : OMS 2021

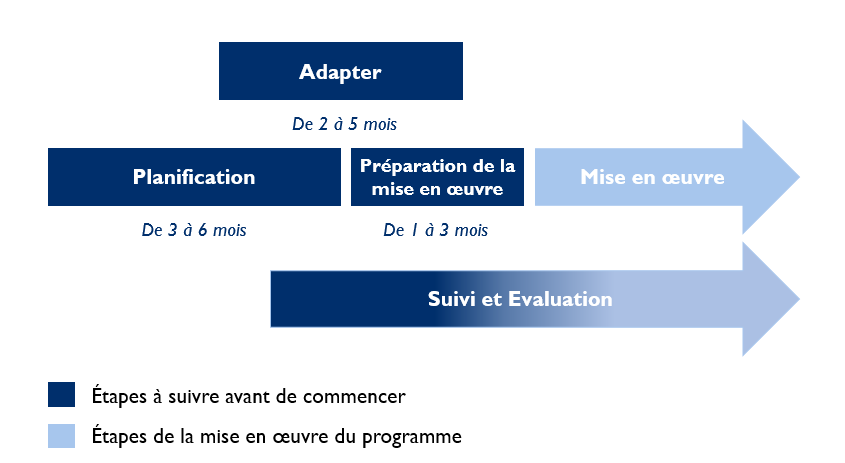
1.5 Comment utiliser le Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre ?

Les responsables de programmes doivent lire l’intégralité du *Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre* avant d’entamer le processus. Cela permettra aux responsables de programmes de comprendre l’ensemble du processus, du début à la fin. Les sections suivent un ordre général du début à la fin du processus ; cependant, elles seront souvent utilisées simultanément. Nous prévoyons que l’ensemble du processus, de la planification à la préparation de la mise en œuvre, pourrait prendre entre 6 et 12 mois, mais cela variera, principalement en fonction de l’ampleur de la planification et de l’adaptation requises (figure 3). Vous trouverez ci-dessous une brève description de chaque section et le temps approximatif nécessaire pour compléter cette étape :

* **Section 1, Vue d’ensemble :** Fournit des informations générales sur l’élaboration de l’*Addendum RCEL* et explique pourquoi il devrait être utilisé pour renforcer les programmes de nutrition et de santé pour les jeunes enfants. Vous pouvez vous référer à cette section ou la partager chaque fois que vous devez défendre ou présenter l’objectif de l’*Addendum RCEL à* d’autres parties prenantes.
* **Section 2, Planification :** Décrit le processus de rassemblement des parties prenantes, d’analyse de la situation, de conception de l’approche et de budgétisation. Nous estimons que cette étape peut prendre entre trois et six mois. Vous utiliserez cette section au démarrage du programme, et vous continuerez à vous y référer par moment tout en l’adaptant lors de la planification, de la phase de suivi et évaluation et lorsque vous finaliserez la conception de votre programme et votre plan d’action.
* **Section 3, Adaptation :** Décrit le processus d’examen et d’adaptation du contenu de l’*Addendum RCEL* aux contextes locaux et aux approches de mise en œuvre, ainsi que le test du contenu adapté. Nous estimons que cette étape peut prendre environ deux à cinq mois, mais cela peut varier considérablement en fonction de la quantité d’adaptations et de traductions nécessaires. Vous pouvez commencer l’adaptation après avoir eu une idée claire de la conception de votre programme, même si certaines étapes de la planification sont en cours.
* **Section 4, Préparation de la mise en œuvre :** Cette section fournit une exploration plus détaillée concernant l’utilisation de l’*Addendum RCEL* dans le cadre d’un conseil individuel, de groupe ou avec d’autres outils CSC, ainsi que des orientations pour se préparer à la formation et à la supervision. Nous estimons que cette étape peut prendre entre un et trois mois. Commencez à préparer la mise en œuvre après avoir terminé les étapes de planification. Toutefois, nous vous recommandons de lire cette section en même temps que la section *Planification* afin d’éclairer les choix de conception du programme. Le contenu peut être utile à partager avec le personnel technique supplémentaire du programme et les coordinateurs qui seront responsables de la mise en œuvre.
* **Section 5, Suivi et évaluation :** Fournit des conseils généraux sur l’élaboration d’un plan de suivi et évaluation, y compris des indicateurs potentiels. Commencer la planification du suivi et évaluation en même temps que l’étape de planification.

Une fois familiarisé avec ces étapes, le responsable du programme peut alors identifier d’autres membres de l’équipe qui devraient être impliqués dans les différentes étapes, et leur fournir les sections du guide qu’ils devraient lire à l’avance ; par exemple, partager la section 5 (Suivi et évaluation) avec le personnel chargé du suivi et évaluation ou partager la section 4 (Préparation de la mise en œuvre) avec les membres de l’équipe technique et de l’équipe de mise en œuvre.

Figure 3. Séquence et calendrier des étapes du *Guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre*



2. Planification de l’utilisation de l’*Addendum RCEL*

2.1 Préparatifs initiaux pour l’utilisation de l’*Addendum RCEL*

L’intégration de l’*Addendum RCEL* dans des programmes plus larges d’ANJE ou de santé infantile nécessite l’engagement de parties prenantes et de partenaires multisectoriels, y compris la participation active des membres de la communauté que l’*Addendum RCEL* est censé atteindre en fin de compte. L’*Addendum RCEL* est conçu pour être flexible et évolutif en s’associant aux programmes et services existants qui s’adressent aux dispensateurs de soins pour des jeunes enfants âgés de zéro à deux ans. L’utilisation d’une approche systémique, avec des actions coordonnées et globales à plusieurs niveaux, sera le moyen le plus efficace de promouvoir les soins attentifs pour améliorer le développement du jeune enfant. L’*Addendum RCEL* peut être un élément important d’un effort plus large, avec des conseils supplémentaires sur les actions stratégiques pour la promotion de soins attentifs disponibles dans le [*Manuel de soins attentifs*](https://nurturing-care.org/handbook/) (OMS 2021).

Nous recommandons les étapes préparatoires suivantes pour faciliter l’intégration de l’*Addendum RCEL*:

**Étape 1.** Impliquer les parties prenantes et établir des partenariats pour la planification, l’adaptation, la prise de décision et la mise en œuvre.

**Étape 2.** Procéder à un examen rapide et à une cartographie des services et programmes existants en vue d’une intégration potentielle de l’*Addendum RCEL*.

**Étape 3.** Effectuer une analyse de la situation des soins attentifs dans votre établissement.

**Étape 4.** Élaborer un plan d’action et entreprendre une planification préalable à la mise en œuvre et à l’adaptation de l’*Addendum RCEL* pour qu’il corresponde à votre contexte.

**Étape 5.** Élaborer un budget pour la planification, l’adaptation, la mise en œuvre, le suivi et la supervision.

Ces étapes ont pour but de fournir des orientations générales, mais vous pouvez commencer par une évaluation rapide si vous n’êtes pas encore sûr des parties prenantes clés à impliquer, ou conduire certaines de ces étapes de manière simultanée. L’intensité de chaque étape variera également en fonction de la portée et de l’échelle de votre programme, mais les principes généraux de chaque étape sont recommandés pour toutes adaptations.

Étape 1. Engager les parties prenantes et établir des partenariats pour la planification, l’adaptation, la prise de décision et la mise en œuvre.

L’identification et l’engagement des parties prenantes de différents secteurs, institutions et communautés locales constituent la première étape essentielle de la préparation de l’adaptation et de l’intégration de l’*addendum RCEL* dans votre contexte. L’objectif de l’engagement précoce des parties prenantes est d’obtenir l’adhésion au processus et de recueillir les avis et l’expertise critiques d’acteurs issus de différents secteurs dans votre contexte local.

Les parties prenantes peuvent inclure des représentants du gouvernement aux niveaux national et infranational, l’USAID et d’autres organismes donateurs, des agences des Nations unies et d’autres partenaires de développement, des organisations non gouvernementales (ONGs), des associations professionnelles, des institutions académiques, des fondations et des chefs religieux. Les parties prenantes doivent également inclure des dispensateurs de soins représentatifs des communautés que vous essayez d’atteindre et des organisations de personnes handicapées. Lorsque vous identifiez vos parties prenantes, tenez compte des différents secteurs généralement impliqués dans le soutien au DPE, notamment la santé, la nutrition, l’éducation, le genre et les affaires féminines, la protection de l’enfance, la protection sociale, l’inclusion des personnes handicapées, etc. Des stratégies d’engagement avec les parties prenantes des secteurs et communautés concernés peuvent être mises en place si nécessaire à des moments clés - par exemple au moment du démarrage - pour examiner les résultats de l’analyse situationnelle et, plus tard, pour examiner l’*Addendum RCEL* adapté et le plan de mise en œuvre.

L’implication des représentants du gouvernement issus de ces différents secteurs, dès le début et tout au long de la mise en œuvre, sera essentielle pour s’assurer que votre adaptation de l’*Addendum RCEL* est alignée avec l’ensemble des stratégies du gouvernement et services rattachés et s’appuie sur les forces et opportunités existantes pour atteindre les dispensateurs de soins des jeunes enfants. Lorsque cela est possible, l’établissement de liens avec des groupes de travail techniques existants permet souvent de maximiser l’efficacité de l’engagement au niveau national.

Vous pouvez envisager de créer un petit comité de pilotage pour le processus de planification et d’adaptation, composé d’un sous-groupe de parties prenantes qui seront impliquées dans chaque étape. Le comité de pilotage serait impliqué dans la réalisation ou la révision de chaque étape de la planification et de l’adaptation de l’*Addendum RCEL*, tandis que le groupe plus large de parties prenantes ne serait consulté qu’à des moments clés, par exemple au début ou après l’adaptation, à des fins de validation. Il peut être utile d’orienter ou de former le comité de pilotage sur le Module de formation de l’*Addendum RCEL*, afin de les aider à développer une compréhension plus profonde de l’Addendum *RCEL*, qui sera très utile pour informer le processus d’adaptation.

Étape 2. Réaliser un examen rapide des services et programmes existants en vue d’une éventuelle intégration de l’*Addendum RCEL*

Un examen rapide des services existants et une cartographie des programmes qui s’adressent aux dispensateurs de soins chez les enfants de zéro à deux ans vous aideront à identifier les points d’entrée potentiels pour l’utilisation de l’*Addendum RCEL* et leur couverture géographique. Pour procéder à l’examen rapide, prenez contact avec les parties prenantes que vous connaissez déjà et demandez-leur de partager des informations sur leurs programmes et de vous mettre en contact avec d’autres. Une stratégie utile consiste à établir des liens avec les autorités gouvernementales, par exemple dans le cadre des groupes de travail techniques nationaux ou au niveau infranational dans les régions où vous travaillez.

Vous pourrez envisager la collecte d’informations sur les programmes pertinents en matière de santé, de nutrition, de soins répondant aux besoins ou d’apprentissage précoce, tels que :

* L’endroit où les programmes/services sont mis en œuvre (c’est-à-dire la couverture géographique),
* Les personnes éligibles pour participer aux programmes/services,
* Le contenu du programme ou des services,
* Les personnes responsables de la fourniture des services (c’est-à-dire la main-d’œuvre, les superviseurs ou les mentors), et
* Les résultats ou les évaluations des programmes.

Il est important de rassembler suffisamment d’informations sur le programme ou le service qui utilisera l’*Addendum RCEL* afin d’informer votre plan d’action à l’étape 4 de la planification. Veillez à prendre en considération les programmes ou services fournis par les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris le secteur privé. Cet examen peut également permettre d’identifier d’autres décideurs et parties prenantes clés à s’impliquer dans le reste du processus de planification et d’adaptation. Cette étape est très importante pour assurer une planification adéquate, une bonne coordination et l’harmonisation des messages, dans la mesure du possible.

Étape 3. Effectuer une analyse de la situation de soins attentifs dans votre établissement

Une analyse situationnelle (parfois appelée analyse du contexte) est importante pour identifier les forces et les faiblesses actuelles de toutes les composantes de soins attentifs dans le contexte et les communautés où vous travaillez. Bien que l’*Addendum RCEL* se concentre sur le RCEL, il vise à établir un lien avec d’autres composantes de soins attentifs, à savoir la nutrition et la santé de l’enfant.

L’objectif de l’analyse de la situation est de recueillir des informations qui permettront d’adapter l’*Addendum RCEL* à votre contexte local. Commencez par collecter des données existantes, des politiques, des descriptions de programmes et autres informations pertinentes. Il peut également être nécessaire de mener des recherches formatives supplémentaires ou de collecter des données d’évaluation des besoins initiaux en fonction des données ou des informations disponibles.

Examinez les questions suivantes dans le cadre de l’analyse situationnelle :

* Qui sont les principales parties prenantes ? (Il s’agit là d’une nouvelle opportunité d’identifier d’autres parties prenantes que vous devrez peut-être impliquer à l’avenir).
* Que sait-on ou croit-on au sujet du développement de l’enfant dans la communauté ?
* Quelles sont les normes sociales entourant les pratiques parentales, telles que les pratiques positives qui devraient être renforcées et les pratiques potentiellement néfastes qui devraient être ignorées ou découragées ?
* Qui est impliqué dans l’éducation des enfants, et quelles sont les normes sociales et les croyances concernant le genre (par exemple, l’implication des pères, le rôle des grands-mères, des belles-mères, etc.)
* Que veulent savoir les parents et comment souhaitent-ils être soutenus (par exemple, à travers des visites dans les établissements de santé, des visites à domicile, des groupes de parents) ?
* Quelles sont les politiques de soutien existantes, telles que le congé de maternité, le congé de paternité, le code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les politiques favorables à la famille en milieu de travail ? Et quel est l’état d’avancement de la mise en œuvre des politiques ? (Des informations sur un grand nombre de ces politiques sont disponibles dans les [*Profils de pays impliqués dans des programmes de soins attentifs*](https://nurturing-care.org/resources/country-profiles/)).
* Quels sont les outils nationaux ou locaux disponibles et utilisés pour le suivi du développement des enfants, tels que les normes DPE ou les tableaux des stades de développement que l’on trouve parfois dans les carnets de santé des enfants ?
* Quelle est la disponibilité, l’accessibilité et la qualité des services de santé et de nutrition (identifiés à l’étape 2 de la planification), qui peuvent servir des points d’entrée potentiels pour l’utilisation de l’Addendum RCEL *?* Quelle est la fréquence et la durée de ces services dans la communauté ?
* Quels sont les systèmes de référence pour les enfants présentant des retards de développement, des handicaps ou des difficultés d’alimentation, pour le suivi de la croissance, les contrôles de l’audition et de la vision, et/ou pour la prise en charge des problèmes de santé mentale et autres du dispensateur de soins ?
* Quelle est la disponibilité des jouets et des livres locaux, y compris des matériaux disponibles localement pour fabriquer des jouets artisanaux, ainsi que des jeux et chansons locales ?
* Quelles sont les données disponibles sur les soins attentifs, tels que les données sur la santé et la nutrition de la mère et de l’enfant, l’eau, l’assainissement et l’hygiène (EHA), l’accès à l’éducation préscolaire et à l’éducation précoce, l’accès à des jeux et des livres à la maison et d’autres indicateurs ? (La plupart de ces données sont accessibles dans les [*Profils de pays sur les soins attentifs*](https://nurturing-care.org/resources/country-profiles/)*)*.
* Quelles sont les données disponibles sur l’environnement favorable aux soins attentifs, telles que les structures familiales, la disponibilité et la sécurité alimentaires, les taux d’alphabétisation des dispensateurs de soins, les professions, etc.

Les résultats de l’analyse situationnelle (ou contextuelle) serviront de base à la planification, à l’adaptation et à la mise en œuvre de l’*Addendum RCEL*. L’[*évaluation rapide de l’état de préparation des pays à la mise en œuvre de soins attentifs pour le développement de la petite enfance*](https://apps.who.int/iris/handle/10665/339244)*,* réalisée par l’OMS, constitue un modèle utile pour la réalisation d’une analyse situationnelle (ou contextuelle) axée sur les données, les politiques et la disponibilité des services.

Étape 4. Élaborer un plan d’action et entreprendre une planification préalable à la mise en œuvre et à l’adaptation de l’*Addendum RCEL* à votre contexte

L’étape suivante consiste à préparer la mise en œuvre de l’*Addendum RCEL* en utilisant les informations issues de l’analyse situationnelle, ainsi que des informations ultérieures contenues dans le présent guide. L’élaboration d’un plan d’action précisant ce qui sera fait, par qui et dans quel délai vous aidera à planifier les prochaines étapes. Au cours de l’élaboration du plan d’action, vous devrez :

* Finaliser les détails concernant les personnes qui seront impliquées dans l’adaptation de l’*Addendum RCEL* et prendre des dispositions pour les réunions des parties prenantes, les ateliers, les groupes consultatifs, etc.
* Voir quel soutien supplémentaire pourrait être nécessaire pour promouvoir la durabilité, tel que le plaidoyer pour le financement des programmes DPE ou le développement des politiques et des stratégies nationales ou infranationales.
* Convenir des éléments de conception du programme, notamment :
* À quel kit d’ANJE ou de santé infantile l’*Addendum RCEL* sera joint ?
* Le lieu d’utilisation de l’*Addendum RCEL* (par exemple, les établissements de santé, les communautés, etc.)
* Quel public sera touché par l’*Addendum RCEL ?*
* Qui sera responsable de la fourniture de services utilisant l’*Addendum RCEL ?*
* La manière dont le contenu de l’*Addendum RCEL* sera transmis (par exemple, dans un cadre individuel ou collectif)
* Les besoins de formation, le plan de formation et les systèmes de supervision ou de mentorat pour le personnel qui utilisera l’*Addendum RCEL*
* La manière dont l’*Addendum RCEL* sera intégré dans les systèmes de coordination, ainsi que de suivi et évaluation du programme (voir la section 5, Suivi et évaluation, pour plus d’informations)
* Comment le contenu de l’*Addendum RCEL* peut être aligné sur d’autres stratégies de communication existantes pour le CSC?.

Étape 5. Élaborer un budget pour la planification, l’adaptation, la mise en œuvre, le suivi et la supervision

Le budget nécessaire à l’intégration de l’*Addendum RCEL* dans les programmes ANJE ou de santé infantile sera fonction du contexte. Des facteurs tels que l’échelle, la maturité du programme, les modalités de mise en œuvre, les besoins de renforcement des systèmes, etc., affecteront le budget. Vous devrez donc prévoir un budget pour chaque phase de la conception, de l’adaptation, de la mise en œuvre, du suivi et de la supervision du programme. Effectuez la budgétisation dans le cadre de la budgétisation du programme dans lequel vous intégrez l’*Addendum RCEL*, car un certain nombre de coûts se chevaucheront, tels que la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation, aussi bien que la supervision. Les coûts à prendre en considération au cours de ces différentes phases sont les suivants:

* **Planification :** coûts de la collecte et de l’analyse des données, des ateliers de consultation des parties prenantes, etc.
* **Adaptation :** temps consacré par les ressources humaines à l’examen technique et à l’adaptation, ateliers d’adaptation, traduction et rétro-traduction du matériel, graphiste pour l’adaptation des illustrations et la mise en page, pré-tests, etc.
* **Mise en œuvre :** coûts d’impression du matériel de l’*Addendum RCEL* pour les facilitateurs et les participants à la formation, lieux pour la formation des facilitateurs, rafraîchissements ; lieux de formation des conseillers et rafraîchissements ; et autres coûts de mise en œuvre, tels que le transport des conseillers ou le matériel supplémentaire, les réunions de coordination avec les parties prenantes, les formations de remise à niveau, le temps de gestion, etc. Certains de ces coûts peuvent déjà être budgétisés dans le cadre du programme que vous intégrez dans l’*Addendum RCEL*.
* **Suivi :** coûts liés à l’élaboration et à l’utilisation de systèmes de collecte de données (outils imprimés ou numériques pour la saisie et la communication des données), à l’analyse des données, à la communication des données, aux réunions d’apprentissage et d’examen des données, etc. Certains de ces coûts peuvent déjà être budgétisés dans le cadre du programme que vous intégrez dans l’*Addendum RCEL*.
* **Supervision :** coûts liés au temps et au transport des superviseurs, aux réunions des superviseurs, au matériel pour les superviseurs, etc. Certains de ces coûts peuvent déjà être budgétisés dans le cadre du programme que vous intégrez dans l’*Addendum RCEL*.

2.2 Considérations relatives à l’intégration de l’*Addendum RCEL* dans les plateformes existantes

L’*Addendum RCEL* a été conçu pour être lié au kit de conseil générique *C-ANJE,* car il s’agit du kit ANJE le plus largement utilisé dans le monde. Pour qu’il puisse être facilement relié au kit de conseil ANJE lors de la conception de l’*Addendum RCEL*, nous avons décidé de :

* Cibler les enfants âgés de 0 à 2 ans et diviser les conseils spécifiques à l’âge en groupes identiques à ceux utilisés pour l’ANJE (0-6 mois, 6-9 mois, 9-12 mois et 12-24 mois)
* Utiliser les cartes conseils comme principal outil de travail pour les séances de conseil
* S’appuyer sur l’approche « Évaluer, analyser et agir » pour un conseil qualifié en l’enrichissant de deux étapes supplémentaires
* Faire référence aux cartes conseils existantes dans le *kit de conseil C-ANJE*
* Concevoir des matériels d’un niveau approprié à l’usage des travailleurs communautaires ou des bénévoles
* Créer un programme de formation qui peut être dispensé avec une technologie limitée ou un équipement spécial
* Concevoir des illustrations pour assurer une cohérence avec la conception du *kit de conseil C-ANJE*
* Concevoir un ensemble de sept *cartes conseil* *RCEL complémentaires* qui sera ajouté au kit de conseil générique *de l’ANJE*, et faire référence à d’autres cartes du *kit de conseil de l’ANJE,* le cas échéant (par exemple, nourrir un enfant malade, tirer le lait maternel).

Bien que l’*Addendum RCEL s’intègre facilement* au *kit de conseil C-ANJE,* il peut également être modifié pour fonctionner avec d’autres kits, programmes ou services. Vous devrez décider quelles sont les adaptations les plus appropriées à votre contexte et au kit dans lequel vous intégrez l’Addendum *RCEL.* Nous fournissons ici des conseils généraux et des orientations pour l’utilisation de l’*Addendum* *RCEL* dans différentes plateformes. Les orientations sont basées sur des questions qui, selon nous, pourraient se poser lors de la planification, de l’adaptation et de la mise en œuvre, mais l’Addendum *RCEL* se veut flexible et les orientations n’englobent pas tous les scénarios possibles.

Intégration de l’*Addendum RCEL* dans les programmes de santé et de nutrition de l’enfant

La cartographie des services réalisée à l’étape 2 de la planification et l’analyse de la situation réalisée à l’étape 3 de la planification devraient fournir de nombreuses informations sur les points d’entrée potentiels et les besoins liés à la prise en charge des jeunes enfants. Vous êtes maintenant prêt à passer à la phase de conception de votre programme.

Les réponses aux questions suivantes peuvent vous aider à concevoir votre programme :

* **Le programme de santé ou de nutrition infantile est-il en cours de mise en œuvre, ou allez-vous introduire la composante santé ou nutrition infantile et l’ *Addendum RCEL au même moment* ?** S’ils sont présentés ensemble, vous serez en mesure de planifier une approche intégrée dès le départ, y compris une formation intégrée, des outils de prestation de services, un suivi du programme et un ensemble de mesures de supervision. Cependant, si le programme de nutrition ou de santé infantile existe déjà, vous devrez réfléchir à la manière de former les conseillers et les superviseurs existants au RCEL et d’adapter leurs outils existants pour inclure le RCEL dans la prestation de services, le suivi du programme et la supervision. L’objectif ultime est de faire en sorte que la composante RCEL soit considérée comme aussi importante que les composantes nutrition ou santé existantes, et de veiller à ce que le temps consacré au conseil et à la supervision soit pareil pour la composante RCEL.
* **Quelles sont les tranches d’âge des enfants que vous comptez atteindre ?** L’*Addendum RCEL* comprend un contenu adapté aux enfants de la naissance à deux ans. Bien qu’il s’agisse d’une période privilégiée par un bon nombre de programmes, étant donné l’accent mis sur la fenêtre des 1000 premiers jours, plusieurs programmes qui soutiennent les soins attentifs couvrent des tranches d’âge différentes et/ou plus larges. Si votre programme s’adresse à des enfants âgés de plus de deux ans, il sera important de modifier certains documents pour y inclure des conseils pratiques destinés aux enfants plus âgés. Le thème relatif à la sécurité, la sûreté et la prévention des pratiques disciplinaires brutales pourrait également être intégré de manière plus explicite. Si vous ne travaillez pas avec des dispensateurs de soins des enfants à partir de la naissance, envisagez de retirer les conseils pratiques des *cartes conseils* conçues pour des enfants plus jeunes.
* **Si vous vous référez à un programme axé principalement sur la santé infantile, quels sont les aspects de l’ANJE et de la nutrition qui sont couverts et quels sont ceux qui pourraient avoir besoin d’être renforcés ?** Au minimum, nous recommandons que les thèmes clés de l’ANJE soient ajoutés à l’*Addendum RCEL* et à tous les kits non ANJE qui utiliseraient l’*Addendum RCEL*. Le personnel devrait être formé à ce sujet soit avant la formation sur l’*Addendum RCEL*, soit dans le cadre d’une formation plus longue couvrant les deux thèmes. Nous vous recommandons de vous référer au kit de conseil *C-ANJE* *pour* obtenir des informations supplémentaires sur l’ANJE si nécessaire. Un examen récent du contenu technique de la nutrition trouvé dans une série de kits de services au niveau communautaire fournit un résumé utile (Lamstein et Torres 2021 ; USAID Advancing Nutrition 2020).
* **Les illustrations, les messages clés et les conseils pratiques des cartes conseilspeuvent-ils être intégrés à d’autres supports ?** En fonction du programme que vous intégrez, il est possible d’intégrer les messages de l’*Addendum RCEL* et les illustrations correspondantes dans les cartes conseils existantes ou dans d’autres manuels utilisés pour conseiller les dispensateurs de soins des enfants de moins de deux ans. Si des cartes supplémentaires ne sont pas nécessaires, il est possible de réaliser des économies de temps et d’argent liées à la création et à l’impression des cartes. En outre, l’intégration des messages du RCEL et des illustrations correspondantes dans les supports existants peut contribuer à une meilleure intégration dans les programmes en cours. Cependant, en essayant d’intégrer les messages dans les cartes existantes, on risque de diluer les messages ou d’ajouter trop d’informations à une ou plusieurs cartes, ce qui peut être accablant tant pour le conseiller que pour les dispensateurs de soins. Si les messages RCEL sont intégrés sans une adaptation des illustrations des cartes conseils, le programme peut avoir l’effet involontaire de déprioriser les messages RCEL qui ne sont pas soutenus visuellement dans les manuels.

Utilisation de l’Addendum RCEL avec les kits globaux existants pour la santé, la nutrition et le développement de l’enfant

De nombreux programmes soutiennent les soins attentifs dans tous les pays. L’*Addendum RCEL* devrait être utilisé pour renforcer et compléter ces fondations existantes. Un tableau détaillé à l’[annexe 1](#bookmark=id.sqyw64) résume quelques brèves considérations sur l’utilisation de l’*Addendum RCEL* avec des ensembles de services communs de santé, de nutrition et de développement de l’enfant et des points de contact de services dans la petite enfance, tels que le suivi et la promotion de la croissance, et les soins hospitaliers pour les nouveau-nés et les petits enfants fragiles et malades. Vous aurez probablement identifié plusieurs de ces kits lors de votre examen rapide des services et programmes existants en vue d’une intégration potentielle de l’*Addendum RCEL* (étape de planification 2).

Utilisation de l’*Addendum RCEL* dans les programmes de développement de l’enfant

L’*Addendum RCEL* renforce le RCEL dans le cadre des programmes de nutrition et de santé infantile. L’*Addendum RCEL* pourrait également être utilisé pour améliorer les programmes pour le développement de l’enfant. Par exemple, des messages clés ou des conseils pratiques pourraient être intégrés dans le matériel existant pour renforcer les comportements clés. D’autres thèmes visant à promouvoir le développement de l’enfant peuvent également être ajoutés à l’*Addendum RCEL* pour un programme plus intensif d’amélioration du DPE en fonction de votre environnement et de vos besoins, en particulier si votre programme inclut les enfants âgés de plus de deux ans. D’autres sujets pourraient être abordés, comme les pratiques parentales positives et l’abandon des pratiques disciplinaires brutales, des jeux plus complexes et du matériel de jeu pour les enfants plus âgés, ainsi que les compétences précoces en lecture et calcul. Parmi les exemples de documents à consulter pour compléter le contenu du programme, nous avons [*Parenting for Lifelong Health*](https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health)*,* [*Reach Up and Learn*](https://www.reachupandlearn.com/), [*Care for Child Development*](https://www.who.int/publications/i/item/9789241548403) et [*Emergent Literacy and Math Toolkit*](https://resourcecentre.savethechildren.net/library/emergent-literacy-math-toolkit-math-home-parent-outreach-component-facilitators-guide). Vous pouvez également accéder à des ressources utiles qui sont régulièrement mises à jour à partir du site web du Cadre des soins nourriciers.

2.3 Détermination de l’approche de mise en œuvre

Nous avons conçu *l’Addendum RCEL* pour qu’il soit utilisé au niveau communautaire dans le cadre de conseils individuels ou de séances de groupe avec les dispensateurs de soins chez les jeunes enfants. La section 4 (Préparation de la mise en œuvre) de ce guide fournit des détails supplémentaires sur comment utiliser l’*Addendum RCEL* dans ces deux approches différentes. Cependant, au cours de la phase de planification, vous devez déterminer l’approche (conseils individuels, séances de groupe ou les deux) que vous utiliserez pour finaliser la conception de votre programme (étape de planification 4) et le budget (étape de planification 5) et informer des adaptations nécessaires.

Lorsque vous planifiez l’intégration de l’*Addendum RCEL* dans le programme que vous utilisez, vous devez vous poser certaines questions importantes :

1. Comment le contenu de **l’Addendum RCEL** sera-t-il **diffusé ?** L’*Addendum RCEL* a été conçu pour les conseils individuels ou les séances de groupe au cours desquels un prestataire de services s’engage auprès d’un dispensateur de soins qui a un enfant de moins de deux ans. Lorsque vous planifiez votre programme, réfléchissez aux points de contact avec les dispensateurs de soins et à ce qu’il est approprié et possible de faire avec ces points de contact. Par exemple, le conseil individuel lors de visites à domicile permet de prolonger les séances de conseil, d’observer l’environnement familial et d’impliquer davantage des membres de la famille dans la séance de conseil, alors que la durée du conseil individuel lors d’une visite dans un centre de santé ou d’une séance de suivi de la croissance est limitée par le grand nombre d’enfants, et il est plus probable que vous ne conseillez que la mère. Pour les programmes de groupe, vous pouvez avoir un groupe de soutien aux dispensateurs de soins qui se réunit régulièrement suivant un calendrier établit pour examiner le contenu de l’*Addendum RCEL,* ou vous pouvez avoir des discussions de groupe ponctuelles lors de réunions de groupe dans l’établissement de santé ou dans une communauté où vous touchez des dispensateurs de soins différents à chaque fois. Vous devrez choisir le contenu de l’*Addendum RCEL* le plus approprié pour une activité donnée. Choisissez une approche de mise en œuvre réalisable, acceptable et susceptible d’être la plus efficace en fonction des points de contact de vos programmes avec les dispensateurs de soins de jeunes enfants.
2. **Qui est votre public cible ?** *L’Addendum RCEL* n’est pas conçu pour être utilisé exclusivement avec les mères ; il fait intentionnellement référence au rôle important de l’ensemble de la famille dans le soutien d’un jeune enfant, en particulier le rôle des pères. Il est important d’identifier et de planifier à l’avance le public visé par l’*Addendum RCEL* et ensuite d’adapter l’*Addendum RCEL* en fonction de ce public. Par exemple, vous devrez peut-être intégrer dans votre formation des stratégies spécifiques pour inciter les pères ou les autres dispensateurs de soins à participer à des séances de conseil individuel ou de groupe adaptées à votre contexte. Les informations tirées de l’analyse de la situation (étape de planification 2) seront importantes pour la conception du programme (étape de planification 4).

Il est important de réfléchir à ces questions au cours de la phase de planification, car il se peut que vous souhaitiez donner la priorité à certaines modalités du programme. Vous devrez préparer la formation des conseillers en fonction des modalités de mise en œuvre que vous utilisez. [L’annexe 2](#bookmark=id.1664s55) résume certaines des publications les plus récentes afin d’éclairer le choix des modalités appropriées à votre situation.

2.4 Planification de la formation et du déploiement

La formation des conseillers, ainsi que la supervision ou le mentorat après la formation, pour une utilisation efficace de l’Addendum *RCEL* dans leurs programmes et services sont essentiels pour une programmation de qualité. Le *Guide du facilitateur* qui se trouve dans le Module de formation *complémentaire de l’Addendum RCEL* fournit des conseils détaillés sur les étapes pratiques nécessaires à l’organisation et à l’animation d’une formation de trois jours pour les facilitateurs et d’une formation de deux jours pour les conseillers. En outre, avant la formation, vous devrez revoir, adapter et traduire le matériel de formation pour l’aligner avec le module de formation de base en nutrition ou en santé infantile. Ce point est abordé dans la section 3 (Adaptation de l’*Addendum RCEL* à votre contexte).

Le Module de formation *de l’Addendum RCEL* vise à permettre aux conseillers d’utiliser des compétences appropriées en matière de conseil individuel et d’animation de séances de groupe avec les fournisseurs de soins des nourrissons et des jeunes enfants âgés de zéro à deux ans, afin de les conseiller sur :

* Le RCEL pour promouvoir une croissance et un développement sains
* Des stratégies pour impliquer avec succès l’ensemble de la famille dans l’offre d’opportunités de RCEL à leur enfant
* Comment suivre le développement d’un enfant et prendre des mesures en cas d’inquiétudes ?

Avant le début de la formation :

* **Identifier les personnes que vous allez former :** ce dossier de formation s’adresse aux agents de santé et aux travailleurs communautaires, mais d’autres travailleurs tels que des prestataires de services de garde peuvent également recevoir cette formation.
* **Identifier les facilitateurs de la formation** : les facilitateurs doivent être spécialisés dans la santé, la nutrition ou le développement du nourrisson et du jeune enfant et posséder une expérience et des compétences en matière de formation des travailleurs communautaires.
* **Décider de l’approche de formation que vous utiliserez** : cette décision doit être prise en tenant compte des compétences actuelles et de l’expérience de la main-d’œuvre disponible en matière de formation, de la manière dont l’Addendum *RCEL* sera dispensé et du public visé.
* **Obtenir les autorisations nécessaires pour la formation des conseillers et des facilitateurs :** par exemple, si vous mettez en œuvre l’Addendum *RCEL* par le biais du système de santé publique, le ministère de la Santé peut exiger des approbations pour le contenu du cours de formation ou les facilitateurs, ce que vous devrez demander à l’avance. Dans ce cas, vous devrez identifier une main-d’œuvre de facilitateurs de formation capables d’assurer les formations en cascade des conseillers dans le cadre de leur travail actuel.
* **Déterminer si vous ajouterez une ou plusieurs séances optionnelles :** deux séances optionnelles sont incluses dans le module de formation : Pratiquer le conseil individuel et l’animation de séances de groupe et comment fabriquer des jouets maison. Si le temps et le budget le permettent, nous vous recommandons d’inclure les deux séances dans votre plan de formation, mais cela n’est pas possible pour tous les programmes. La séance de formation au conseil individuel et à l’animation de séances de groupe serait particulièrement utile pour les conseillers moins expérimentés dans le conseil des dispensateurs de soins de jeunes enfants. La durée de cette séance est estimée à deux heures et demie, en fonction de la distance entre le site choisi pour la pratique et le lieu de la formation. La séance sur la fabrication de jouets maison, d’une durée estimée à 30 minutes, serait particulièrement utile si les participants à la formation sont moins expérimentés dans la fabrication ou l’utilisation de jouets.
* **Développer un plan de suivi post-formation :** La formation est la première étape pour renforcer la capacité des conseillers à mettre en œuvre l’*Addendum RCEL* avec qualité et fidélité (c’est-à-dire que l’*Addendum RCEL* est mis en œuvre comme il le faut). Un suivi par le biais d’une supervision de soutien ou d’un mentorat est nécessaire pour continuer à développer et à renforcer les compétences afin que les conseillers puissent donner des conseils avec succès aux dispensateurs de soins au sein de leur communauté. L’élaboration d’un plan de suivi permet d’assurer ce soutien continu et nécessite une bonne compréhension des structures de supervision et de mentorat existantes et de leur bon fonctionnement. Il peut s’avérer nécessaire de mettre en place ou de renforcer des structures de supervision et de mentorat parallèlement à l’introduction de l’*Addendum RCEL*.

2.5 Planification d’une supervision et d’un mentorat de soutien

La supervision et le mentorat sont essentiels à la réussite du programme et doivent être planifiés et budgétisés dès le départ (encadré 2). Les structures exactes que vous utiliserez varieront et devront être conçues pour s’adapter à votre contexte. Il peut s’agir d’un suivi régulier par les facilitateurs de formation, de structures de mentorat entre pairs ou d’une intégration dans les systèmes de supervision et de mentorat du gouvernement. L’une des clés du succès est de s’assurer que la supervision de soutien ou le mentorat se concentre sur la fourniture du soutien nécessaire à la réussite des conseillers par le biais d’une communication bilatérale, de l’établissement de relations et d’un retour d’information constructif permettant au conseiller de développer des objectifs personnalisés en vue d’une amélioration. L’[annexe 3](#bookmark=id.34g0dwd) comprend un exemple d’une liste de contrôle pour la supervision de soutien qui pourrait être utilisée pendant la formation et la supervision de soutien de suivi pour guider un retour d’information constructif. La liste de contrôle se concentre sur les compétences en matière de conseil qui sont essentielles pour dispenser le contenu de l’*Addendum RCEL*, ainsi que le contenu fondamental du conseil en matière d’ANJE ou de santé infantile. Cet exemple de liste de contrôle peut être utilisé tel quel par votre programme, ou vous pouvez en intégrer des éléments dans une liste de contrôle existante que votre programme utilise. La supervision de soutien ne doit pas être utilisée uniquement comme un mécanisme de contrôle de la mise en œuvre du programme et comme un moyen pour les superviseurs/mentors de critiquer les conseillers. La supervision de soutien et le mentorat doivent être bien planifiés et suivis, avec des attentes sur la manière dont ils seront mis en œuvre, y compris la fréquence des visites ou d’autres stratégies pour promouvoir les opportunités de soutien et d’apprentissage, ce qui pourrait inclure l’organisation de réunions d’apprentissage pour examiner les données, discuter des défis et fournir des opportunités d’apprentissage entre pairs. Voici quelques ressources utiles pour planifier la supervision et le mentorat dans le cadre de votre programme :

* Le module de l’UNICEF sur [*la supervision, le mentorat et le suivi de l’ANJE dans la communauté*](https://www.unicef.org/documents/community-iycf-package), qui fait partie du *kit de conseils C-ANJE*.
* [*Guide de mise en œuvre du mentorat et de la supervision renforcée pour l’amélioration de soins de santé et de la qualité du programme*](https://www.pih.org/practitioner-resource/mesh-qi-implementation-guide) Partners In Health

|  |
| --- |
| Encadré 2. Qu’est-ce que la supervision de soutien et le mentorat ?  **Supervision de soutien :** Une relation de collaboration entre un superviseur et un conseiller pour améliorer les compétences, la confiance et les performances du conseiller par l’observation, l’écoute, la résolution de problèmes dans les deux sens et la fourniture d’un retour d’information constructif. Le conseiller est responsable devant le superviseur dans le cadre d’une structure hiérarchique, mais le superviseur ne se concentre pas sur l’évaluation, l’inspection ou le simple fait de dire au conseiller ce qu’il est censé faire.  **Mentorat :** Une relation de collaboration entre un conseiller expérimenté et un conseiller plus jeune dans laquelle le mentor fournit des conseils pour améliorer la qualité du conseil par l’observation, l’écoute, la résolution de problèmes dans les deux sens et la fourniture d’un retour d’information constructif. Le mentor ne fait pas partie d’une structure de supervision hiérarchique (c’est-à-dire que le mentoré ne lui rend pas compte et que le mentor n’évalue pas formellement les performances professionnelles du mentoré). |

3. Adapter l’*Addendum RCEL* à votre contexte

Il est nécessaire d’adapter et de tester l’addendum générique *RCEL* avant de l’utiliser dans un nouveau contexte. L’adaptation est importante pour s’assurer que l’*Addendum RCEL* est pertinent et acceptable pour le public et qu’il est possible de le mettre en œuvre dans le contexte. L’adaptation des interventions à la culture et au contexte du public augmente l’adoption des programmes ; les adaptations ont démontré une efficacité similaire à celle des interventions originales fondées sur des données probantes (Kumpfer, Magalhães et Xie 2017). L’adaptation est un processus systématique d’examen et de modification du contenu de l’*Addendum RCEL* (par exemple, la langue, les illustrations et les exemples) et des processus de mise en œuvre (par exemple, la sélection de la main-d’œuvre et des modalités de mise en œuvre appropriées). En général, les adaptations doivent viser à renforcer les bonnes pratiques et les pratiques de soins pertinentes pour la communauté locale, tout en s’attaquant aux pratiques courantes, potentiellement nuisibles, qui nécessitent une modification des normes sociales (Institut de recherche en médecine tropicale, 2016). Nous vous proposons ici une procédure étape par étape pour adapter le contenu de l’*Addendum RCEL* en fonction de ce que vous avez appris de l’analyse situationnelle décrite à la section 2 (Planification) et de votre approche de la mise en œuvre.

3.1 L’adaptation : Un processus étape par étape

Ce guide se concentre sur le processus d’adaptation du contenu de l’*Addendum RCEL* pour répondre aux besoins d’un nouveau contexte tout en préservant les éléments essentiels du contenu de l’*Addendum RCEL*. Avant de commencer toute adaptation, il est important de collaborer avec des experts nationaux et locaux en matière de développement de l’enfant et d’ANJE et d’identifier au moins une personne ayant une connaissance approfondie des communautés où le projet sera mis en œuvre. Les gouvernements locaux et les autres parties prenantes doivent être impliqués dans l’intégration de l’*Addendum RCEL* dans d’autres modules, comme indiqué dans la section 2 (Planification) de ce guide. En règle générale, vous travaillerez à chaque étape avant de passer à la suivante. Toutefois, les recommandations présentées ici peuvent être adaptées en fonction des priorités, des possibilités et des ressources locales.

Voici les six étapes de l’adaptation :

**Étape 1.** Procéder à un examen technique du contenu de l’*Addendum RCEL.*

**Étape 2.** Traduire le Module de formation de *l’Addendum RCEL* et les *cartes conseils*.

**Étape 3.** Adapter les illustrations et la présentation des *cartes conseils*.

**Étape 4.** Convenir des adaptations et des modifications locales nécessaires pour assurer la cohérence avec les lignes directrices, les politiques, les programmes et les pratiques recommandées propres à chaque pays.

**Étape 5.** Prétester le matériel adapté de *l’Addendum RCEL.*

**Étape 6.** Modifier le matériel de *l’Addendum RCEL* en fonction du retour d’information du pré-test.

Étape 1. Procéder à un examen technique du contenu de l’*Addendum RCEL*

La première étape pour adapter le contenu de l’*Addendum RCEL* consiste à effectuer un examen technique afin de se familiariser avec le contenu de l’*Addendum RCEL*. Cette étape devrait impliquer un grand nombre de parties prenantes clés impliquées dans la phase de planification. L’examen technique doit porter sur l’ensemble de l’*Addendum RCEL*, y compris les illustrations et les mises en page des *cartes conseils,* les messages clés et les conseils pratiques figurant au verso des *cartes conseils*, ainsi que tous les documents de formation *(guide du facilitateur*, *support de formation* et *manuel des participants*). Cette étape est importante pour avoir une compréhension commune de l’*Addendum RCEL* avant de passer aux étapes suivantes d’adaptation de ses différents composants. Au cours de cet examen, les experts locaux et les parties prenantes peuvent formuler des recommandations initiales en matière d’adaptation, qui doivent être consignées.

Considérations sur le contenu technique lors de l’examen technique et de l’adaptation

Plusieurs éléments ont été pris en compte lors de l’élaboration de cet *Addendum RCEL* générique, tels que le genre et l’inclusion des enfants handicapés. Vous trouverez ci-dessous des recommandations à prendre en compte lors de l’examen technique et du processus d’adaptation.

Tenir compte du genre lors de l’adaptation de l’*Addendum RCEL*

La prise en compte de la dimension genre tout au long de la planification, de l’adaptation et de la mise en œuvre de *l’Addendum RCEL* garantira que le contenu et la mise en œuvre du paquet d’activités répondent au contexte local, promeuvent les approches transformatrices de genre dans la mesure du possible et soient, au minimum, sensibles à la dimension Genre.

Ce qui a été fait lors de l’élaboration de l’*Addendum RCEL* :

* Un équilibre intentionnel a été assuré dans l’utilisation des pronoms « il » et « elle » dans l’ensemble des documents de l’*Addendum RCEL*. Certains pronoms ont été utilisés pour éviter les préjugés sexistes (par exemple, le « garçon qui se comporte mal »).
* La diversité des sexes et des âges des dispensateurs de soins et des enfants figurant dans les illustrations et les messages a été intentionnellement assurée afin d’éviter les stéréotypes concernant les rôles des mères et des pères dans la prise en charge des enfants.
* Une analyse du genre a été réalisée afin de déterminer d’autres domaines dans lesquels des considérations peuvent être prises en compte pour répondre aux besoins et aux défis en matière de genre.

Ce qu’il faut faire pendant l’adaptation :

* Examinez les résultats de l’analyse situationnelle (étape de planification 3) sur les normes sociales sexospécifiques afin d’orienter vos adaptations. Les exemples incluent les rôles des mères et des pères dans la garde des enfants, les différences dans les pratiques parentales en fonction du sexe de l’enfant, la façon dont les normes de genre peuvent affecter le bien-être des dispensateurs de soins, et le stress parental ressenti par les dispensateurs de soins, hommes et femmes. N’envisagez de changer les pronoms de genre dans les messages clés et les conseils pratiques que si vous identifiez, dans votre analyse de la situation, des préjugés sexistes spécifiques que vous souhaitez décourager dans votre contexte.
* Effectuez une analyse de genre pendant les phases de planification et d’adaptation afin de mieux comprendre les besoins et les défis en matière de genre dans votre contexte et de savoir s’il existe des normes de genre spécifiques qui sont problématiques ou controversées pour la prestation de soins. Continuez à revoir votre analyse de genre tout au long de la mise en œuvre afin d’identifier les domaines à améliorer. Les ressources utiles pour mener une analyse de genre sont les suivantes
* [*Boîte à outils Jhpiego pour l’analyse de genre dans les systèmes de santé.*](https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/)
* [*Analyse rapide de genre de CARE*](https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis)
* Tenez compte de la manière dont les pronoms de genre sont utilisés dans les messages et de la manière dont ils sont traduits dans la (les) langue(s) utilisée(s) dans votre contexte. Essayez de maintenir l’équilibre entre « il » et « elle » dans les messages tels qu’ils ont été écrits à l’origine si la langue utilise des pronoms sexués.
* Au cours de l’examen technique, recueillez des commentaires sur l’adéquation du contenu avec la promotion d’approches transformatrices du genre dans votre environnement. Lors de l’examen technique, vous pouvez identifier des questions spécifiques que vous pourrez soulever lors du pré-test.

Consultez les ressources suivantes pour obtenir des informations supplémentaires sur le genre et l’implication des pères et des autres membres de la famille dans les programmes :

* [Guide des programmes de l’USAID Advancing Nutrition *: Impliquer les autres membres de la famille dans les programmes de nutrition*](https://www.advancingnutrition.org/resources/program-guidance-engaging-family-members)
* [*Dossier thématique : soins attentifs et engagement des hommes*](https://nurturing-care.org/engaging-men-in-nurturing-care/)
* MOMENTUM Country and Global Leadership’s [*How to Engage Men in Nurturing Care Across the Life Stages (comment impliquer les hommes dans les soins attentifs à tous les stades de la vie*](https://usaidmomentum.org/resource/how-to-engage-men-in-nurturing-care-across-the-life-stages/))
* Manuels et outils d’[Equimundo](https://www.equimundo.org/resources/) pour une programmation transformatrice en matière de genre
* [Modules de l’Association internationale Step by Step pour les visiteurs à domicile](https://www.issa.nl/knowledge-hub?tid%5B%5D=146&tid_3=All): Module 5 sur « L’implication des pères » et Module 18 sur « Le genre ».

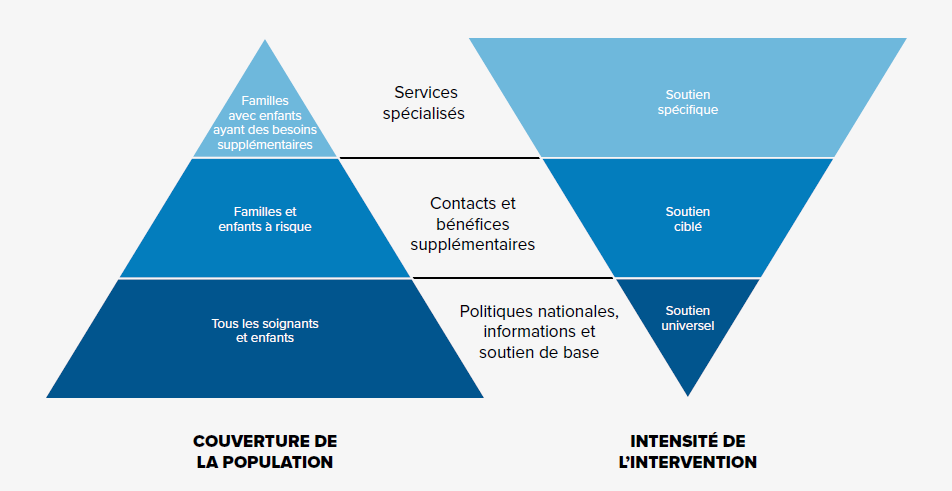
L’encadré 3 décrit l’expérience de la République Kirghize en matière de genre et de prise en charge du dispensateur de soins au cours des étapes d’adaptation, de pré-test et de formation.

|  |
| --- |
| Encadré 3. Expérience de mise en œuvre : Normes de genre et prise en charge des dispensateurs de soins en République Kirghize  Le contenu de l’*Addendum RCEL* sur le bien-être des dispensateurs de soins a été introduit dans les services de soins de santé primaires des oblasts de Batken et de Jalal-Abad en [République Kirghize à partir de 2022-2023.](https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/activities/integrating-responsive-care-and-early-learning-counseling-nutrition-services-kyrgyz-republic) Le processus d’adaptation a été mené par le personnel d’USAID Advancing Nutrition, avec l’aide d’un groupe de facilitateurs principaux recrutés au niveau national dans diverses institutions gouvernementales, telles que l’Institut médical d’État Kirghize pour la reconversion et le développement professionnel, le Centre républicain pour la promotion de la santé et le Centre national pour la santé de la mère et de l’enfant. Les normes traditionnelles de genre en République Kirghize renforcent souvent l’idée que les femmes sont les principales dispensatrices de soins. Les autres membres de la famille participent rarement à la garde des enfants, surtout lorsqu’ils sont en bas âge. Les discussions qui ont eu lieu au cours du processus d’adaptation ont fait ressortir que le contenu de la « Carte conseil 6 » sur la prise en charge des dispensateurs de soins - y compris les suggestions pour ceux qui demandent de l’aide - remettrait en question les normes sociales sexospécifiques relatives aux pratiques d’approvisionnement de soins. Les examinateurs techniques ont noté que le fait de demander de l’aide serait un signe de faiblesse ou indiquerait que la femme ne remplit pas ses devoirs familiaux.  Lors du pré-test des illustrations des *cartes conseils*, des messages clés et des conseils pratiques, les prestataires de soins de santé, les agents communautaires et les dispensateurs de soins ont fait des commentaires sur les bonnes pratiques qu’ils voyaient sur les cartes et qui font actuellement défaut dans les pratiques de garde d’enfants. Par exemple, la « Carte conseil 1 » présente la photo d’un père donnant le bain à son bébé. Les facilitateurs principaux ont trouvé le contenu de la formation et du conseil très important et puissant, et ont convenu qu’il devrait être maintenu pour permettre la remise en question de ces normes de genre. Au cours de la formation, nous avons appris que le contenu relatif à la gestion du stress et au soutien des mères et des dispensateurs de soins pour qu’ils prennent soin d’eux-mêmes et de leurs enfants a été bien accueilli. Cependant, les exercices impliquaient une discussion ouverte sur la résolution de problèmes dans des situations stressantes conduisaient parfois à des discussions perpétuant des normes sociales négatives. Sur la base de cette expérience, des modifications ont été apportées pour que le contenu de la formation de l’*Addendum RCEL* soit plus explicitement axé sur les conseils pratiques tirés des *cartes conseils*. Dans la pratique, nous avons constaté que les belles-mères, qui ont une forte influence sur les pratiques domestiques en République Kirghize, soutenaient davantage le contenu des conseils lorsqu’ils étaient présentés comme étant bénéfiques pour l’enfant plutôt que pour la mère directement. |

Promouvoir l’intégration des enfants présentant des troubles de développement et des handicaps

Les enfants ayant des troubles de développement et des handicaps ont besoin de soins attentifs tout autant, sinon plus, que les autres enfants. Le *Cadre de soins attentifs* (OMS, UNICEF et Banque mondiale 2018) promeut un modèle universel progressif de services (figure 4). À la base de la pyramide se trouvent les soutiens et les services universels dont *tous les* dispensateurs de soins et enfants ont besoin. L’*Addendum RCEL* comprend un contenu universel qui convient à tous les dispensateurs de soins de jeunes enfants. Au fur et à mesure que l’on monte dans la pyramide, les familles et les enfants à risque ont besoin d’un soutien ciblé, tel qu’un suivi supplémentaire pour un enfant né trop petit ou prématuré. Au sommet de la pyramide se trouvent les familles dont les enfants ont des besoins supplémentaires et qui ont besoin d’un soutien indiqué et adapté à leurs besoins ; par exemple, l’ergothérapie pour un enfant souffrant d’infirmité motrice cérébrale. Des mécanismes d’orientation doivent être mis en place afin de relier les prestataires de soins et les enfants d’un niveau à un autre, de manière à ce qu’ils bénéficient des services adaptés à leurs besoins. A tous les niveaux, les services tels que les services essentiels de santé et de nutrition doivent également être inclusifs et capables de répondre aux besoins des enfants présentant des difficultés de développement et des handicaps, ainsi qu’à ceux de leurs familles.

Figure 4. Modèle universel progressif de services



Source : OMS, UNICEF, et Banque Mondiale 2018

L’élaboration de *l’Addendum RCEL a pris en compte les éléments suivants* :

* L’ajout de Cartes conseils sur le suivi du développement de l’enfant afin de favoriser le dialogue avec les dispensateurs de soins pour identifier les préoccupations ou les facteurs de risque potentiels qui justifient un suivi supplémentaire « Carte conseil 5 », ainsi que des conseils ciblés sur les difficultés d’alimentation « Carte conseil 7 sur les circonstances particulières ».
* Inclusion d’un manuel pour les conseillers avec les *cartes conseils* afin de fournir des conseils visant à modifier les activités de jeu et d’apprentissage afin de favoriser la participation des enfants handicapés.

Ce qu’il faut faire pendant l’adaptation :

* Examiner le contenu de l’*Addendum RCEL* avec des experts locaux, y compris des organisations de personnes handicapées.
* Recenser les ressources et les services locaux pour orienter les enfants et les familles qui ont besoin d’un soutien supplémentaire. Il s’agit d’un élément clé du processus d’adaptation. Les ressources à identifier dans votre cartographie comprennent les endroits où les familles peuvent accéder aux évaluations du développement, à l’intervention précoce et aux services de réadaptation ; les groupes ou associations de soutien aux familles ; et les organisations locales (ONG, organisations de personnes handicapées) ou les programmes gouvernementaux qui fournissent un soutien ou une assistance supplémentaire aux enfants handicapés et à leurs familles (par exemple, la réadaptation communautaire, les programmes de sécurité sociale). Cette cartographie devrait inclure les services fournis par le gouvernement et, le cas échéant, par les ONG ou les organisations caritatives locales.
* Veiller à ce que la « Carte conseil 7 sur les circonstances particulières » pour les enfants ayant des difficultés d’alimentation, qui se concentre principalement sur les difficultés communes aux enfants handicapés, soit examinée et prise en compte au cours du processus d’adaptation. La « Carte conseil 7 pour les circonstances particulières » ne sera nécessaire que si le dispensateur de soins signale que l’enfant a des difficultés à s’alimenter ou si le conseiller identifie un problème d’alimentation. Répondre aux besoins des dispensateurs de soins qui s’occupent d’enfants handicapés et fournir des informations correctes sur les handicaps est un point de départ idéal pour promouvoir l’inclusion et garantir que les enfants handicapés ne sont pas « invisibles » ou « négligés » dans vos programmes. Il est donc essentiel d’inclure la « Carte conseil 7 pour des circonstances particulières ». Toutefois, il peut être plus approprié que seuls les travailleurs plus qualifiés utilisent cette carte (par exemple, les travailleurs de la santé ou les agents de santé communautaires ayant reçu une formation supplémentaire en matière d’intégration du handicap).
* Examinez les illustrations de la carte « Conseils pour aider les enfants handicapés à s’engager dans le jeu et l’apprentissage » afin de déterminer si votre programme adaptera ces illustrations au contexte local. Cette carte est un manuel utilisé par le conseiller lorsqu’il conseille les dispensateurs de soins et, en tant que telle, elle n’est pas nécessairement destinée à être montrée aux dispensateurs de soins. Par conséquent, l’adaptation des illustrations de cette carte peut être dépourvue de priorité, si nécessaire. Voir l’étape 3 : Adapter les illustrations et la présentation des *cartes conseils,* pour plus d’informations sur l’adaptation des illustrations.
* Veillez à ce que votre programme soit inclusif. En plus de mettre en relation les parents et les enfants avec des services supplémentaires, il est essentiel de s’assurer que votre programme est accessible et accueillant pour les enfants handicapés. Les dispensateurs de soins qui s’occupent des enfants souffrant de troubles de développement peuvent être très stressés par le défi que représente la prise en charge d’un enfant ayant des besoins supplémentaires, ainsi que par la stigmatisation et la discrimination. Vous pouvez promouvoir l’inclusion en identifiant et en tentant de lever les obstacles auxquels les enfants ou les dispensateurs de soins en charge d’un enfant handicapé peuvent être confrontés pour participer à votre programme. Par exemple, les obstacles peuvent inclure l’identification et le recrutement de participants dans des milieux qui excluent les enfants handicapés, l’accessibilité physique limitée du lieu de service, les mauvaises attitudes des prestataires de services et le manque de matériel inclusif. La [banque d’images UNICEF/USAID Advancing Nutrition ANJE](https://iycf.advancingnutrition.org/) contient des illustrations d’enfants pendant les repas et s’adonnant à des activités telles que le jeu qui peuvent être utilisés pour promouvoir l’inclusion des enfants handicapés dans vos programmes.
* Réfléchissez aux moyens d’intégrer les principes suivants dans votre programme. Ceux-ci ont été élaborés dans le cadre de l’adaptation de soins au développement de l’enfant dans la région d’Amérique latine et des Caraïbes (OPS et UNICEF 2017) et doivent être pris en compte lorsque l’on travaille avec des dispensateurs de soins des enfants qui ont des troubles de développement :
* Reconnaître que la famille est la première personne à s’occuper de l’enfant et lui fournir des informations en temps utile, et pas seulement des références.
* Insister sur le fait que tous les enfants peuvent apprendre, mais que les enfants ayant des troubles de développement peuvent avoir besoin de plus de temps et de soutien pour apprendre et peuvent ne pas acquérir toutes les compétences.
* Encourager la famille à faire participer l’enfant à toutes les activités familiales, telles que les repas et les tâches ménagères, et à jouer et communiquer activement avec lui.
* Respecter la diversité et les points forts des individus, des familles et des cultures.
* Lutter contre la stigmatisation en promouvant intentionnellement l’inclusion. Cela peut sembler décourageant si vous n’avez pas l’habitude de travailler avec des enfants handicapés ou de concevoir des programmes dans une optique d’intégration. Cependant, c’est la raison pour laquelle nous recommandons d’inclure des représentants d’organisations de personnes handicapées dans votre équipe de parties prenantes - ils sont les experts de votre contexte. Le Module de formation de *l’Addendum RCEL* aborde brièvement les perceptions erronées du handicap qui peuvent perpétuer la stigmatisation, mais cela ne suffira pas à lutter contre les normes sociales et les croyances potentiellement néfastes qui peuvent être présentes dans les communautés où vous travaillez. Il s’agit plutôt d’une première étape dans l’ouverture de discussions sur les obstacles à l’inclusion.

L’annexe 4 contient des conseils généraux sur comment adapter les conseils pratiques, en particulier ceux qui sont axés sur l’apprentissage précoce, aux enfants souffrant de déficiences intellectuelles, physiques ou sensorielles (LSHTM 2019 ; Sense 2017 ; OMS, UNICEF et Ministère de la santé du Zimbabwe 1997).

Pour plus d’informations, vous pouvez consulter les ressources et outils suivants :

* [Banque de ressources sur l’alimentation et le handicap](https://www.advancingnutrition.org/resources/disability-resource-bank) et [appel à l’action pour les décideurs politiques](https://www.advancingnutrition.org/resources/disability-advocacy-brief) *de* l’USAID Advancing Nutrition *: Ressources pour renforcer les soins nutritionnels et l’inclusion des enfants ayant des difficultés d’alimentation et des handicaps.*
* [*Baby Ubuntu : Manuel du programme d’intervention précoce*](https://www.ubuntu-hub.org/resources/babyubuntu/) de la London School of Hygiene and Tropical Medicine *: Une approche de groupe de soutien aux parents pour une intervention précoce visant à améliorer la qualité de vie des enfants handicapés et de leurs familles.*
* [*Boîte à outils pour la stimulation thérapeutique précoce*](https://www.mcsprogram.org/resource/therapeutic-early-stimulation-toolkit-helping-young-children-with-disabilities-meet-their-potential/) du Programme de survie de la mère et de l’enfant *: Un module de formation pour aider les agents de santé et les parents à s’engager dans des activités pratiques pour soutenir le développement des enfants atteints du syndrome congénital du Zika.*

* [Modules de ressources pour les visiteurs à domicile - Module 12, « Children who Develop Differently »](https://www.issa.nl/content/supporting-for-families-nurturing-care" \o "Modules de ressources pour les visiteurs à domicile - Module 12, \« Children who Develop Differently \») de l’Association Internationale Step by Step et de l’UNICEF *: Modules destinés à permettre aux visiteurs à domicile de promouvoir de soins attentifs et pouvant être adaptés à différents programmes de formation.*
* [Formation de l’OMS pour des dispensateurs de soins](https://openwho.org/courses/caregiver-skills-training) *: Un module de formation en ligne pour les dispensateurs de soins chez des enfants atteints d’une déficience intellectuelle afin de les aider à utiliser le jeu et les activités quotidiennes comme des opportunités d’apprentissage.*

Utilisation de l’*Addendum RCEL* dans des contextes humanitaires

Les informations sur l’utilisation de cet *Addendum RCEL* dans des contextes humanitaires sont limitées à ce stade. Les contextes humanitaires sont complexes et présentent plusieurs défis pour la mise en œuvre des programmes, et cette complexité diffère selon le type de situation humanitaire. Cependant, la recherche montre que l’inclusion d’interventions en faveur du développement du jeune enfant dans les contextes humanitaires jette les bases de sociétés résilientes, prospères, durables et pacifiques. L’intégration de cet *Addendum RCEL* dans les programmes de nutrition ou de santé mis en œuvre dans des contextes humanitaires pourrait apporter un soutien supplémentaire aux parents et aux dispensateurs de soins qui s’occupent des enfants, tout en soutenant les programmes visant à mieux répondre aux besoins de développement des jeunes enfants. Les adaptations aux contextes humanitaires devraient refléter les besoins de la communauté desservie, comme le besoin accru de soutien psychosocial et de santé mentale pour les dispensateurs de soins et les jeunes enfants, ou d’autres stratégies de diffusion pour atteindre les personnes en déplacement, à l’instar des outils numériques.

Les ressources suivantes peuvent fournir plus d’informations sur la programmation de soins attentifs dans les contextes humanitaires :

* [*Boîte d’outils pour l’alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d’urgence (ANJE-E)*](https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-toolkit-rapid-start-emergency-nutrition)
* [*Dossier thématique : soins attentifs pour les enfants vivant dans des situations humanitaires*](https://nurturing-care.org/nurturing-care-in-humanitarian-settings/)
* [*Groupes de soins en cas d’urgence*](https://www.fsnnetwork.org/resource/care-groups-emergencies-evidence-use-care-groups-and-peer-support-groups-emergency)
* *[Tendre la main et apprendre dans le cadre de la réponse à la crise syrienne](https://www.rescue.org/report/reach-and-learn-syria-response-adapting-and-implementing-evidence-based-home-visiting" \o "Tendre la main et apprendre dans le cadre de la réponse à la crise syrienne)*

Étape 2. Traduire le module de l’*Addendum RCEL*

Les gens apprennent et retiennent mieux les connaissances lorsqu’ils sont formés dans leur langue maternelle. La fourniture d’informations et d’outils pertinents sur le plan conceptuel et culturel dans chaque pays et communauté cible et dans la langue maternelle du public permettra d’obtenir de meilleurs résultats.

La traduction nécessite une collaboration active, une lecture attentive d’un texte dans la langue source, la compréhension du sens du texte et la création d’un texte similaire dans la langue cible. Les personnes qui traduisent les informations et les outils doivent connaître la langue et la culture dans lesquelles les documents ont été rédigés à l’origine, et parler couramment ou être des locuteurs natifs de la langue du public visé par les documents. La collaboration avec des traducteurs experts locaux permet de s’assurer que les populations locales comprennent les messages. Le traducteur doit également connaître le contenu de l’*Addendum RCEL*.

Ces traductions doivent être courtes, claires et concises. Elles doivent s’adresser au plus grand public et utiliser des phrases courtes avec des termes courants, facilement compréhensibles, en évitant le jargon et les termes techniques. Les traductions doivent également tenir compte du genre et être spécifiques à l’âge afin d’éviter tout langage ou information controversé ou offensant.

Les étapes générales de la traduction sont les suivantes

1. Confirmez quels éléments de l’*Addendum RCEL* vous devrez traduire et dans quelles langues (par exemple, le *guide du facilitateur*, les messages clés et les conseils pratiques au verso des *cartes conseil*, les *supports de formation* ou même le présent *guide de planification, d’adaptation et de mise en œuvre*).
2. Passez en revue les mots et concepts clés à traduire (pour des conseils supplémentaires, voir la section suivante).
3. Traduire le contenu de l’*Addendum RCEL* dans la langue souhaitée.
4. Demander à des experts techniques bilingues de procéder à un examen technique complet pour vérifier l’exactitude de la traduction, et/ou retraduire les documents dans la langue d’origine pour un examen technique.
5. Corriger les erreurs ou incohérences éventuelles constatées.

En fonction des langues utilisées par votre groupe consultatif de parties prenantes, la traduction devrait être effectuée avant que vous ne soyez en mesure d’achever la revue technique de l’étape 1. Le module de l’Addendum RCEL est déjà disponible en anglais, arabe, espagnol, français et russe.

Revoir les mots et concepts clés pour la traduction

Plusieurs concepts figurant dans l’*Addendum RCEL* peuvent être des concepts nouveaux dans de nombreuses langues et, par rapport à l’ANJE et aux kits santé, il y a moins de ressources sur lesquelles s’appuyer pour une traduction exacte des concepts. La matrice de traduction de l’[annexe 5](#bookmark=id.4h042r0) met en évidence les concepts clés pouvant être difficiles à traduire. La matrice fournit une définition contextuelle du concept et des exemples tirés des documents afin que les traducteurs puissent comprendre comment le concept est utilisé. Les traducteurs doivent s’efforcer de trouver l’équivalent conceptuel (le plus proche) d’un mot ou d’une phrase plutôt que de fournir des traductions littérales. Ils doivent tenir compte de la signification ou de la définition du terme original et fournir la traduction la plus pertinente possible. Vous devez également revoir la matrice de traduction en anglais (ou dans une autre langue principale) et identifier les concepts manquants dans la matrice de traduction qui pourraient ne pas se traduire facilement dans votre langue locale et qui nécessitent des explications supplémentaires.

Travailler avec plusieurs locuteurs de la langue locale pour sélectionner les termes dans lesquels chaque concept doit être traduit. Cette étape peut inclure le traducteur recruté si un contrat a déjà été conclu. Un seul traducteur ne devrait pas sélectionner ces termes. Les traducteurs doivent travailler avec une équipe de spécialistes de contenu et d’autres locuteurs de la langue locale afin de parvenir à un consensus sur la traduction la plus appropriée des concepts clés. Vous pouvez également consulter des experts locaux en matière de développement de l’enfant, de santé mentale ou de handicaps afin d’éclairer la traduction de concepts spécifiques.

Il est important de recruter des traducteurs professionnels pour la traduction. Recherchez des personnes ayant une expérience de la traduction dans le cadre de programmes communautaires et, idéalement, dans le domaine du développement de l’enfant. Les traducteurs doivent être habitués à un langage simple et clair, éviter le jargon et traduire les concepts et les messages clés de manière à ce qu’ils soient facilement compréhensibles et attrayants pour les locuteurs de la langue locale. Les professeurs de langues ne sont pas nécessairement les meilleurs traducteurs.

Étape 3. Adapter les illustrations et la mise en page des *cartes conseils.*

Les illustrations de haute qualité incluses dans l’*Addendum RCEL* sont des outils puissants pour promouvoir le changement comportemental par le biais de visualisations évocatrices et informatives. Ces illustrations constituent un élément important de la communication CSC et sont destinées à stimuler la curiosité, à capter l’attention et à communiquer des concepts difficiles. Dans la plupart des cas, ils doivent être adaptés au contexte de votre programme pour atteindre leur effet maximal. L’adaptation des illustrations au contexte local est un investissement qui en vaut la peine. Prévoyez le temps, le budget et les tests préalables nécessaires pour garantir la qualité et la précision technique.

Tenez compte des éléments suivants lorsque vous adaptez les illustrations des *cartes conseils de l’Addendum RCEL* :

* Les illustrations des *cartes conseils* de *l’Addendum RCEL* générique ont été élaborées sur la base des contextes de l’Afrique subsaharienne et des adaptations sont disponibles pour les modules génériques de l’Amérique latine, du Moyen-Orient et l’Afrique du Nord, ainsi que l’Asie centrale. Commencez par le module le plus approprié pour votre région et examinez chaque illustration pour déterminer les adaptations nécessaires, même au sein de cette région.
* Les adaptations doivent viser à transmettre le contenu technique de l’*Addendum RCEL* tout en modifiant les éléments essentiels des illustrations afin de refléter l’apparence et la culture des communautés où l’*Addendum RCEL* sera utilisé. Par exemple, lors de l’adaptation des illustrations de santé infantile à un nouveau contexte, les uniformes génériques des agents de santé doivent être modifiés pour refléter l’uniforme spécifique utilisé par les infirmières ou les sages-femmes dans ce contexte, ou les membres de la communauté peuvent ne pas comprendre le rôle de l’agent de santé ou demander pourquoi l’agent de santé n’est pas dans l’uniforme approprié. Les petits détails peuvent distraire et, même s’ils ne sont pas essentiels au message de l’illustration, ils peuvent faire déraper une séance de conseil.
* Nous avons délibérément donné la priorité à la promotion d’une représentation équitable des genres et d’une imagerie inclusive pour les enfants handicapés dans les illustrations. Il peut être difficile de reproduire ces précisions dans tous les contextes culturels, car les communautés ont des croyances différentes sur le rôle des hommes, des femmes, des garçons et des filles dans la prestation de soins. Par exemple, la recherche formative menée dans le cadre du programme Amalima au Zimbabwe s’est penchée sur la promotion du partage des responsabilités de soins entre les mères et les pères (The Manoff Group 2021 ; Pedersen 2017). Les chercheurs ont constaté que certaines tâches étaient considérées par les hommes et les femmes comme inappropriées pour les hommes et n’étaient donc pas incluses dans leur matériel de communication CSC. Ils se sont plutôt concentrés sur des comportements tels que l’aide à la préparation des repas, considérés comme faisables et prioritaires pour les hommes, afin de ne pas détourner l’attention de l’objectif principal, qui est de promouvoir le partage des responsabilités en matière de soins. Dans votre contexte, vous devrez peut-être adapter le rôle des hommes et des femmes dans les illustrations si quelque chose n’est pas acceptable. Toutefois, nous encourageons la représentation d’hommes et de femmes partageant les responsabilités de soins d’une manière qui défie les normes de genre mais qui sera acceptable dans la communauté.
* Accorder une attention particulière à l’âge de l’enfant dans les illustrations adaptées, car les dispensateurs de soins sont conseillés sur les activités adaptées à l’âge de l’enfant.
* Les illustrations doivent indiquer le contact visuel, qui est un comportement important que les *cartes conseils* cherchent à promouvoir dans le cadre des interactions entre le dispensateur de soins et l’enfant.
* Lors de l’adaptation des illustrations, il convient de tenir compte des besoins en matière de mise en page. Si les dimensions des illustrations sont modifiées au cours de l’adaptation (par exemple, si elles sont plus hautes ou plus larges que l’illustration générique de l’*Addendum RCEL*), le concepteur de la mise en page peut avoir des difficultés à établir les relations requises entre les illustrations sur une carte donnée. Partager les *cartes conseils* génériques avec l’illustrateur et le concepteur de la mise en page afin de les aider à conserver des dimensions similaires pour chaque illustration et dans la conception finale de chaque carte.
* La présentation des *cartes conseils* a été choisie pour correspondre aux cartes conseils génériques *de* *l’ANJE*. Vous pouvez décider d’harmoniser votre présentation avec les documents que votre adaptation viendra compléter.

Suivez les étapes suivantes pour adapter les illustrations des *cartes conseils de l’Addendum RCEL* :

* Identifier un (ou plusieurs) graphiste(s) capable(s) de travailler avec (ou de recréer) les fichiers sources Adobe InDesign (2017) contenant les illustrations, les graphiques et les polices de caractères de haute qualité utilisés dans les *cartes conseils*. Télécharger ces fichiers sources à partir du [site web USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/resources/responsive-care-early-learning-addendum).
* Examiner les illustrations génériques pour vous assurer qu’elles sont culturellement appropriées, décider des adaptations techniques qui conviennent à votre contexte et discuter de tout élément gênant. Cette étape nécessite, au minimum, la contribution du personnel local, mais le projet doit également prévoir un pré-test auprès des membres de la communauté une fois les illustrations élaborées. De plus amples détails sur les tests préliminaires sont présentés à l’étape 5.
* Rédigez des descriptions détaillées des changements nécessaires pour chaque illustration.[(L’annexe 6](#bookmark=id.1baon6m) contient un exemple de « matrice de suivi de l’adaptation de *Cartes conseils* « , qui peut être utile). En outre, fournissez des références visuelles de haute qualité (photographies ou images existantes) reflétant les changements recommandés, afin que le(s) artiste(s) dispose(nt) d’autant d’informations que possible pour soutenir l’adaptation requise des illustrations.
* Lors de l’adaptation/développement de l’illustration, notez tous les points d’incertitude ou de doute qui peuvent être examinés lors de la phase de pré-test. Envisagez de développer plusieurs versions d’une certaine illustration afin de tester les options lors du pré-test également.

Les ressources suivantes peuvent fournir des outils et des informations supplémentaires utiles pour adapter les illustrations de l’*Addendum RCEL* :

* La [banque d’images UNICEF/USAID Advancing Nutrition ANJE](https://iycf.advancingnutrition.org/) contient des illustrations gratuitement téléchargeables provenant du monde entier qui ont été utilisées dans le *kit de conseil C-ANJE,* ainsi que toutes les illustrations de l’*Addendum RCEL*, y compris les illustrations d’enfants handicapés et ayant des difficultés à s’alimenter.
* Le [Guide de transformation des photos en illustrations pour le renforcement des partenariats, les résultats et les innovations dans le domaine de la nutrition au niveau mondial](https://www.advancingnutrition.org/resources/photo-illustration-guide) détaille l’approche, étape par étape, utilisée pour développer les illustrations du *kit de conseil C-ANJE* et de l’*Addendum RCEL*. Un [tutoriel vidéo](https://iycf.advancingnutrition.org/resources) est également disponible pour guider les artistes tout au long du processus.

Étape 4. Convenir des adaptations et des modifications locales nécessaires pour assurer la cohérence avec les lignes directrices, les politiques, les programmes et les pratiques recommandées propres à chaque pays.

Au cours de l’examen technique de l’étape 1, vous avez peut-être formulé des suggestions initiales d’adaptation du matériel de l’*Addendum RCEL*. À ce stade, vous devez vous mettre d’accord avec votre groupe de parties prenantes sur les adaptations à apporter. C’est peut-être le moment de réunir un groupe plus large de parties prenantes pour valider les adaptations. Une fois l’accord obtenu, les adaptations peuvent être apportées à votre matériel de l’*Addendum RCEL*, et c’est le bon moment pour intégrer le contenu directement dans le kit santé ou nutrition.

Orientations pour l’adaptation des messages clés et conseils pratiques

Les messages clés et les conseils pratiques, qui figurent au verso des *cartes conseils,* ont été élaborés par un groupe consultatif technique composé d’experts et constituent un ensemble générique de pratiques essentielles pour soutenir le développement des enfants. Dans le cadre de la révision technique systématique du contenu de l’*Addendum RCEL,* chaque message clé et conseil pratique doit être revu et contextualisé afin d’être adapté au public visé. L’objectif est d’adapter les messages pour qu’ils trouvent un écho favorable auprès du public et qu’ils renforcent les pratiques positives existantes en matière d’éducation des enfants, tout en restant fidèles à l’intention initiale du message. En outre, certains éléments nécessiteront la collecte et la saisie d’informations sur les ressources ou les outils locaux. L’[annexe 7](#bookmark=id.1opuj5n) présente quelques notes sur les points clés de l’adaptation, et votre équipe en identifiera probablement d’autres lors de votre examen critique.

Guide pour l’adaptation du support de formation et du plan de formation

Le module de formation est conçu pour enseigner l’importance de soins attentifs et aider les participants à apprendre les principes fondamentaux du changement de comportement, les compétences de base en matière de conseil et la manière de conseiller les dispensateurs de soins sur le contenu de l’Addendum *RCEL.* Le matériel de formation a été conçu pour les agents de santé ou les agents de santé communautaires qui ont reçu une formation dans un domaine fondamental, tel que l’ANJE. La formation est participative et ne nécessite aucune technologie ou compétence avancée en matière d’alphabétisation.

Le Kit de formation complet, qui comprend le *guide du facilitateur, les* *supports de formation* et les *manuels des participants,* devra être révisé et éventuellement adapté et traduit pour votre contexte. Cela comprend un examen complet du *guide du facilitateur* afin d’adapter le programme et le contenu de la formation si nécessaire, ainsi qu’un examen technique des *supports de formation* et des *manuels des participants* afin de s’assurer qu’ils sont conformes au *guide du facilitateur*.

Les principaux éléments à prendre en compte pour l’adaptation de la formation sont les suivants :

* Déterminer si la formation avec l’*Addendum RCEL* sera dispensée dans un contexte où un module de formation de base est également utilisé ;
* Le personnel que vous formez et ses compétences existantes ;
* L’approche de conseil que les conseillers utilisent actuellement ;
* Le contexte dans lequel la formation sera dispensée ;
* La structure et le programme de la formation ;
* Les illustrations contenues dans le module de formation.

Un tableau détaillé des adaptations à envisager pour chacun des supports de formation par séance de formation figure à l’[annexe 8](#bookmark=id.2nusc19) et une matrice de suivi des adaptations pour les supports de formation figure à l’[annexe 9](#bookmark=id.40ew0vw), pour référence.

**Tableau 2. Considérations relatives à l’adaptation du contenu du dossier de formation**

| **Considération** | **Adaptations potentielles nécessaires** |
| --- | --- |
| Facteurs à considérerpour l’adaptation de la formation de l’*Addendum RCEL* dans un contexte où un module de formation de base est également utilisé | Les 12 séances de la formation contenues dans l’*Addendum RCEL* permettent d’approfondir la formation de base du kit ANJE ou de la santé infantile que vous utilisez avec l’Addendum *RCEL* et peuvent être ajoutées à la formation de base. Cependant, les séances peuvent également être intégrées à votre programme de formation de base en matière de santé infantile ou d’ANJE et être dispensées ensemble :   * Si la formation sur l’Addendum RCEL est *organisée comme une formation autonome après que la formation de base ait déjà été dispensée*, il convient d’examiner toutes les séances de la formation initiale et de la formation *Addendum RCEL* afin d’identifier les domaines de chevauchement potentiels. Dans la mesure du possible, il serait bon d’aligner les deux kits. (Voir ci-dessous les adaptations relatives à l’approche conseil). * *Si vous intégrez* la formation de l’Addendum RCEL *dans la formation de base*, il faut passer en revue toutes les séances de la formation initiale et de la formation de l’*Addendum RCEL* afin d’identifier les domaines de chevauchement potentiels. Si les séances se chevauchent, en particulier les compétences transversales, telles que le conseil individuel et l’animation de groupe, nous recommandons d’utiliser les séances de *l’Addendum RCEL,* car elles sont conçues pour couvrir toutes les composantes de soins attentifs et renforcent donc l’importance égale de la santé, de la nutrition, des soins répondant aux besoins, de l’apprentissage précoce et de la sécurité, alors qu’un module portant uniquement sur l’ANJE ou uniquement sur la santé infantile risque de manquer certains de ces domaines. |
| Facteurs à considérer pour l’adaptation de la formation de l’*Addendum RCEL* en fonction des compétences de votre personnel | La formation a été conçue pour les agents communautaires et les agents de santé qui ont déjà reçu une formation, ou qui seront formés simultanément, dans un programme de formation de base, tel que l’ANJE. Cela suppose que les conseillers ont reçu une formation de base en matière de conseil. Certaines adaptations peuvent être nécessaires en fonction des compétences, des antécédents et des expériences récentes de formation de vos participants :   * Si vos participants sont très compétents ou ont récemment (c’est-à-dire au cours des deux dernières années) été formés au conseil individuel et à l’animation de groupe, vous pourrez peut-être réduire le nombre de séances consacrées à ces sujets (séances de formation 3 et 4) et consacrer plus de temps aux autres sujets et à la pratique du conseil à l’aide de l’Addendum *RCEL*. * Si vos participants n’ont pas été formés à l’ANJE depuis plusieurs années ou s’ils présentent des lacunes dans ce domaine, envisagez de prolonger la durée de la formation pour rafraîchir les compétences essentielles en matière d’ANJE qui ne sont pas couvertes par le module de formation de l’Addendum *RCEL*. * Si votre personnel a des compétences limitées en matière de conseil, nous vous recommandons d’envisager de prolonger la durée de la formation afin de donner aux stagiaires plus de temps pour s’exercer et obtenir un retour d’information sur leurs compétences en matière de conseil individuel et d’animation de groupe. Séance optionnelle 1 de « Pratique du conseil individuel et de l’animation de séance de groupe » serait une bonne séance à intégrer dans cette situation. * Si l’*Addendum RCEL* doit être dispensé par quelques membres du personnel avec un niveau de compréhension plus élevé en matière de développement de l’enfant ou moins habitué aux méthodes de formation utilisées, vous devrez envisager les adaptations à apporter au contenu et à l’approche de la formation. Par exemple, si vous travaillez avec des infirmières ou des médecins, tenez compte des connaissances qu’ils peuvent déjà avoir sur le développement du cerveau des enfants ou sur le suivi des stades du développement, et adaptez la formation en conséquence. Dans cet exemple, si les infirmières ou les médecins sont déjà bien formés sur les stades du développement, vous pourriez envisager de raccourcir cette composante de la formation (séance de formation 9) et d’allouer plus de temps à d’autres aspects. Vous pouvez également revoir les méthodes de formation et les adapter à la manière dont les infirmières et les médecins préfèrent apprendre ; par exemple, il n’est peut-être pas acceptable que les infirmières et les médecins s’assoient à même le sol. * L’inclusion des personnes handicapées est un sujet important qui est intégré dans différentes séances de la formation sur l’*Addendum RCEL*. La séance 11 décrit plus en détail la manière de traiter les difficultés d’alimentation, qui sont fréquentes chez les enfants handicapés et qui sont abordées dans la « Carte conseil 7 sur les circonstances particulières ». En fonction du niveau de compétence de votre personnel, vous pouvez vous demander s’il peut être formé efficacement à ce contenu et s’il peut utiliser cette carte en toute confiance avec les dispensateurs de soins. Cette séance peut être plus appropriée pour les travailleurs de la santé ou d’autres travailleurs communautaires qui ont une certaine expérience de l’inclusion des personnes handicapées ou des interventions en matière d’alimentation. Les autres travailleurs doivent néanmoins être formés pour identifier les enfants présentant des difficultés d’alimentation et les orienter vers le personnel plus qualifié qui a été formé pour les conseiller sur ce sujet. |
| Facteurs à considérer pour l’adaptation de l’approche de conseil utilisée dans le cadre de la formation de l’*Addendum RCEL* | Le module de formation de l’*Addendum RCEL* propose une structure en cinq étapes pour le conseil individuel et l’animation de séances de groupe :  (1) Accueillir les dispensateurs de soins, (2) Évaluer, (3) Analyser, (4) Agir, et (5) Résumer et clôturer.  Cette structure en cinq étapes a été adaptée de l’approche *du conseil en trois étapes de l’ANJE*, qui guide les conseillers en trois étapes au cours d’une séance de conseil individuel : (1) évaluer, (2) analyser et (3) agir. La structure en cinq étapes du module de formation de l’Addendum *RCEL* comprend deux étapes supplémentaires, « Accueillir les dispensateurs de soins » et « Résumer et clôturer » la séance pour améliorer le conseil individuel et les séances de groupe. Nous recommandons d’utiliser la structure en cinq étapes pour s’assurer que les séances de conseil individuel et de groupe comprennent une phase d’ouverture et une phase de clôture, qui sont importantes pour établir un rapport avec les dispensateurs de soins et s’assurer que ces derniers sont en mesure d’expliquer ou de démontrer ce qu’ils feront à la maison avec leur enfant, respectivement.  Un programme peut choisir de modifier les séances de formation de l’*Addendum RCEL* pour les adapter à l’approche du *conseil en trois étapes de la C-ANJE* et réduire le nombre d’étapes du conseil de cinq à trois.  Les paragraphes suivants décrivent comment modifier les cinq étapes de la formation de l’*Addendum RCEL* pour les adapter à l’approche du *conseil en trois étapes de la C-ANJE*.   |  |  | | --- | --- | | **Structure en cinq étapes de la formation de l’*Addendum RCEL*** | **Structure de *conseil en trois étapes de la C-ANJE*** | | Étape 1 : Accueillir les dispensateurs de soins  Étape 2 : Evaluer | Étape 1 : Evaluer | | Étape 3 : Analyser | Étape 2 : Analyser | | Étape 4 : Agir  Étape 5 : Résumer et clôturer | Étape 3 : Agir |   La formation s’appuie également sur des jeux de rôle pour s’entraîner à transmettre le contenu de l’*Addendum RCEL* dans le cadre de séances de groupe et de conseils individuels. Si vous utilisez les deux modalités, nous vous recommandons de conserver les jeux de rôle tels quels. Si vous n’utilisez l’*Addendum RCEL* que dans le cadre de séances de groupe ou de conseils individuels, modifiez les jeux de rôle pour qu’ils correspondent à la modalité que vous utilisez. Le jeu de rôle du « Manuel 5.1» peut être utilisé comme modèle pour un jeu de rôle de conseil individuel et le jeu de rôle du « Manuel 6.1 » peut être utilisé comme modèle pour un jeu de rôle de séance de groupe. |
| Facteurs à considérer pour l’adaptation de la formation de l’*Addendum RCEL* en fonction du contexte dans lequel la formation sera dispensée | Examiner les jeux de rôle et autres activités pour s’assurer que les scénarios et les discussions sont adaptés au contexte local. Cela peut inclure l’intégration de ce que vous avez appris dans l’analyse situationnelle des pratiques parentales à l’étape de planification 3, comme les bonnes pratiques que vous voulez renforcer ou les pratiques potentiellement nuisibles que vous voulez changer. |
| Facteurs à considérer pour l’adaptation de la structure et l’agenda de la formation de l’*Addendum RCEL* | Dans certains cas, il peut être difficile de réunir les conseillers pendant deux jours entiers pour les former à l’*Addendum RCEL* ou le budget peut être limité pour une formation complète. Chacune des compétences couvertes par la formation est importante pour que les conseillers soient préparés à l’utilisation de l’*Addendum RCEL*, mais une formation à faible intensité et à haute fréquence ou une structure de formation continue sur le lieu de travail pourrait être utilisée pour transmettre le contenu s’il n’est pas possible de réunir les stagiaires pendant deux jours consécutifs. Nous recommandons d’organiser les quatre premières séances en segments d’une demi-journée qui couvrent les compétences fondamentales essentielles en matière de soins attentifs, de conseil, de changement comportemental et de soins répondant aux besoins. Les modules suivants sont ensuite présentés dans le cadre de séances d’enseignement sur site d’une à deux heures, jusqu’à ce que tous les modules soient terminés. Les séances de supervision mensuelles ou d’autres réunions peuvent également être utilisées pour transmettre le contenu de manière modulaire.  Cette approche s’est avérée efficace pour la formation des prestataires de soins (Bluestone et al. 2013) et, dans certains cas, peut également être moins coûteuse (Willcox et al. 2019). Consultez le document [*Operational Guidance for Maternal and Child Survival Country Programs: In-Service Clinical Training (*](https://mcsprogram.org/resource/operational-guidance-maternal-child-survival-country-programs-service-clinical-training/)[*Guide Opérationnel pour les programmes nationaux de survie de la mère et de l’enfant) : Formation clinique en cours d’emploi,*](https://mcsprogram.org/resource/operational-guidance-maternal-child-survival-country-programs-service-clinical-training/) pour obtenir des suggestions supplémentaires sur l’application de cette approche. |
| Facteurs à considérer pour l’adaptation des illustrations et graphiques de formation de l’*Addendum RCEL* | Outre l’examen du contenu des ressources, les illustrations et les graphiques contenus dans le module de formation, dont certains sont tirés des *cartes conseils*, devront également être revus. Ces illustrations et graphiques se trouvent dans le support de formation. Elles devront être remplacées par les mêmes illustrations, adaptées à votre contexte, et utilisées dans vos *cartes conseils* adaptées de l’Addendum RCEL. |
| Facteurs à considérer pour les adaptations lorsque la technologie audiovisuelle est disponible | Le module de *l’Addendum RCEL* a été conçu pour être utilisé sans nécessiter de technologie particulière. Cependant, l’USAID Advancing Nutrition a développé des vidéos de formation complémentaires sur les compétences en matière de soins et de conseils adaptés, qui peuvent être utilisées lors de l’enseignement de certains concepts de cette formation. Les vidéos sur les soins répondant aux besoins sont disponibles sur le site web de [l’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/activities/responsive-care-videos). Pour des conseils plus spécifiques sur les cas où les vidéos peuvent être utilisées, voir l’[annexe 8](#bookmark=id.2nusc19). |

Outre les domaines d’adaptation suggérés, il existe d’autres éléments du module de formation qu’il **n’est pas** recommandé d’adapter. Ils sont repris dans le tableau de l’[annexe 8](#bookmark=id.2nusc19).

Étape 5. Pré-test du matériel adapté de *l’addendum RCEL*

Le pré-test des illustrations des *cartes conseils* et des messages clés et conseils pratiques permet de s’assurer que la conception et le contenu des supports reflètent le point de vue du public, et pas seulement l’opinion des responsables de programmes et du personnel créatif. Le pré-test permet aux membres de la communauté de participer activement à l’élaboration du support qu’ils utiliseront, renforçant ainsi la crédibilité de l’intervention. Grâce aux pré-tests, les programmes peuvent confirmer que le support est approprié, acceptable, compris et exploitable par les communautés et les individus qui le reçoivent. Sans pré-test, le support risque de transmettre des informations inutiles, non attrayantes ou de ne pas motiver quiconque à adopter le comportement suggéré ou à changer d’attitude ou de pratique.

Le pré-test au cours du processus de développement permet également d’économiser de l’argent, du temps et des ressources, car il est plus rentable de modifier le support avant qu’il ne soit finalisé, imprimé et distribué. Il est important de noter que le pré-test ne peut pas corriger des messages ou des contenus techniques médiocres. Les messages qui ne sont pas centrés sur le public, qui ne sont pas fondés sur des données scientifiques ou factuelles ou qui ne sont pas le produit d’une stratégie de communication cohérente ne peuvent pas être « corrigés » par le seul biais d’un pré-test.

Les étapes suivantes sont recommandées pour la phase de pré-test :

* Après avoir adapté les illustrations, la mise en page et le texte sur la base de l’examen technique, tester le contenu des *cartes conseils* auprès des utilisateurs finaux de l’*Addendum RCEL* (par exemple, les conseillers et les dispensateurs de soins) par le biais de discussions de groupe dirigées (DGD) ou d’entretiens approfondis (IDI). Un modèle de guide pour les discussions de groupe, présenté à l’[annexe 10](#bookmark=id.4du1wux), utilise un format qui pourrait également être utilisé pour les entretiens approfondis.
* Recueillir, lors des tests préliminaires, des informations sur le sexe et l’âge des dispensateurs de soins et des enfants dans les illustrations et les messages, afin d’éviter les distractions inutiles tout en assurant la diversité des rôles des hommes et des femmes dans la dispensation de soins et en atténuant les pratiques culturelles potentiellement préjudiciables liées aux normes en matière de genre. Par exemple, dans de nombreuses cultures, les parents traitent les enfants différemment en fonction de leur sexe, ou les pères ne participent pas à la prise en charge des jeunes enfants. Les illustrations, les graphiques et les activités de l’*Addendum RCEL* ont été créés pour répondre à ces questions. Toutefois, si ces derniers sont très choquants, les illustrations, les graphiques et les activités peuvent être adaptés.
* Examiner les résultats des DGD et des IDI avec les utilisateurs finaux de l’*Addendum RCEL* et décider si des modifications supplémentaires sont nécessaires, sur la base du consensus des principales parties prenantes.
* Travailler avec le(s) graphiste(s) pour mettre à jour ou modifier les illustrations, les graphiques et les mises en page, et avec le traducteur pour modifier le texte des titres des *cartes conseils,* des messages clés et des conseils pratiques en fonction des résultats des pré-tests et du consensus final des principales parties prenantes.

Consultez le guide [Compass for SBC](https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-conduct-pretest)  « *Comment conduire un Pré-test »* pour obtenir des conseils supplémentaires sur les pré-tests.

Considérations relatives à l’utilisation de groupes de discussion et d’entretiens dans le cadre du pré-test

Les groupes de discussion sont des discussions en petits groupes guidées par un facilitateur, au cours desquelles 8 à 12 représentants du public cible discutent de sujets particulièrement importants - en l’occurrence, les illustrations et les messages adaptés de l’*Addendum RCEL*. Les DGD sont une bonne méthode de pré-test car un certain nombre de personnes peuvent être interrogées en même temps, ce qui rend cette option rentable. Les répondants suscitent souvent des contributions supplémentaires de la part des autres participants, ce qui enrichit la discussion et le débat. En règle générale, chaque réunion dure entre une et deux heures. Lors de la sélection des participants au DGD, assurez-vous que les groupes sont composés d’individus présentant des caractéristiques similaires, telles que l’âge, le sexe ou le statut socio-économique, et qui, dans l’idéal, ne se connaissent pas. Les participants ont tendance à être plus détendus parmi les autres personnes ayant des antécédents identiques ou similaires. Lors du pré-test de l’Addendum *RCEL*, nous encourageons vivement les mères, les pères et les conseillers à participer à des groupes distincts. Les IDI peuvent également être utilisés pour explorer des questions particulièrement difficiles pour les individus et peuvent être utiles s’il y a des individus trop dominateurs ou trop affirmatifs dans un groupe de discussion. Il est important d’impliquer les principales parties prenantes et les conseillers techniques dans l’analyse des résultats du pré-test et de s’efforcer de parvenir à un consensus lorsque les résultats des différents groupes de discussion ou des IDI ne sont pas clairs ou se contredisent.

Étape 6. Modifier le matériel de l’*Addendum RCEL* en fonction du retour d’information du pré-test

Déterminer si d’autres modifications des illustrations, des graphiques et de la traduction sont nécessaires sur la base des résultats du pré-test et des réactions des principales parties prenantes au cours de l’analyse. Si des modifications supplémentaires sont nécessaires, travaillez avec l’équipe de révision technique, le graphiste et le traducteur pour modifier les illustrations, les graphiques, les messages clés et les conseils pratiques. Élaborer ensuite des plans pour l’impression et/ou la diffusion électronique de l’*Addendum RCEL*.

4. Préparation de la mise en œuvre

Vous préparerez la mise en œuvre après avoir achevé les étapes de planification et peut-être parallèlement à votre adaptation finale. Nous fournissons ici plus de détails sur comment utiliser l’*Addendum RCEL* dans le cadre de conseils individuels, de séances de groupe ou d’autres approches CSC. En outre, nous décrivons les étapes à suivre avant la première formation. Les informations contenues dans cette section peuvent également être utiles aux autres membres de votre équipe, y compris ceux qui assureront la gestion ou la supervision au jour le jour. Nous recommandons aux responsables de programme de lire également le *Guide du facilitateur*.

4.1 Utilisation des *cartes conseils* de *l’Addendum RCEL* dans le cadre d’un conseil individuel

Le matériel de conseil de l’*Addendum RCEL* suit une adaptation de l’approche de conseil *du C-ANJE* « Évaluer, Analyser et Agir », divisée en cinq étapes, qui sont couvertes dans le *Guide du Facilitateur*. Il existe également un manuel sur les cinq étapes et sur comment identifier les sujets prioritaires pour le conseil individuel dans les *cartes conseil*. Le conseil individuel peut avoir lieu lors d’une visite à domicile, lors d’une consultation dans un établissement de santé ou dans tout autre cadre privé. Il n’est pas possible ni approprié de conseiller les dispensateurs de soins sur tous les sujets en une seule séance. Les conseillers doivent éviter de lire à haute voix les messages clés et les conseils pratiques, car cela peut créer une barrière entre le conseiller et les dispensateurs de soins.

Votre plan de supervision ou de mentorat sera essentiel pour aider les conseillers à renforcer leurs compétences et leur confiance en eux afin de fournir des conseils personnalisés qui engagent activement le dispensateur de soins dans les discussions. En outre, lorsque vous planifiez votre programme, réfléchissez à la manière dont les conseillers programmeront les visites à domicile, aux personnes qui devraient participer à ces visites, en essayant notamment de les programmer de manière à permettre la participation des pères, et en fixant des attentes réalistes quant au nombre de visites à domicile effectuées par chaque conseiller.

4.2 Utilisation des cartes conseils de l’Addendum RCEL en groupe

L’Addendum RCELest également utile dans les groupes. Les séances de groupe peuvent prendre différentes formes. Nous utilisons le terme « séances de groupe » pour faire référence aux groupes de discussion interactifs où un facilitateur guide la discussion autour d’un sujet dans le but de promouvoir un changement de comportement. Les séances de groupe font appel à l’écoute active, en encourageant les membres du groupe à partager leurs expériences et à en discuter, en fournissant un retour d’information ou une motivation appropriée et en évitant de dire au groupe ce qu’il doit faire. Le facilitateur encourage les membres du groupe à proposer des solutions qu’ils pourront mettre en œuvre.

Les séances de groupe peuvent prendre différentes formes. Certains groupes peuvent se réunir régulièrement, c’est-à-dire que les mêmes membres se retrouvent tous les mois ou plus fréquemment. Certaines sont des réunions ponctuelles, où les participants ne se rencontrent plus après. D’autres sont des séances programmées régulièrement par un conseiller avec des groupes de personnes différents ou hétérogènes. Au cours d’une séance de groupe quelconque, l’*Addendum RCEL* peut être utilisé pour répondre à l’intérêt du groupe sur des sujets pour lesquels il aimerait en savoir plus, pour fournir des informations en fonction d’un calendrier de sujets établi ou pour fournir des informations en réponse à des préoccupations spécifiques. Les séances de groupe sont différentes des consultations individuelles. Elles offrent la possibilité d’un soutien par les pairs, mais ne constituent pas un lieu approprié pour aborder des sujets particulièrement sensibles ou individualisés. Les séances de groupe peuvent avoir lieu dans la communauté, dans les centres de santé, les centres de développement de la petite enfance ou lors de réunions communautaires régulières.

Le conseiller, ou le facilitateur du groupe, peut partager les *cartes conseils*, les messages clés et les conseils pratiques avec les dispensateurs de soins au cours de la séance de groupe et en discuter. Il existe un manuel sur les cinq étapes des séances de groupe et sur la manière de regrouper les sujets pour les séances de groupe dans les *cartes conseils*. En fonction de la taille des groupes, les *cartes conseils* peuvent être imprimées sous forme d’affiches ou de cartes plus grandes afin d’être plus facilement visibles. Les conseillers doivent être formés à l’animation d’une séance de groupe et à l’utilisation des outils de l’*Addendum RCEL* pour impliquer activement l’ensemble du groupe. Comme il n’est pas possible de couvrir tout le contenu de l’*Addendum RCEL* en une seule séance, nous suggérons de couvrir une à deux cartes par séance, ce qui peut inclure l’utilisation d’une carte de l’*Addendum RCEL* et d’une carte de l’ANJE au cours d’une même séance. Le fait de ne couvrir qu’une seule carte permet une discussion plus approfondie, mais il n’est peut-être pas possible d’organiser des séances de groupe distinctes pour chaque sujet abordé dans votre programme intégré. Il est raisonnable de combiner deux cartes au cours d’une même séance. Si votre groupe suit un programme structuré, vous pouvez planifier un ordre du jour qui couvre l’ensemble du contenu de l’*Addendum RCEL* ainsi que les sujets relatifs à la nutrition ou à la santé de votre module de formation de base sur la nutrition ou la santé de l’enfant. Cependant, si votre groupe n’est pas structuré de la même manière au fil du temps, les conseillers devront être prêts à utiliser l’approche en cinq étapes « Évaluer, Analyser et Agir » pour déterminer les sujets à aborder lors d’une séance donnée. L’[annexe 11](#bookmark=id.meukdy) présente les paires recommandées dans le module de formation de *l’Addendum RCEL* ; ces informations sont également résumées dans les *cartes conseils* pour référence sur le lieu de travail.

4.3 Utilisation du contenu de l’*Addendum RCEL* dans d’autres formats pour promouvoir le changement comportemental

L’*Addendum RCEL* utilise les cartes conseils comme une aide visuelle pour les séances de conseil individuelles ou en groupe. Il a été démontré que les cartes conseils illustrées améliorent la qualité des conseils et l’adoption de bons comportements de santé infantile par rapport aux mêmes conseils sans cartes dans certains contextes (Elder et al. 1992 ; Katepa-Bwalya et al. 2011). Vous pouvez envisager d’autres adaptations appropriées du contenu de l’*Addendum RCEL* en fonction de votre environnement, de la conception du programme et de l’approche communicationnelle. Toutes les illustrations de l’*Addendum RCEL* sont disponibles dans la [banque d’images UNICEF/USAID Advancing Nutrition ANJE](https://iycf.advancingnutrition.org/). La discussion ci-dessus dans la section 3 sur l’adaptation des illustrations fournit plus de détails sur comment utiliser la Banque d’images de l’ANJE, ainsi que sur la façon d’adapter les illustrations à votre contexte. Ces illustrations, ainsi que les messages clés et les conseils pratiques, peuvent également être utiles pour l’élaboration de matériels supplémentaires, tels que :

* Des affiches de motivation et d’information pour les locaux, les bureaux ou les centres où se réunissent les dispensateurs de soins de jeunes enfants
* Des versions agrandies des cartes conseil à présenter aux groupes, parfois imprimées sur un support imperméable ou plastifié pour une utilisation avec des groupes dans des espaces extérieurs
* Des brochures à emporter, telles que les brochures *C-ANJE* ; des cartes de petite taille sur des porte-clés ou des dépliants simples qui peuvent être distribués aux familles lors de conseils individuels afin de renforcer les messages clés
* Des outils de travail pour les conseillers, tels que des guides illustrés de questions et réponses, parfois appelés Foire aux questions (FAQ), qui fournissent des informations clés ou complémentaires que les conseillers peuvent avoir du mal à retenir de leur formation
* Des outils numériques qui intègrent des illustrations et des messages de conseil, tels que des manuels en format numérique pour les agents de santé communautaire ou des messages multimédias pour les dispensateurs de soins, qui peuvent être facilement partagés par le biais de groupes de messagerie et d’autres plateformes de médias sociaux
* Du contenu pour les médias sociaux afin de partager les illustrations et les messages clés avec les membres de la communauté et d’autres influenceurs clés.

Les illustrations doivent être liées aux messages clés et/ou aux conseils pratiques qu’elles sont censées transmettre lors de toute adaptation à différents supports. Prétester tout matériel supplémentaire, en suivant les étapes de pré-test de la section 3 sur l’adaptation, pour s’assurer que les messages sont clairs, pertinents et compris par le public.

Les encadrés 4 et 5 décrivent les expériences de mise en œuvre de la République Kirghize et du Ghana en matière d’adaptation du contenu de l’*Addendum RCEL* à d’autres formats afin de promouvoir le changement comportemental.

|  |
| --- |
| Encadré 4. Expérience de mise en œuvre : Brochures RCEL en République Kirghize  En [République Kirghize](https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/activities/integrating-responsive-care-and-early-learning-counseling-nutrition-services-kyrgyz-republic), l’USAID Advancing Nutrition a intégré l’Addendum RCEL dans la programmation de l’ANJE au niveau des établissements sanitaires et de la communauté. Pour soutenir ces efforts, l’USAID Advancing Nutrition a adapté au contexte kirghize les cartes conseils de l’Addendum RCEL destinées aux agents de santé et a élaboré deux brochures pour le conseil au niveau communautaire. Les activistes (bénévoles au niveau communautaire) utilisent ces brochures - l’une sur les soins répondant aux besoins et l’autre sur l’apprentissage précoce - lorsqu’ils rendent visite aux dispensateurs de soins à domicile et les laissent à la disposition des dispensateurs de soins et des autres membres de la famille pour qu’ils les lisent en intégralité. Cette approche est possible grâce au taux d’alphabétisation élevé (99 %) en République Kirghize. Ces brochures et leur processus de diffusion correspondent au format des brochures développées par le projet qui partageait des informations sur l’allaitement, l’alimentation de complément, la nutrition maternelle, la prévention de l’anémie et l’hygiène domestique. Le projet a développé ce matériel en coordination avec le gouvernement de la République Kirghize, en particulier le Centre républicain pour la promotion de la santé. Image miniature de la brochure en langue kirghize représentant un parent et son enfant communiquant sur la faim, à travers un bol de nourriture.Image miniature de la brochure en langue kirghize représentant un parent engageant un bébé avec un hochet. |

|  |
| --- |
| Encadré 5. Expérience de mise en œuvre : Organigramme pour guider la priorisation de la nutrition intégrée de l’enfant et du conseil en matière de développement de la petite enfance au Ghana  L’USAID Advancing Nutrition a intégré l’*Addendum RCEL* dans les services fournis par les agents de santé dans le nord du [Ghana](https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/activities/integrating-rcel-nutrition-services-ghana-tools-resources-findings), y compris les cliniques de protection de l’enfance, qui fournissent des services tels que le suivi et la promotion de la croissance. Des études menées dans le nord du Ghana ont montré que les agents de santé ont une grande capacité à fournir des services de suivi et de promotion de la croissance, mais qu’ils sont confrontés à de nombreux défis en matière de qualité des conseils notamment un taux de fréquentation élevé et une lourde charge de travail (Sulley et al. 2019 ; USAID Advancing Nutrition 2021). Par ailleurs, lors de la formation à l’*Addendum RCEL*, les participants ont exprimé le souhait d’obtenir davantage des orientations sur comment intégrer le contenu du RCEL au contenu de l’ANJE dans la pratique. Afin de rationaliser le flux de travail, de s’assurer que les enfants les plus exposés au risque de malnutrition ou de retard de développement bénéficient des consultations et d’ un soutien adapté ; et de simplifier les contacts pour ceux qui ne sont pas à risque, l’USAID Advancing Nutrition a collaboré avec le personnel du Service de santé du Ghana pour développer un outil de travail sous forme d’organigramme qui intègre le contenu du RCEL et de l’ANJE. Cet outil aide les agents de santé surchargés à décider des enfants à examiner en priorité et des sujets à aborder en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant, ainsi que des préoccupations du dispensateur de soins au fur et à mesure du contact avec le service. L’organigramme utilise les illustrations de l’*Addendum RCEL* et d’autres outils de travail existants (par exemple, le carnet de santé de la mère et de l’enfant) comme repères visuels pour les différents sujets qu’ils peuvent couvrir et les ressources (par exemple, les cartes conseils) qu’ils peuvent utiliser pendant la consultation en fonction de leurs priorités au cours de l’interaction.Brochure de l'USAID, montrant un organigramme pour une clinique de protection de l'enfance. |

4.4 Préparation de la formation et du déploiement

Après avoir élaboré votre plan de formation et adapté le module de formation à vos besoins, il est temps de passer aux dernières étapes de la préparation de votre formation. Une bonne formation nécessite une préparation préalable afin de s’assurer que toute la logistique (c’est-à-dire le matériel, le lieu, les invitations, les autorisations), les facilitateurs et les participants sont prêts pour le début de la formation. L’[annexe 12](#bookmark=id.2koq656) présente une liste de contrôle pour la préparation de la formation. De plus amples informations concernant le nombre d’exemplaires à imprimer et les spécifications d’impression des documents du Module de formation figurent dans le *Guide du facilitateur*, dans la section « Vue d’ensemble ».

À ce stade, vous devez déterminer vos besoins en matière de formation, par exemple-

* Déterminer le nombre de conseillers que vous allez former et le nombre de séances nécessaires pour former ce nombre de conseillers, en supposant un maximum idéal de 20 à 25 participants par formation, afin de garantir une attention suffisante pendant les séances de formation interactives et un temps adéquat pour la pratique.
* Déterminer le nombre total de formations et le nombre total de facilitateurs dont vous aurez besoin pour mettre en œuvre le programme, en supposant que chaque formation nécessite un minimum de deux facilitateurs. Le ratio idéal facilitateur/participants est d’un facilitateur pour 10 à 12 participants, ce qui garantit un retour d’information et un soutien suffisant tout au long de la formation.
* Identifiez les facilitateurs principaux qui animeront la formation des facilitateurs et les personnes qui participeront à la formation des facilitateurs. Chaque personne formée en tant que facilitateur doit pouvoir s’engager à mener au moins deux formations par an et à pratiquer régulièrement les techniques de conseil dans le cadre de son travail clinique ou communautaire.
* Prévoyez la présence d’un facilitateur principal, ou d’un facilitateur très performant, à chaque séance de formation, afin de soutenir les facilitateurs plus juniors ou nouveaux. Cela est important pour garantir la qualité de la formation et renforcer les capacités de tous les facilitateurs.
* La supervision et le suivi post-formation sont essentiels pour développer les compétences en matière de conseil. Avoir un plan de supervision qui laisse du temps aux superviseurs pour résoudre les problèmes avec les conseillers lorsque ces derniers appliquent les compétences acquises lors de la formation dans leur pratique quotidienne.

L’annexe 5 du *Guide du facilitateur* contient également un ordre du jour recommandé pour la journée de préparation et un ordre du jour détaillé pour le facilitateur. Ils peuvent être utilisés pour préparer et dispenser les formations.

5. Suivi et évaluation

Vous devrez élaborer un plan de suivi et d’évaluation pour comprendre comment l’Addendum *RCEL* est utilisé et si son utilisation contribue aux objectifs du programme. Le plan de suivi et d’évaluation devra s’aligner sur la conception du programme. Élaborez le plan de suivi et d’évaluation en même temps que le plan de mise en œuvre au cours de la phase de planification du cycle du programme, en collaboration avec votre groupe de parties prenantes multisectorielles. Assurez-vous de prévoir des moments réguliers pour l’examen des données avec le groupe de parties prenantes multisectorielles. La portée de votre plan de suivi et d’évaluation dépendra de la conception du programme, de son ampleur, de son stade de mise en œuvre et des ressources disponibles. L’encadré 6 donne des définitions du suivi et de l’évaluation, qui sont distinctes et répondent à des objectifs différents. Au minimum, le suivi est essentiel et permettra de tirer des enseignements importants pour l’amélioration des programmes. L’évaluation peut fournir des informations supplémentaires sur les résultats et l’impact de votre programme. Une évaluation nécessite une planification dès le début du processus de planification de votre programme et des ressources dédiées. La conception de l’évaluation peut être simple ou complexe ; les coûts augmentent avec la complexité. Dans ce guide, nous nous concentrons sur le suivi de la mise en œuvre afin de comprendre ce qui se passe et quels sont les résultats lorsque l’*Addendum RCEL* est utilisé dans le cadre d’un programme fondamental de nutrition ou de santé infantile.

|  |
| --- |
| Encadré 6. Définitions du suivi et de l’évaluation  **Suivi :** La collecte, l’analyse et l’utilisation régulière, continues et systématique d’informations afin d’évaluer les progrès accomplis.  **Évaluation :** Une évaluation des programmes, des organisations, des stratégies ou des politiques pour comprendre les résultats attendus par rapport aux résultats obtenus, et peut concerner soit les processus, les coûts, l’impact, la durabilité ou d’autres aspects.  Sources consultées pour les définitions : [Banque mondiale](https://ieg.worldbankgroup.org/what-monitoring-and-evaluation), [Groupe d’évaluation des Nations unies](https://www.who.int/about/what-we-do/evaluation), [*Manuel de soins attentifs*](https://nurturing-care.org/handbook/)*,* [*USAID Evaluation*](https://usaidlearninglab.org/evaluation-toolkit)Toolkit*,* [*USAID Monitoring Toolkit*](https://usaidlearninglab.org/monitoring-toolkit). |

5.1 Élaboration du plan de suivi et d’évaluation

Vous choisirez les éléments à suivre et à évaluer en fonction des objectifs de votre programme. Il existe de nombreux outils, tels que les théories du changement, les modèles logiques et les parcours de mise en œuvre des programmes, qui sont utiles pour concevoir votre programme et comprendre comment il devrait produire l’impact souhaité. Votre plan comprendra des indicateurs à différents niveaux, allant des intrants du programme à son impact (encadré 7). Se concentrer sur le nombre minimum d’indicateurs essentiels requis pour comprendre et rendre compte des progrès du programme, et viser à assurer la qualité de la collecte, de l’analyse et de l’utilisation des données de ces indicateurs clés plutôt que d’essayer de mesurer tout ce qu’il est possible de mesurer. Lors du choix des indicateurs à inclure en priorité, assurez-vous qu’ils sont mesurables, qu’il est possible de les collecter avec précision à des périodes différentes et qu’ils sont pertinents pour votre programme. Par exemple, au début de la mise en œuvre, vous pouvez vous concentrer sur la compréhension approfondie de la manière dont le programme est mis en œuvre, comme les capacités de la main-d’œuvre et la mise en œuvre, la portée et la participation, et la manière dont le programme est perçu par les participants (Aboud et Prado 2018). En revanche, si vous êtes dans une phase de mise à l’échelle, vous vous intéresserez à comprendre comment le programme est mis en œuvre à grande échelle, en mettant l’accent sur la qualité, la fidélité et l’équité de la portée du programme. Enfin, avant d’envisager la collecte de nouvelles données, il faut toujours tenir compte des données de routine qui peuvent déjà être collectées et qui peuvent informer la mise en œuvre du programme.

|  |
| --- |
| Encadré 7. Définitions des intrants, des extrants, des résultats et de l’impact  **Intrants :** Le matériel ou les ressources qu’un programme utilise pour sa mise en œuvre, tels que l’argent, les ressources humaines, les outils, etc.  **Extrants :** Conséquences ou produits tangibles, immédiats et prévus des activités du programme  **Résultats :** Les conséquences d’un programme qui peuvent souvent être liées à des changements dans les connaissances, les attitudes ou les pratiques  **Impact :** Les conséquences des programmes qui sont liées à l’objectif final et, souvent, les conséquences à plus long terme.  Sources consultées pour les définitions : [Banque mondiale](https://ieg.worldbankgroup.org/what-monitoring-and-evaluation), [Groupe d’évaluation des Nations unies](https://www.who.int/about/what-we-do/evaluation), [*Manuel de soins attentifs*](https://nurturing-care.org/handbook/)*,* [*USAID Evaluation*](https://usaidlearninglab.org/evaluation-toolkit)Toolkit*,* [*USAID Monitoring Toolkit*](https://usaidlearninglab.org/monitoring-toolkit). |

Quoi mesurer

Intrants

Vous pouvez peut-être contrôler les intrants nécessaires au programme et vérifier s’ils ont été alloués de manière adéquate pour la mise en œuvre du programme. Le suivi des intrants peut être particulièrement utile pour l’évaluation des coûts. Parmi les intrants potentiellement pertinents, on peut citer les allocations budgétaires, les ressources humaines (expertise technique, fonctions de gestion ou de coordination, conseillers, superviseurs/mentors) et les plateformes fonctionnelles de prestation de services (cliniques, réunions communautaires ou groupes de parents, services de visites à domicile).

Extrants

Envisagez de mesurer les extrants liés à la main-d’œuvre, tels que le nombre de personnes formées et le nombre de personnes ayant amélioré leurs connaissances ou leurs compétences immédiatement après la formation, ainsi que les résultats liés à la prestation de services en cours, tels que la portée et la couverture des services et la participation aux programmes. Pour le suivi de la mise en œuvre, il convient d’examiner la fidélité à l’exécution prévue des composantes essentielles du programme, ainsi que les attentes et la satisfaction des participants. Pour mesurer les extrants, il est important de désagréger les données (encadré 8). Voici quelques indicateurs potentiels à inclure :

* Formation
  + Proportion de conseillers démontrant leur compétence dans l’utilisation de l’*Addendum RCEL* immédiatement après la formation
  + Nombre de conseillers dispensant le programme à l’issue de la formation
* Portée et couverture
  + Proportion de dispensateurs de soins ayant bénéficié de l’*Addendum RCEL*, désagrégée par sexe et par handicap
  + Proportion de dispensateurs de soins ayant suivi un nombre minimum de contacts ou de séances du programme, désagrégé par sexe et par handicap
* Fidélité du programme
  + Proportion de conseillers qui ont appliqué les composantes essentielles du programme avec fidélité lors des visites de supervision
  + Proportion de dispensateurs de soins ayant déclaré avoir reçu les composantes essentielles du programme, désagrégée par sexe et par handicap
* Attente et satisfaction
* Proportion de dispensateurs de soins se déclarant très satisfaits du programme, désagrégée par sexe et par handicap
* Proportion de dispensateurs de soins qui recommanderaient le programme à d’autres personnes, désagrégé par sexe et par handicap

Résultats

L’*Addendum RCEL* promeut principalement deux composantes essentielles de soins attentifs - les soins répondant aux besoins et l’apprentissage précoce - qui sont des résultats requis au long du processus d’impact pour améliorer le DPE (Black et al. 2017). En outre, l’Addendum *RCEL* encourage les dispensateurs de soins à prendre soin d’eux-mêmes afin d’améliorer leur bien-être, réduire le stress et augmenter le recours aux soins en cas de troubles de développement, de difficultés d’alimentation ou d’inquiétudes concernant la santé mentale du dispensateur de soins. Le programme de base que vous utilisez avec l’*Addendum RCEL* aura également des résultats spécifiques à atteindre, tels qu’un régime alimentaire adéquat et l’état nutritionnel de l’enfant. Votre plan de suivi et d’évaluation doit couvrir l’ensemble du programme intégré que vous mettez en œuvre plutôt que de se concentrer uniquement sur l’*Addendum RCEL*. Lorsque vous choisissez vos indicateurs de résultats, nous vous recommandons de consulter le chapitre « Action stratégique 4 : Suivre les progrès » du [*Manuel de soins attentifs*](https://nurturing-care.org/handbook/) pour obtenir des conseils sur les derniers indicateurs normalisés de soins attentifs (OMS 2021). Actuellement, des indicateurs normalisés pour les soins et l’apprentissage précoce de la naissance à l’âge de trois ans sont en cours d’élaboration.

Impact

L’objectif ultime de l’*Addendum RCEL* est de contribuer à l’amélioration du développement de la petite enfance, avec d’autres interventions complémentaires qui promeuvent et soutiennent les soins attentifs (Black et al. 2017). La mesure du développement de l’enfant est un défi, compte tenu des changements rapides et de la complexité du développement au cours des premières années de la vie, ainsi que du manque d’outils normalisés et validés pour mesurer le développement de la petite enfance dans de nombreux contextes. L’OMS dirige les efforts visant à mettre au point l’[échelle mondiale du développement précoce](https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/global-scale-for-early-development), qui constitue un outil d’accès gratuit et pertinent à l’échelle mondiale pour mesurer le développement holistique des enfants. La [Boîte à outils pour mesurer le développement de la petite enfance dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la *Banque mondiale*](https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29000) est une excellente ressource pour identifier d’autres mesures.

|  |
| --- |
| Encadré 8. Mesurer l’équité et l’inclusion : Données désagrégéés par sexe et par handicap.  Nous vous recommandons également d’envisager de désagréger les indicateurs que vous choisissez par sexe et par handicap, dans la mesure du possible, afin de comprendre l’équité de la participation dans votre programmation et vos résultats. La désagrégation par handicap des enfants de moins de deux ans est particulièrement difficile, et il peut être plus approprié de désagréger les facteurs mesurables qui mettent les enfants « à risque » de handicap potentiel. Vous pouvez procéder par exemple en indiquant les enfants qui ne respectent pas les stades attendus d’une liste de contrôle des stades du développement local, en désagrégeant par scores faibles sur une échelle de résultats d’indicateurs du DPE si vous menez une évaluation, ou en désagrégeant les résultats par d’autres facteurs de risque (par exemple, la prématurité, la dénutrition, l’extrême pauvreté).  Pour plus d’informations, consultez les ressources utiles suivantes :   * [Groupe de Washington sur les statistiques des incapacités](https://www.washingtongroup-disability.com/): Mesures fiables et valides du fonctionnement à partir de l’âge de deux ans et jusqu’à l’âge adulte. Bien qu’elles ne soient pas adaptées à la tranche d’âge visée par l’*Addendum RCEL*, ces ressources sont les plus utilisées dans le monde entier pour mesurer le handicap et vous permettront d’évaluer l’intégration des dispensateurs de soins handicapés dans vos services. * Le rapport de l’OMS intitulé « [*Monitoring Children’s Development in Primary Care Services » (Suivi du développement des enfants dans les services de soins primaires*](https://www.who.int/publications/i/item/9789240012479) ) passe utilement en revue les facteurs potentiels à surveiller pour identifier les enfants, surtout ceux âgés de moins de deux ans, qui risquent d’avoir un trouble de développement en raison de divers facteurs individuels, familiaux ou communautaires. * La boîte à outils de l’UNICEF sur l [*‘égalité des*](https://gdc.unicef.org/resource/gender-toolkit-integrating-gender-programming-every-child-south-asia) sexes fournit des conseils pratiques sur l’intégration de l’égalité des sexes tout au long du cycle du programme, y compris des détails utiles sur le suivi et l’évaluation. |

Quand mesurer :

Le suivi doit être un processus continu mis en œuvre selon un calendrier réalisable permettant une collecte de données de qualité, une analyse appropriée, le partage d’informations avec les principales parties prenantes et l’utilisation d’informations pour la prise de décision. Les données de suivi (généralement les intrants et les extrants) sont généralement collectées tous les trimestres ou tous les semestres. Nous recommandons que l’équipe principale du programme collecte, analyse et examine trimestriellement les données. Des discussions plus larges avec les parties prenantes sur l’évolution des données sont probablement plus appropriées et réalisables sur une période moins fréquente, par exemple deux fois par an ou une fois par an. Si vous envisagez de faire une évaluation, vous devrez planifier à l’avance les données de base à collecter avant le lancement du programme et définir le calendrier de la collecte des données de suivi. Les données sur les résultats sont généralement collectées dans le cadre de l’évaluation d’un programme, en général au début, à mi-parcours et à la fin du programme. Les données d’impact peuvent être collectées ou non, en fonction des ressources disponibles.

5.2 Intégration de l’apprentissage et de l’amélioration

Les données de suivi doivent être examinées fréquemment par les parties prenantes multisectorielles et utilisées pour promouvoir l’apprentissage et l’amélioration continue. La nature intégrée des programmes utilisant l’*Addendum RCEL* signifie que de nombreux acteurs et secteurs sont impliqués et que la fourniture de services équitables et de qualité nécessitera considérablement une collaboration, un apprentissage et une adaptation au fil du temps afin d’affiner et de maintenir la planification à l’échelle. Nous recommandons de consulter la [Boîte à outils Collaboration, apprentissage et adaptation (CLA)](https://usaidlearninglab.org/cla/cla-toolkit) pour obtenir des conseils supplémentaires sur l’intégration de la CLA dans le cycle du programme.

Références

Aboud, Frances E. s.d. Manuel *de parentalité adapté.* Montréal, Canada : Université McGill. Consulté le 15 juin 2023. <https://www.mcgill.ca/psychology/frances-e-aboud>.

Aboud, Frances E., et Elizabeth Prado. 2018. « Mesurer la mise en œuvre des programmes de développement de la petite enfance ». *Annales de l’Académie des sciences de New York* 1419 :249-63. [doi.org/10.1111/nyas.13642](http://doi.org/10.1111/nyas.13642).

Aboud, Frances E., et Sadika Akhter. 2011. « Évaluation randomisée par grappes d’une intervention de stimulation et d’alimentation sensible aux besoins de l’enfant au Bangladesh. » *Pediatrics* 127(5): e1191-97. [doi.org/10.1542/peds.2010-2160](http://doi.org/10.1542/peds.2010-2160).

Black, Maureen, Susan P. Walker, Lia C. H. Fernald, et al. 2017. « Early Childhood Development Coming of Age: Science through the Life Course. » *The Lancet* 389(10064) :77–90. [doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).

Bluestone, Julia, Peter Johnson, Judith Fullerton, et al. 2013. « Conception et mise en œuvre efficaces de la formation en cours d’emploi : résultats d’une analyse documentaire intégrée. » *Ressources humaines pour la santé* 11(51). [doi.org/10.1186/1478-4491-11-51](https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-51).

Britto, Pia R., Stephen J. Lye, Karrie Proulx, et al. 2017. « Soins attentifs : promouvoir le développement de la petite enfance. » *The* *Lancet* 389(10064) :91–102. [doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3).

Elder, J.P., T. Louis, O. Sutisnaputra, N.S. Sulaeiman, L. Ware, W. Shaw, C. de Moor et J. Graeff 1992. « L’utilisation de cartes conseils sur la gestion de la diarrhée pour la formation des bénévoles en santé communautaire en Indonésie : le projet HealthCom. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 95(5) :301–08. Consulté le 12 janvier 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1404550/>.

Georgieff, Michael K., Sara E. Ramel, et Sarah E. Cusick. 2018. « Influences nutritionnelles sur le développement du cerveau ». Acta Paediatrica 107(8) :1310-21. [doi.org/10.1111/apa.14287](http://doi.org/10.1111/apa.14287).

Hromi-Fielder, Amber, Rafael Pérez-Escamilla, Sofia Segura- Pérez, Aashima Garg et France Bégin. 2022. « Évaluer le contenu en soins nourriciers du kit de conseil communautaire de l’UNICEF sur l’alimentation des nourrissons et des jeunes enfants : Lacunes, meilleures pratiques et leçons apprises ». *Développements récents dans le domaine de la nutrition* 6(3) : nzac018. [doi.org/10.1093/cdn/nzac018](https://doi.org/10.1093/cdn/nzac018).

Institut de recherche en santé des Caraïbes. 2021. « Reach Up (Tendez la main) ». Kingston, Jamaïque : Université des Indes occidentales. Consulté le 14 février 2021. [https://www.reachupandlearn.com](https://www.reachupandlearn.com/).

Katepa-Bwalya, Mary, Chipepo Kankasa, Olusegun Babaniyi, et Seter Siziya. 2011. « Effet de l’utilisation de cartes conseils sur le VIH et l’alimentation des nourrissons sur la qualité des conseils fournis aux mères séropositives : Une étude contrôlée randomisée en grappes ». *International Breastfeeding Journal* 6(1) :1-10. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-6-13>.

Kumpfer, Karol, Catia Magalhães, et Jing Xie. 2017. « Adaptation culturelle et mise en œuvre d’interventions familiales fondées sur des données probantes auprès de populations diverses ». *Prevention Science* 18 :649-659. [doi.org/10.1007/s11121-016-0719-3](https://doi.org/10.1007/s11121-016-0719-3).

Lamstein, Sascha, et Kelsey Torres. 2021. « Un examen des modules de prestation de services liés à la nutrition : contenu de la formation dispensée aux prestataires ». *Emergency Nutrition Network Field Exchange* 64 : 97–98. Consulté le 12 janvier 2022. <https://www.ennonline.net/fex/64/nutritionservicedeliverypackages>.

LSHTM (London School of Hygiene and Tropical Medicine). 2019. *BabyUbuntu : Le guide du facilitateur du programme d’intervention précoce ABAnNA.* Londres : LSHTM. Consulté le 13 juin 2023. <https://www.ubuntu-hub.org/resources/babyubuntu/>.

Luoto, Jill E., Italo Lopez Garcia, Frances E. Aboud, et al. 2021. « Group-based Parenting Interventions to Promote Child Development in Rural Kenya : A Multi-arm, Cluster-randomised Community Effectiveness Trial. » *The Lancet Global Health* 9(3) : e309-19. [doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30469-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30469-1).

OMS (Organisation mondiale de la santé), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l’enfance) et MS (Ministère de la santé) Zimbabwe. 1997. « Play. » In Let’s Communicate. « Jeu. » Dans Let’s Communicate. Section 9. Genève, OMS. Consulté le 13 juin 2023. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63851/WHO_RHB_97.1_9.pdf>.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2020a. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Améliorer le développement de la petite enfance : Ligne directrice de l’OMS. Genève, OMS. Consulté le 13 juin 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2020b. Monitoring Children’s Development in Primary Care Services. Suivi du développement des enfants dans les services de soins primaires. Genève, OMS. Consulté le 13 juin 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012479>.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2021. Nurturing Care Handbook - Manuel de soins attentifs. Genève, OMS. Consulté le 3 mars 2021. <https://nurturing-care.org/handbook/>.

OPS (Organisation panaméricaine de la santé) et UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l’enfance). 2017. Les soins pour le développement de l’enfant : adapté à la région de l’Amérique latine et des Caraïbes. Ville de Panama Panama City : OPS. Consulté le 13 juin 2023. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51366>.

Pedersen, Brian. 2017. « Engager les hommes, renforcer l’impact : L’utilisation de la recherche participative pour améliorer l’allaitement dans le projet Amalima ». Présentation Consulté le 6 avril 2021. <https://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/engaging_men_enhancing_impact_-_using_participatory_research_to_improve_breastfeeding.pdf>.

Sense. 2017. *Intégrer le jeu : Une boîte à outils pour les parents.* Londres : Sense. Consulté le 13 juin 2023. <https://www.maketime2play.co.uk/wp-content/uploads/2017/06/making-play-inclusive-parents.pdf>.

Singla, Daisy R., Elias Kumbakumba, et Frances E. Aboud. 2015. « Effets d’une intervention parentale sur le bien-être psychologique de la mère et sur le développement et la croissance de l’enfant dans les zones rurales d’Ouganda) : Essai communautaire randomisé en grappes. » *The Lancet Global Health* 3.8: e458-e469. [doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00099-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00099-6)

Sulley, I., A. R. Abizari, Z. Ali, W. Peprah, H. G. Yakubu, W. W. Forfoe, et M. Saaka. 2019. « Les pratiques de suivi et de promotion de la croissance chez les agents de santé peuvent être sous-optimales malgré des scores de connaissances élevés. *BMC Health Services Research*, 19(1):267. [doi.org/10.1186/s12913-019-4103-4](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4103-4).

Tropical Medicine Research Institute. 2016. ReachUp Adaptation and Planning Manual: Cultural Adaptation and Program Implementation Guidelines. Mona, Jamaïque : University of the West Indies. Consulté le 13 juin 2023. <https://reachupandlearn.com/the-package/>.

*UNICEF (Fonds des Nations Unis pour l’Enfance). 2012. Community Infant and Young Child Feeding Counselling Package: Planning Guide.* New York : UNICEF. Consulté le 13 juin 2023. <https://www.unicef.org/media/108381/file/Planning%20Guide.pdf>.

The Manoff Group. 2021. *Negotiation Research.* Washington, DC: The Manoff Group. <https://www.manoffgroup.com/signature-solutions/negotiation-research/>.

USAID (Agence des États-Unis pour le développement international). 2021. *Automated Directives System 201: Operational Policy for the Program Cycle.* Washington, DC : Bureau for Policy, Planning and Learning. <https://www.usaid.gov/ads/policy/200/201>.

USAID Advancing Nutrition 2020. *Frontline Nutrition Service Delivery: A Comparison of Packages for Policymakers and Program Managers.* Arlington, VA: USAID Advancing Nutrition. <https://www.advancingnutrition.org/resources/frontline-nutrition-service-delivery-comparison-packages-policymakers-and-program>.

USAID Advancing Nutrition, 2021. *Growth Monitoring and Promotion in Northern Ghana: A Case Study Narrative.* Arlington, VA: USAID Advancing Nutrition. <https://www.advancingnutrition.org/resources/growth-monitoring-and-promotion-northern-ghana-case-study-narrative>.

USAID Learning Lab. N.d. « Program Cycle. ». Consulté le 8 mars 2021 [https://usaidlearninglab.org/program-cycle-overview-page.](https://usaidlearninglab.org/program-cycle-overview-page)

Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations unies pour l’enfance, Groupe de la Banque mondiale. 2018. *Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s’épanouir l afin de transformer la santé et le potentiel humain.* Genève, OMS. Consulté le 13 juin 2023. <https://nurturing-care.org/>.

Willcox, Michelle, Amnesty LeFevre, Enid Mwebaza, Josephine Nabukeera, Gabrielle Conecker and Peter Johnson. 2019. « Cost Analysis and Provider Preferences of Low-Dose, High-Frequency Approach to In-service Training Programs in Uganda ». *Journal of Global Health* 9(1) : 010416. [doi.org/10.7189%2Fjogh.09.010416](https://dx.doi.org/10.7189%2Fjogh.09.010416).

Annexe 1. Résumé des possibilités d’intégration de l’*Addendum RCEL* dans les programmes communs de santé, de nutrition et de développement de l’enfant

| **Module** | **Description du programme** | **Contribution de l’*Addendum RCEL*** | **Considérations importantes pour l’adaptation** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Santé maternelle** | | | |
| [Soins Prénatals (SP)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912) | Les lignes directrices de l’OMS en matière de soins prénatals recommandent huit visites pendant la grossesse pour une expérience positive de la grossesse et la fourniture d’un dépistage et d’un diagnostic de routine, ainsi que la promotion de la santé.  **Tranche d’âge :** Grossesse  **Prestataires de services :** Agents de santé, souvent avec le soutien des agents de santé communautaires  **Modalité de service :** Individuel (principalement)  **Localisation des services :** Établissements de santé (principalement) | Les soins prénatals offrent l’occasion de discuter de l’importance des soins attentifs et de la période de la petite enfance avant la naissance de l’enfant. | Mettez l’accent sur les contenus qui sont particulièrement pertinents pendant la grossesse, comme la façon dont les bébés entendent avant leur naissance et la façon dont les personnes qui s’occupent d’eux peuvent parler ou chanter à leur bébé, ou la façon dont la nutrition et la santé de la mère pendant la grossesse peuvent affecter le développement de l’enfant plus tard dans la vie.  Une approche de conseils préventifs pourrait être utilisée pour fournir, lors des visites SP ultérieures, des messages appropriés pour les premières semaines et les premiers mois suivant l’accouchement.  Il n’existe pas d’outil ou de module de formation standard pour les soins prénatals, de sorte que les adaptations devraient refléter la modalité et les outils utilisés pour la fourniture de soins prénatals dans le contexte spécifique. |
| **Santé des nouveau-nés et des enfants** | | | |
| [Soins essentiels du nouveau-né (SEN)](http://www.emro.who.int/child-adolescent-health/newborn-health/early-childhood-development.html) | Fournit les soins essentiels et vitaux pendant la période la plus vulnérable de la vie d’un bébé.  **Tranche d’âge :** De la naissance à sept jours  **Prestataires de services :** Agents de santé  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services** :Établissements de santé | La consultation dans le cadre des SEN est l’occasion de se concentrer sur l’apprentissage des signes du nouveau-né et des aspects essentiels de la RCEL pour la période néonatale. | Les SEN se concentrent sur les soins immédiats au cours de la première semaine de vie et le contenu de l’*Addendum RCEL* devrait être abrégé pour s’aligner sur cette courte tranche d’âge et sur les messages prioritaires concernant les nouveau-nés.  L’allaitement maternel précoce et exclusif et les soins corps à corps sont encouragés dans le cadre des SEN et sont des moyens pour fournir des soins répondant aux besoins. Étant donné la nature immédiate des soins essentiels après la naissance, l’utilisation de l’Addendum *RCEL* devrait se concentrer sur les soins répondant aux besoins en tant que pratique fondamentale pour les soins attentifs. |
| [Soins aux nouveau-nés petits et malades](https://www.who.int/publications/i/item/9789240010765) | Soins spécialisés pour les nouveau-nés qui offrent des services d’hospitalisation, et idéalement de suivi, aux enfants nés prématurément, présentant une insuffisance pondérale à la naissance ou un état pathologique nécessitant de soins hospitaliers.  **Tranche d’âge :** De la naissance à un mois (en général)  **Prestataires de services :** Agents de santé  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Établissements de santé | L’occasion de se concentrer sur les pratiques de soins répondant aux besoins et sur la prise en charge du dispensateur de soins, car le stress est fréquent chez les parents d’un enfant hospitalisé dans une unité de soins néonatals. Ceci est décrit dans les normes de l’OMS [*pour l’amélioration de la qualité de soins aux nouveau-nés petits et malades dans les établissements de santé*](https://www.who.int/publications/i/item/9789240010765) (norme 6).  Les nouveau-nés petits et malades courent un risque accru de souffrir de troubles de développement, de difficultés d’alimentation et de handicaps ; le RCEL est donc particulièrement important pour ces enfants. Toutefois, il convient d’éviter les stimulations excessives ou inadaptées au stade de développement, d’où la nécessité de disposer de plus d’informations. | L’*Addendum RCEL* s’aligne sur les soins de développement centrés sur le nourrisson et la famille recommandés pour tous les nouveau-nés.  Le contenu de l’*Addendum RCEL* devrait être abrégé pour s’aligner avec les messages prioritaires concernant les nouveau-nés. Des pratiques de soins spécifiques, telles que les soins kangourou, devraient être mises en avant dans le cadre de soins répondant aux besoins des nouveau-nés petits.  Les soins de développement pour les nouveau-nés, petits et malades sont très importants. Cependant, des conseils spécifiques sur les niveaux de stimulation appropriés sont essentiels compte tenu de l’immaturité des nouveau-nés prématurés, et une sursimulation peut être dangereuse.  Le conseil sur le RCEL peut être plus approprié au moment de la sortie, lorsque l’enfant est stable et se développe bien, ou pendant le suivi après la sortie. |
| [Soins postnatals (PNC)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989) | Les directives de l’OMS en matière de soins prénatals recommandent quatre visites postnatales pour surveiller les signes de danger, la santé du bébé et de la mère, et fournir des conseils.  **Tranche d’âge :** De la naissance à six semaines  **Prestataires de services :** Agents de santé et agents de santé communautaire  **Modalité de service :** Individuel (principalement)  **Localisation des services :** Établissements de santé, à domicile | Il fournit des conseils pour mettre en œuvre les lignes directrices de l’OMS sur la promotion du jeu et de la communication, ainsi que des messages importants sur les soins répondant aux besoins et sur la prise en charge du dispensateur de soins. | Le contenu de l’*Addendum RCEL* va bien au-delà de la période PNC. Certains contenus, tels que le suivi du développement, les difficultés d’alimentation et les messages destinés aux nourrissons et aux enfants plus âgés, devraient être modifiés ou supprimés.  Une approche de conseils préventifs pourrait être utilisée pour les messages diffusés au cours des premiers mois de la vie. Cela pourrait être inclus dans la séance de conseil avant la sortie de l’hôpital.  Il n’existe pas d’outil ou de module de formation standard pour les soins postnatals, de sorte que les adaptations doivent refléter les modalités et les outils utilisés pour les soins postnatals dans le contexte spécifique. |
| [Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l’enfant (PCIMNE)](https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/child-health/integrated-management-of-childhood-illness) | Un module destiné aux prestataires de soins de santé pour évaluer, classer et prendre en charge les maladies infantiles courantes afin de prévenir la mortalité et la morbidité.  **Tranche d’âge :** De la naissance à cinq ans  **Prestataires de services :** Agents de santé  **Modalité du service** : Individuel  **Localisation des services** : Établissements de santé | Des messages de conseil pour le RCEL, ainsi que des discussions sur le suivi du développement de l’enfant. | L’ *Addendum RCEL* s’adresse aux enfants de la naissance à deux ans, il serait donc nécessaire de développer des activités adaptées à l’âge des enfants.  Les infirmières formées à la PCIMNE peuvent avoir besoin d’une formation supplémentaire sur les compétences en matière de conseil ou sur le contenu spécifique de l’ANJE requis pour l’utilisation de l’*Addendum RCEL* (par exemple, résoudre des difficultés d’allaitement).  Les supports de conseil sur la PCIMNE se trouvent à l’arrière d’une brochure contenant l’algorithme complet de la PCIMNE. Les *cartes conseils* seraient un outil supplémentaire, ou les documents de l’*Addendum RCEL* devraient être condensés pour s’intégrer dans le format actuel.  La PCIMNE est fournie en cas de maladie aiguë, et les visites des enfants bien portants peuvent être plus adaptées à des conseils généraux sur le RCEL. |
| [Gestion communautaire intégrée des cas (iCCM)](https://www.childhealthtaskforce.org/hubs/iccm) | Stratégie de prestation de services au niveau communautaire pour l’identification, le traitement et l’orientation des maladies domestiques courantes.  **Tranche d’âge :** De zéro à cinq ans  **Prestataires de services :** agents de santé communautaires  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Communautés, foyers | Des messages de conseil pour le RCEL, ainsi que des discussions sur le suivi du développement de l’enfant. | L’*Addendum RCEL* s’adresse aux enfants âgés de zéro à deux ans et devrait être élargi pour inclure des activités adaptées aux enfants jusqu’à l’âge de cinq ans.  Les programmes iCCM ont tendance à se concentrer sur les visites à domicile en cas de maladie aiguë, et les visites aux enfants bien portants peuvent être plus adaptées au conseil général du RCEL.  Le module sur les soins attentifs pour les nouveau-nés et les enfants dans la communauté est considéré comme le module de formation de référence pour l’iCCM. Cependant, les modules utilisés varient considérablement et les adaptations devraient refléter la modalité et les outils utilisés pour la fourniture de l’iCCM dans le contexte spécifique. |
| [Soins aux nouveau-nés et aux enfants dans la communauté (CNCC) »](https://apps.who.int/iris/handle/10665/204273) | Promouvoir une croissance et un développement sains grâce à des services au niveau communautaire en complément de la PCIMNE. Couvre les soins à l’enfant malade, la promotion d’une croissance et d’un développement harmonieux et les soins au nouveau-né à la maison.  **Tranche d’âge :** De la naissance à cinq ans  **Prestataires de services :** agents de santé communautaires  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Communautés, ménages | La composante « *Soins pour une bonne croissance et développement des enfants* « met l’accent sur les activités de jeu et de communication à chaque âge. L’*Addendum RCEL* pourrait ajouter des modules supplémentaires, notamment les soins et l’alimentation sensible aux besoins de l’enfant, la prise en charge du dispensateur de soins et la résolution de problèmes supplémentaires liés aux difficultés d’alimentation. | L’*Addendum RCEL* s’adresse aux enfants de zéro à deux ans et devrait être élargi pour inclure des activités adaptées à l’âge des enfants jusqu’à cinq ans.  Le matériel de conseil sur les *Soins pour la croissance et le développement harmonieux des enfants* est organisé par âge et comprend déjà un certain nombre d’activités de jeu et de communication. Les illustrations de l’Addendum *RCEL* pourraient être utiles pour en discuter avec les dispensateurs de soins et proposer des activités supplémentaires. D’autres contenus de l’Addendum *RCEL* devraient être intégrés ou de nouvelles cartes ajoutées au module CNCC pour couvrir d’autres aspects. |
| Visites d’enfants en bonne santé | Examens de routine de la santé générale, de la croissance et du développement de l’enfant afin d’identifier et d’intervenir en cas de problème.  **Tranche d’âge :** De la naissance à l’adolescence  **Prestataires de services :** Agents de santé  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Établissements de santé (principalement) | Des outils structurés pour le conseil sur le RCEL, ainsi que des discussions sur le suivi du développement de l’enfant, qui devraient être des éléments essentiels des visites de suivi des enfants, mais qui peuvent faire défaut. | Les visites de suivi des enfants sont généralement structurées de manière à ce qu’elles aient lieu à des âges spécifiques, plusieurs fois au cours de l’enfance. Le contenu actuel de l’*Addendum RCEL* pourrait bien s’aligner sur les deux premières années de la vie, mais un contenu supplémentaire serait nécessaire pour les enfants plus âgés.  Les contrôles de santé des enfants sont un moment idéal pour donner des conseils préventifs aux dispensateurs de soins, et des cartes conseils basées sur l’âge ou d’autres outils pourraient être une bonne utilisation de l’Addendum *RCEL* dans ces services.  Il n’existe pas de module de formation ou d’outils standardisés et globaux pour la visite des enfants bien portants. Les adaptations devront donc refléter la modalité et les outils utilisés pour les services de soins à l’enfant bien portant dans le contexte spécifique.  Dans certains contextes, les visites des enfants bien portants se limitent au suivi et à la promotion de la croissance (SPC) et aux vaccinations. Le processus en cours pour la redéfinition de la santé de l’enfant par l’OMS vise à fournir des orientations supplémentaires pour une approche centrée sur la famille et sur le cycle de vie des services destinés aux enfants en bonne santé. |
| [Soins pédiatriques hospitaliers](https://www.who.int/publications/i/item/9789241565554) | Services hospitaliers destinés aux jeunes enfants pour la prise en charge d’affections aiguës et chroniques ou de blessures.  **Tranche d’âge :** A partir d’un mois  **Prestataires de services :** Agents de santé  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Établissements de santé | Les nourrissons et les enfants malades ont également besoin d’opportunités d’apprentissage, et les soins répondant aux besoins sont essentiels pour un enfant malade. Ce point est souligné dans les normes de l’OMS [*pour l’amélioration de la qualité des soins aux enfants et aux jeunes adolescents dans les établissements de santé*](https://www.who.int/publications/i/item/9789241565554) (Norme 6).  Les services pédiatriques d’hospitalisation ne sont pas toujours propices au jeu. L’*Addendum RCEL* pourrait être utilisé pour encourager les dispensateurs de soins à jouer avec leurs enfants pendant les périodes d’hospitalisation, qui peuvent être longues pour les enfants atteints de maladies chroniques, et les interactions positives peuvent aider les enfants à se rétablir plus rapidement. | L’*Addendum RCEL* concerne les enfants de zéro à deux ans, mais les services pédiatriques hospitaliers accueillent des enfants âgés d’un mois jusqu’au début de l’adolescence. Promouvoir le jeu et les possibilités d’apprentissage est important pour tous les enfants, et le contenu devrait être élargi pour intégrer tous les enfants.  Il est utile de donner des conseils supplémentaires sur la formation pour répondre aux signaux ou aux besoins d’un enfant malade, car les enfants malades peuvent avoir une communication non verbale plus subtile, et la stimulation doit être adaptée à leurs besoins, appropriés et sans danger.  Les enfants souffrant de troubles de développement présentent un risque plus élevé de complications de santé. Il pourrait donc être utile de dispenser aux agents de santé une formation complémentaire sur la prise en charge des enfants souffrant de troubles de développement. |
| **Nutrition** | | | |
| [Kit de conseils communautaires sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)](https://www.unicef.org/documents/community-iycf-package) | Conseils communautaires pour aider les femmes enceintes et les dispensateurs de soins de jeunes enfants à adopter et à maintenir des pratiques optimales en matière d’alimentation.  **Tranche d’âge :** De zéro à 24 mois  **Prestataires de services :** agents de santé communautaire, bien qu’ils soient également utilisés dans de nombreux contextes avec des agents de santé.  **Modalité du service :** Individuel et groupes  **Localisation des services :** Communautés, bien qu’elles soient également utilisées dans les établissements de santé dans différents contextes. | *Cartes conseils* supplémentaires dans le format *C-ANJE de l’UNICEF* et séances de formation pour la promotion de soins et de l’alimentation sensible aux besoins de l’enfant, de l’apprentissage précoce, du bien-être du dispensateur de soins, du suivi du développement de l’enfant et des compétences nécessaires pour faire face aux difficultés d’alimentation, qui ne sont pas couvertes par le *kit de conseils C-ANJE*. | L’*Addendum RCEL* a été conçu pour s’aligner spécifiquement sur le *kit de conseil C-ANJE*. Les adaptations décrites à l’annexe 7 doivent être envisagées en fonction du contexte local. |
| [Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915) | Module qui encourage les services de maternité et de soins aux nouveau-nés et les décideurs des politiques à promouvoir, protéger et soutenir l’allaitement maternel exclusif.  **Tranche d’âge :** Naissance et premières semaines de vie (principalement)  **Prestataires de services :** Agent de santé  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Établissements de santé | Des messages de conseil pour le RCEL, ainsi que des discussions sur le suivi du développement de l’enfant. | Le contenu de l’*Addendum RCEL* devrait être abrégé pour s’aligner sur cette courte tranche d’âge et sur les messages prioritaires concernant les nouveau-nés.  Le module de formation de l’IHAB pour le conseil en allaitement couvre largement les indices d’allaitement et les difficultés d’allaitement, de sorte que ce contenu n’a pas besoin d’être extrait de l’*Addendum RCEL*. |
| [Prise en charge des nourrissons de moins de six mois, petits et à risque nutritionnel et de leurs mères (MAMI)](https://www.ennonline.net/ourwork/research/mami) | Manuel d’évaluation, de classification et de prise en charge des mères à risque et des nourrissons vulnérables sur le plan nutritionnel.  **Tranche d’âge :** De la naissance à six mois  **Prestataires de services :** Agents de santé  **Types de services fournis :** Individuel  **Localisation des services :** Communautés (principalement), établissements de santé | MAMI fait référence à la nécessité de vérifier les stades du développement et de donner des conseils sur le jeu. L’Addendum *RCEL* fournira du matériel de conseil à l’appui de ces recommandations.  MAMI contient des questions visant à identifier les problèmes de santé mentale maternelle, ce qui constitue une extension intéressante des conseils généraux sur la prise en charge du dispensateur de soins dans l’*Addendum RCEL*. | Réduire les messages à ceux qui conviennent aux enfants de la naissance à six mois.  Envisager d’adapter la « Carte conseil 7 sur des circonstances particulières » pour les aliments de sevrage et de supprimer le contenu relatif aux difficultés d’allaitement qui sont au cœur du module MAMI.  MAMI dispose d’un livret de conseil contenant des informations de référence pour les conseillers, ainsi que de quelques cartes conseils, y compris le contenu du *kit de conseil de l’Année internationale de la petite enfance.* Le contenu de l’Addendum *RCEL* devrait être intégré dans l’outil MAMI pour l’évaluation et la classification afin d’inciter au conseil. |
| Suivi et promotion de la croissance (SPC) | Les services SPC sont une composante des services aux enfants bien portants qui surveillent le poids et parfois la taille des enfants et conseillent pour promouvoir des pratiques d’alimentation et de croissance optimales.  **Tranche d’âge :** De six mois à cinq ans (en général)  **Prestataires de services :** Agents de santé, agents de santé communautaires  **Modalité du service :** Individuel, groupes  **Localisation des services :** Établissements de santé, communautés | L’*Addendum RCEL* pourrait fournir une approche plus holistique du suivi du bien-être de l’enfant en suscitant des discussions sur le développement cognitif de l’enfant en même temps que sur sa croissance physique. | L’*Addendum RCEL* s’adresse aux enfants de zéro à deux ans et devrait être élargi pour inclure des activités adaptées à l’âge des enfants jusqu’à cinq ans.  Les services SPC ont tendance à se concentrer fortement sur la composante de suivi, avec des conseils en réponse au suivi. Il sera important de réfléchir sur comment intégrer le suivi du développement dans les outils SPC afin d’encourager le conseil en matière de RCEL.  Le document de l’OMS intitulé *Soins pour la croissance et le développement harmonieux des enfants* est un modèle de formation et de services en matière de SPC. Toutefois, les modules utilisés varient considérablement et les adaptations devraient refléter la modalité et les outils utilisés pour la fourniture de SPC dans le contexte spécifique. |
| [Manuel de référence sur les actions essentielles en nutrition et en hygiène.](https://coregroup.org/resource-library/essential-nutrition-actions-and-essential-hygiene-actions-framework/#:~:text=Developed%20in%201997%2C%20the%20Essential,to%20achieve%20public%20health%20impact.) | Un module pour le plaidoyer, la planification et la mise en œuvre d’un guide intégré d’interventions en matière de nutrition et d’hygiène à grande échelle.  **Tranche d’âge :** De zéro à deux ans  **Prestataires de services :** Agents de santé, agents de santé communautaires  **Modalité du service :** Individuel et groupes  **Localisation des services :** Établissements de santé, communautés, foyers | Des messages de conseil pour le RCEL, ainsi que des discussions sur le suivi du développement de l’enfant. | L’AEN/AEH dispose de modules de formation distincts pour les agents de santé et les agents de santé communautaires, et le contenu de l’*Addendum RCEL* devrait être adapté à ces deux types d’agents.  L’ENA/EHA dispose d’un manuel de référence pour les agents de santé communautaires, avec des illustrations à utiliser dans le cadre du conseil, mais n’utilise pas de cartes conseils. |
| [Évaluation, conseil et soutien nutritionnels (NACS)](https://www.fantaproject.org/tools/NACS-users-guide-modules-nutrition-assessment-counseling-support) | Kit de conseils pour la prévention, l’identification et le traitement de la malnutrition, ainsi que pour le renforcement des services de santé nutritionnels.  **Tranche d’âge :** Tous les âges  **Prestataires de services :** Agents de santé  **Modalité de service :** Individuel (principalement)  **Localisation des services :** Établissements de santé | Des messages de conseil pour le RCEL, ainsi que des discussions sur le suivi du développement de l’enfant. | Le contenu de l’*Addendum RCEL* serait plus pertinent pour les enfants de zéro à deux ans pris en charge par un prestataire formé au NACS.  Le NACS se concentre sur les conseils nutritionnels pour tous les âges, de sorte que le contenu pourrait être modifié pour incorporer des éléments clés concernant les femmes enceintes ou être élargi pour les enfants plus âgés.  Le NACS n’utilise pas toujours les cartes conseils comme outil de conseil. Le contenu de l’*Addendum RCEL* devrait être modifié pour s’aligner sur le format d’un manuel utilisé par les prestataires formés au NACS. |
| Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) | Ensemble de mesures pour le traitement de l’émaciation (malnutrition aiguë sévère) par le biais de services ambulatoires et hospitaliers.  **Tranche d’Âge *:*** 6-59 mois  **Prestataires de services :** Agents de santé, agents de santé communautaires  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Établissements de santé, communautés | L’émaciation augmente le risque de mauvais développement du cerveau, et les enfants souffrant de malnutrition ont besoin d’une attention particulière de la part des leurs dispensateurs de soins et d’une attention accrue à l’apprentissage précoce. L’*Addendum RCEL* peut être utilisé dans le cadre d’une hospitalisation, d’une consultation externe ou d’une activité de la PCMA, en individuel ou en groupe. En outre, les enfants ayant des difficultés d’alimentation sont plus exposés au risque de malnutrition, et la « Carte conseil 7 sur les circonstances particulières : Difficultés d’alimentation » serait particulièrement utile. | L’*Addendum RCEL* s’adresse aux enfants âgés de zéro à deux ans et devrait être élargi pour inclure des activités adaptées aux enfants jusqu’à l’âge de cinq ans. |
| **Parentalité et développement de l’enfant** | | | |
| [Parentalité pour la santé tout au long de la vie (PLH)](https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health) | Programme d’éducation parentale en groupe avec des manuels pour les tout-petits, les jeunes enfants (de deux à neuf ans) et les adolescents. L’objectif principal est de promouvoir des pratiques parentales positives et de prévenir les abus et la négligence parmi les familles ayant un enfant souffrant de troubles de comportement.  **Tranche d’âge :** De la naissance à l’adolescence  **Prestataires de services :** agents de santé communautaires  **Modalité du service :** Groupe  **Localisation des services :** Communautés (principalement) | Des messages de conseil pour le RCEL, ainsi que des discussions sur le suivi du développement de l’enfant. La PLH aborde certains de ces sujets, à des degrés divers, en fonction du manuel spécifique PLH. | La PLH couvre un large éventail d’âges et l’*Addendum RCEL* est le mieux adapté au contenu PLH pour les tout-petits.  Le contenu sur l’ANJE qui est essentiel pour l’utilisation de l’*Addendum RCEL*, tel que la résolution des difficultés d’allaitement, devrait être ajouté au contenu PLH en même temps que le contenu de *l’Addendum RCEL*.  La PLH est une bonne ressource pour les programmes qui souhaitent également améliorer leur composante sécuritaire de soins attentifs. |
| [Soins pour le développement de la petite enfance (CDD ) »](https://www.unicef.org/documents/care-child-development) | Un ensemble de mesures visant à aider les dispensateurs de soins à répondre aux besoins des enfants et à favoriser l’apprentissage précoce par le jeu et la communication.  **Tranche d’âge :** De la naissance à trois ans  **Prestataires de services :** Agents de santé, agents de santé communautaires ou autres agents communautaires  **Modalité du service :** Individuel  **Localisation des services :** Établissements de santé, communautés, foyers | Il établit des liens directs avec les soins répondant aux besoins dans le contexte de l’alimentation et met davantage l’accent sur la compréhension des signaux de l’enfant.  L’*Addendum RCEL* ajoute également du contenu supplémentaire sur le suivi du développement de l’enfant, la prise en charge du dispensateur de soins et la réponse aux difficultés d’alimentation. | Les prestataires formés sur les CCD n’auraient besoin que d’une formation minimale pour utiliser l’*Addendum RCEL,* vu les similarités dans la formation.  Le module CCD est conçu pour le conseil individuel aux dispensateurs de soins, et l’*Addendum RCEL* peut être utilisé de cette manière ou en groupe.  Le module CCD est une excellente ressource pour identifier des activités de jeu et de communication supplémentaires pour les enfants de deux à trois ans. |
| **Autres modules** | | | |
| [Fiches de santé tenues à domicile hes de santé](https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550352) | Les fiches de santé tenues à domicile sont des documents personnels conservés à la maison par une personne ou son dispensateur de soins et sont d’un usage largement répandu. L’OMS a publié en 2018 des recommandations encourageant leur utilisation dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile.  **Tranche d’âge :** Grossesse et suite  **Prestataires de services :** Agents de santé, agents de santé communautaires  **Modalité du service :** Non applicable  **Lieu des services :** Domicile et lors de toute consultation avec les services de santé | Le contenu de la *carte conseil* pourrait être extrait et intégré dans les fiches de santé à domicile, dans le cadre des sections sur le suivi du développement, en tant qu’information de référence pour les familles. | Les fiches de santé tenues à domicile varient considérablement d’un contexte à un autre. Certaines d’entre elles incluent des pratiques clés de soins, et le contenu de l’Addendum *RCEL pourrait* donc s’y intégrer parfaitement. Toutefois, il est important d’établir un ordre de priorité, car l’espace disponible dans ces documents est limité pour inclure les messages clés, les conseils pratiques et les illustrations.  Les fiches de santé à domicile sont conservées par les dispensateurs de soins chez les jeunes enfants, mais ce sont généralement les agents de santé qui les remplissent. Pour maximiser l’utilisation du contenu du RCEL dans le dossier, les prestataires de services auraient besoin d’une formation de base pour conseiller les dispensateurs de soins sur le RCEL, et la fiche pourrait servir de manuel pour les messages clés. |

Annexe 2. Synthèse des données récentes sur les principaux aspects de la conception des programmes

Outre les données probantes résumées ci-dessous, nous recommandons aux lecteurs d’examiner deux suppléments très utiles des Annales *de l’* *Académie des sciences de New York*, [« Implementation Research and Practice for Early Childhood Development »](https://www.nyas.org/annals/special-issue-implementation-research-and-practice-for-early-childhood-development-vol-1419/) (2018) et [« Every Child’s Potential : Integrating Nutrition and Early Childhood Development Interventions »](https://www.nyas.org/annals/every-child-s-potential-integrating-nutrition-and-early-childhood-development-interventions/) (2014).

| Considération | **Preuves disponibles** |
| --- | --- |
| Main-d’œuvre | * Les compétences non techniques du personnel et son intérêt pour travailler avec les enfants sont essentiels pour promouvoir le RCEL (Kohli-Lynch et al. 2020). * Les agents de santé ont de nombreuses priorités concurrentes et sont souvent plus limités dans le temps dont ils disposent pour fournir des conseils. Le conseil en matière de RCEL peut également être nouveau pour eux et considéré comme moins important que d’autres priorités de santé (Kohli-Lynch et al. 2020). * Pour renforcer les compétences en matière de communication et de résolution de problèmes qui sont essentielles à un conseil de qualité, des modèles de formation et de supervision flexibles sont importants pour toute main-d’œuvre (Kohli-Lynch et al. 2020). * Si votre programme vise à impliquer les hommes ou d’autres dispensateurs de soins, le personnel peut avoir besoin d’une formation spécifique pour faire face aux préjugés qui peuvent affecter l’engagement dans le programme (Panter-Brick et al. 2014). * On peut s’attendre à ce que les services fournis dans un établissement de santé proposent également une forme de supplément nutritionnel ou de médicament, et l’absence de telles incitations peut constituer un obstacle à une participation continue. Les réunions communautaires visant à encourager la participation au programme d’éducation parentale ont contribué à réduire l’attrition (Mehrin et al. 2021). * Une étude a démontré qu’une rencontre hebdomadaire de groupe de parents diffusée par radio avec une discussion animée par un bénévole ayant reçu une formation d’une demi-journée et des outils de travail était tout aussi efficace pour l’amélioration du développement des enfants qu’un programme plus intensif. Le programme intensif comprenait des séances radio ainsi que des formations plus approfondies et des outils de travail pour le facilitateur, un livre offert aux familles participantes, trois ou quatre visites à domicile et un superviseur salarié pour les bénévoles (Abimpaye et al. 2019). |
| Modalités de visite de groupe ou à domicile | * Une étude réalisée en Inde a montré que les visites de groupe étaient tout aussi efficaces pour améliorer les résultats des enfants en matière de développement de la petite enfance, avec un coût inférieur à celui des visites à domicile, même après avoir pris en compte la faible participation dans le cadre des visites de groupe comparé à celui des visites à domicile (Grantham-McGregor et al. 2020). * Un projet pilote de Care for Child Development (Soins pour le DPE) au Malawi a révélé que les agents de santé communautaires étaient en mesure de mener à bien une plus grande proportion de séances de groupe que de visites à domicile, mais que la participation aux séances de groupe était faible en raison des contraintes horaires des familles (Gladstone et al. 2018). * Le conseil individuel permet de donner des conseils plus personnalisés sur les activités adaptées à l’âge et au développement de l’enfant ainsi que sur le coaching, alors qu’un groupe est susceptible de présenter des variations dans l’âge des enfants des participants, de sorte que le facilitateur de la séance de groupe a besoin de conseils sur comment regrouper les dispensateurs de soins et leurs enfants en fonction des tranches d’âge (Mehrin et al. 2021). * Un modèle de « groupe de soins », défini comme des séances de groupe avec des dispensateurs de soins bénévoles qui se réunissent toutes les deux à quatre semaines pendant deux ans et effectuent ensuite des visites à domicile toutes les deux semaines avec d’autres collègues pour partager ce qu’ils ont appris, a montré des avantages positifs pour l’amélioration des résultats pour les enfants (George et al. 2015). * Une étude menée au Kenya a révélé que les programmes de groupe uniquement ont une incidence positive sur le développement cognitif, linguistique et socio-émotionnel des enfants de manière comparable à une approche mixte comprenant des groupes et des visites à domicile, et qu’ils étaient plus faciles à mettre en œuvre (Luoto et al. 2021). |
| Nombre et fréquence des contacts | * Une synthèse des interventions RCEL a montré une grande variation dans le nombre et la durée des contacts avec les dispensateurs de soins. La médiane des séances d’intervention avec les dispensateurs de soin est de 24 répartie sur une période médiane de 12 mois, avec une durée d’environ une heure pour chaque contact (Kohli-Lynch et al. 2020). * Le programme RCEL de deux ans, Reach Up and Learn, a enregistré le plus d’améliorations la première année, avec des niveaux d’abandon plus élevés et des améliorations moins importantes/différentes au cours de la deuxième année, ce qui indique qu’une durée d’un an pourrait être suffisante et appropriée (Grantham-McGregor et al. 2020). |
| Audience | * La perception qu’ont les dispensateurs de soins du soutien et de la compréhension des responsables de programmes est un facteur clé de la participation aux interventions d’éducation parentale (Giannotta, Özdemir et Stattin 2019). * Une étude du rapport coût-efficacité a suggéré qu’au minimum, tous les nouveaux parents devraient être touchés par des programmes de groupe intégrés aux plateformes de services existantes (Horton et Black 2017). |

Annexe 2 Références

Abimpaye, Monique, Caroline Dusabe, Jean Providence Nzabonimpa, Richard Ashford and Lauren Pisani. 2019. « Improving Parenting Practices and Development for Young Children in Rwanda: Results from a Randomized Control Trial ». *International Journal of Behavioral Development* 1-11. [doi.org/10.1177%2F0165025419861173](https://doi.org/10.1177%2F0165025419861173).

George, Christine Marie, Emilia Vignola, Jim Ricca, Tom Davis, Jamie Perin, Yvonne Tam and Henry Perry. 2015. « Evaluation of the Effectiveness of Care Groups in Expanding Population Coverage of Key Child Survival Interventions and Reducing Under-5 Mortality: A Comparative Analysis Using the Lives Saved Tool (LiST) ». *BMC Public Health* 15(1):1-9. [doi.org/10.1186/s12889-015-2187-2](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2187-2).

Giannotta, Fabrizia, Metin Özdemir, and Håkan Stattin. 2019. « The Implementation Integrity of Parenting Programs: Which Aspects Are Most Important? *Child Care & Youth Forum* 48:917-33. [doi.org/10.1007/s10566-019-09514-8.](https://doi.org/10.1007/s10566-019-09514-8)

Gladstone, Melissa J., John Phuka, Richard Thindwa, Fatima Chitimbe, Kate Chidzalo, Jaya Chandna, Selena Gleadow and Kenneth Maleta. 2018. « Care for Child Development in Rural Malawi - A Model Feasibility and Pilot Study. » Annals of the New York Academy of Sciences 1419(1):102–119. [doi.org/10.1111/nyas.13725](http://doi.org/10.1111/nyas.13725).

Grantham-McGregor, Sally, Akansha Adya, Orazio Attanasio, Britta Augsburg, Jere Behrman, Bet Caeyers, Monimalika Day, Pamela Jervis, Reema Kochar, Prerna Makkar, Costas Meghir, Angus Phimister, Marta Rubio-Codina and Karishma Vats. 2020. « Group Sessions or Home Visits for Early Childhood Development in India: A Cluster RCT ». *Pediatrics* 146(6):e2020002725. [doi.org/10.1542/peds.2020-002725](http://doi.org/10.1542/peds.2020-002725).

Horton, Susan, et Maureen M. Black. 2017. « Economic Analysis. » In Bundy, Donald A. P., Nilanthi de Silva, Susan Horton, et al., eds. Child and Adolescent Health and Development ». 3rd ed. Disease Control Priorities Vol. 8. Washington, DC : Banque mondiale. Consulté le 16 juin 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525228/>

Kohli-Lynch, Maya, Victoria Ponce Hard, Raquel Bernal Salazar, et al. 2020. « Ressources humaines et contenu des programmes d’études pour la mise en œuvre du développement de la petite enfance : Évaluation multi-pays à méthodes mixtes ». *BMJ Open* 10:e032134. [doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032134](http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032134).

Luoto, Jill. E., Italo Lopez Garcia, Frances E. Aboud, Daisy R. Singla, Lia C.H. Fernald, Helen O. Pitchik, Uzaib Y. Saya, et al. 2020. « Group-based Parenting Interventions to Promote Child Development in Rural Kenya: A Multi-arm, Cluster-randomised Community Effectiveness Trial. » *The* *Lancet Global Health* 9(3):e309–19. [doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30469-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30469-1).

Mehrin, Syeda Fardina, Jena Derakshani Hamadani, Nur-E. Salveen, Mohammed I. Hasan, Sheikh Jamal Hossain and Helen Baker-Henningham. 2021. « Adapting an Evidence-based, Early Childhood Parenting Programme for Integration into Government Primary Health Care Services in Rural Bangladesh. » *Frontiers in Public Health* 8:608173. [doi.org/10.3389/fpubh.2020.608173](https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.608173).

Panter-Brick, Catherine, Adrienne Burgess, Mark Eggerman, Fiona McAllister, Kyle Pruett, et James F. Leckman. 2014. « Revue des praticiens : Engager les pères - Recommandations pour changer la donne dans les interventions parentales sur la base d’une revue systématique des preuves mondiales ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55(11):1187–212. [doi.org/10.1111/jcpp.12280](https://doi.org/10.1111/jcpp.12280).

Annexe 3. Exemple d’une liste de contrôle pour une supervision formative

Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la liste de contrôle. La version complète et modifiable de la liste de contrôle est disponible sur le [site web d’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/Responsive_Care_and_Early_Learning_Addendum/fr/annexe_3).

|  |
| --- |
| **Liste de contrôle pour l’observation d’une séance de conseil individuel** |
| **Observez l’agent de santé quand il conseille les dispensateurs de soins et leurs enfants âgés de 0 à 24 mois.**   * Utilisez cette liste de contrôle pour indiquer si le conseiller a fourni des conseils satisfaisants aux dispensateurs de soins. * Lors de l’observation de la séance, recherchez et renforcez les compétences. * Pour chaque compétence, indiquez Oui/Satisfaisant, Non/Non Satisfaisant ou Non applicable (N.A.). |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Généralités** | | | | | |
| **#** | **Compétence** | **Oui / Satisfaisant** | **Non / Pas satisfaisant** | **N/A** | **Remarques** |
| 1 | Utilise une communication non verbale utile qui montre son intérêt (par exemple, en établissant un contact visuel, en prêtant attention, en prenant son temps). |  |  |  |  |
| 2 | Écoute et répond aux préoccupations du dispensateur de soins sur un ton agréable |  |  |  |  |
| 3 | Félicite le dispensateur de soins pour les choses qu’il fait bien |  |  |  |  |
| 4 | Évite de porter des jugements ou d’utiliser des mots négatifs |  |  |  |  |
| 5 | Donne de la confiance et apporte du soutien (par exemple, accepte ce que le dispensateur de soins pense ou ressent, reconnaît ce que le dispensateur de soins fait correctement, apporte une aide pratique). |  |  |  |  |
| 6 | Fournit des informations pertinentes/ des conseils adaptés à l’âge des enfants |  |  |  |  |
| 7 | Utilise un langage simple |  |  |  |  |

Annexe 4. Adaptation des conseils pratiques de l’*Addendum RCEL* pour les enfants présentant des difficultés de développement et des handicaps

Les *cartes conseils* comprennent un manuel pour l’inclusion du handicap destinée aux conseillers, et basée sur ce tableau. Il fournit des conseils pour modifier les activités afin d’aider les enfants handicapés à s’engager dans le jeu et l’apprentissage.

| **Adaptation** | **Comment l’appliquer et  ses avantages** | **Exemple tiré des conseils pratiques** |
| --- | --- | --- |
| Modifier le niveau de compétence | **Comment l’appliquer**  Si vous constatez qu’un enfant n’atteint pas les stades de développement correspondant à son âge, envisagez de promouvoir des activités qui correspondent aux capacités réelles de l’enfant ou qui les dépassent de peu, plutôt que de vous en tenir strictement aux directives correspondant à l’âge chronologique de l’enfant.  **Comment cela est-il avantageux**  Tous les enfants se développent à un rythme différent, mais la séquence des stades du développement est pareille pour tous les enfants. Se mettre au niveau de développement de l’enfant et l’encourager à tenter des activités difficiles, mais réalisables, peut l’aider à apprendre. Cela permet également d’éviter le sentiment de démoralisation que peuvent ressentir les dispensateurs de soins s’ils reçoivent des informations trop avancées par rapport aux capacités de développement actuelles de leur enfant. | Vous pouvez modéliser une activité ou décomposer une activité complexe en étapes plus simples pour que l’enfant puisse apprendre. Félicitez et encouragez l’enfant pour ses efforts !  *Conseil pratique de la « Carte conseil 2 » : Votre bébé peut vouloir commencer à utiliser des ustensiles ou à boire de l’eau dans une tasse propre et ouverte. Mettez de la nourriture dans une cuillère et laissez-le essayer de se nourrir seul. Donnez-lui une petite tasse avec juste un peu d’eau pour commencer et l’aider à la tenir. Il y aura des débordements, mais encouragez l’enfant. Il s’améliorera avec la pratique !*  Les déficiences physiques peuvent rendre difficile l’apprentissage de l’utilisation d’une cuillère ou d’un ustensile pour s’alimenter. Envisagez les possibilités d’adaptation des ustensiles, comme indiqué sur la « Carte conseil 7 pour des circonstances particulières ». |
| Ajouter une composante sensorielle | **Comment l’appliquer**  L’ajout d’un élément du touché, sonore, olfactif ou visuel stimulera les sens de l’enfant, surtout s’il souffre d’une déficience qui affecte ses sens, comme une difficulté visuelle ou auditive.  **Comment cela est-il avantageux**  Nos sens nous aident à comprendre le monde qui nous entoure. Les enfants présentant une déficience intellectuelle ou des troubles sensoriels (par exemple, des difficultés visuelle ou auditive) peuvent avoir plus de difficultés à traiter les informations et à explorer leur environnement. L’ajout d’un élément sensoriel que l’enfant apprécie peut améliorer l’expérience et l’aider à explorer les personnes et l’environnement qui l’entourent. Suivez les intérêts de l’enfant et ajoutez des éléments sensoriels qu’il apprécie et arrêtez si l’enfant ne les apprécie pas afin d’éviter une surcharge sensorielle. | *Conseil pratiques pour la « Carte conseil 3 » : Les enfants apprennent à aimer les histoires lorsqu’ils lisent tous les jours avec leurs parents. Demandez-lui de montrer des personnes et des animaux différents dans un livre, un magazine ou une affiche. Félicitez-le pour avoir trouvé les animaux et les objets !*  Créer des histoires sensorielles et interactives. Par exemple, si le personnage de l’histoire prend un bain, éclaboussez la main de votre enfant avec un peu d’eau, ou frottez une couverture douce sur le pied de votre enfant si le personnage de l’histoire se met au lit.  *Conseil pratique pour la « Carte conseil 4 » : « Donnez à votre bébé des objets ménagers propres et sans dangers qu’il pourra prendre, toucher, sentir, cogner et explorer. Les exemples de jouets simples pour le jeu comprennent de petits récipients ou une casserole avec une cuillère ».*  Pensez à différentes textures lorsque vous donnez à votre enfant des objets avec lesquels il peut jouer. Fournissez des jouets lisses (comme le plastique), doux (comme différents tissus) ou rugueux (comme des feuilles rigides collées sur du carton). Veillez à ce que les objets soient sans danger : propres, non tranchants et plus grands que la paume de sa main pour éviter qu’il ne s’étouffe. |
| Soutenir l’enfant dans son exploration | **Comment l’appliquer**  Un enfant ayant des difficultés de développement peut avoir besoin d’un soutien plus important pour jouer. Le jeu doit être dirigé par l’enfant, le dispensateur de soins n’apportant que le soutien nécessaire à l’enfant. Soyez patient et laissez l’enfant prendre le temps de s’intéresser à un objet ou à une activité.  Supprimez les obstacles au jeu. Par exemple, guidez la main de l’enfant avec la vôtre pour explorer un objet ou placez l’enfant de manière à ce qu’il puisse regarder autour de lui et jouer. Veillez à ce que les bras et les jambes de l’enfant ne soient pas entravés, afin qu’il puisse bouger et explorer dans un espace sans danger.  **Comment cela est-il avantageux**  En apportant un soutien et en supprimant les obstacles, on adapte l’environnement de l’enfant pour qu’il soit propice à sa participation à l’exploration et à l’apprentissage. | *Placez votre bébé sur le ventre avec un objet coloré devant lui. Regardez-le chercher l’objet et félicitez-le lorsqu’il l’attrape ! Il apprend en mettant des objets dans sa bouche. Veillez donc à ce que l’objet soit propre, non tranchant et pas trop petit pour qu’il puisse l’avaler. »*  Le temps passé sur le ventre est très bon pour développer la force, mais il peut être très difficile pour les enfants dont les muscles sont faibles. Placez un soutien supplémentaire (comme une serviette roulée ou un petit oreiller) sous la poitrine de l’enfant pour soutenir son torse et faciliter l’activité, ou placez l’enfant sur votre poitrine et adossez-vous sur une chaise pour faciliter le temps passé sur le ventre et favoriser le lien affectif entre le fournisseur de soins et l’enfant sous sa responsabilité.  *« Conseil pratique pour la Carte conseil 3 : Lorsque vous donnez à manger à votre enfant, décrivez les couleurs et les textures de ses aliments. Encouragez-le à parler en lui demandant le nom ou la couleur de l’aliment qu’il mange. Montrez-lui les noms des aliments après qu’il ait eu l’occasion d’essayer de vous répondre !*  Lorsque vous nommez les différents aliments, utilisez la technique « main sous la main » pour déplacer la main de l’enfant sur votre main autour de l’assiette afin d’explorer les différents aliments.  *« Carte conseils 1 », Conseils pratiques : « Apprendre les signaux de votre enfant »*  Certains enfants handicapés peuvent avoir des capacités de mouvement et de langage plus limitées. Soyez attentifs aux signaux et gestes subtils, tels que le « pointage » en utilisant les mouvements des yeux pour regarder ce qu’ils veulent. |

Annexe 5. Matrice de traduction

Vous trouverez ci-dessous un extrait de la matrice de traduction des messages clés et des conseils pratiques de la « Carte conseil 1 : soins répondant aux besoins « . Une version modifiable qui couvre l’ensemble du contenu des *cartes conseils* est disponible sur le [site Internet de l’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/Responsive_Care_and_Early_Learning_Addendum/fr/annex_5).

| **Original en anglais** | **Explication de la signification  ou des termes clés** | **Traduction** |
| --- | --- | --- |
| **Messages clés (à l’arrière des *cartes conseils*)** | | |
| Vous aidez déjà votre enfant à apprendre et à se développer chaque jour lorsque vous lui parlez, jouez avec lui, le nourrissez et prenez soin de lui. Ces activités simples favorisent le développement du cerveau de votre enfant et le rendent intelligent. |  |  |
| **Un soin répondant aux besoins** consiste à interagir avec votre enfant, à lui témoigner de l’amour et à répondre de manière cohérente à ses besoins et à ses intérêts. | **Soins répondant aux besoins** fait allusion à la capacité du parent ou dispensateur de soins à remarquer, comprendre et répondre aux signaux de l’enfant en temps voulu et de manière appropriée. Ce message souligne l’importance d’interactions fréquentes et affectueuses avec l’enfant, qui répondent à ses besoins et à ses intérêts. Les traductions de « soins répondant aux besoins « dans d’autres langues comprennent *« responsive care »* (anglais), *« atención receptiva »* (espagnol) et *« Заботливый* *уход* » (russe). |  |
| Fournir des soins répondant aux besoins est amusant et facile à réaliser ! Les pères, les mères, les grands-parents et toute la famille jouent un rôle important pour que votre enfant se sente en sécurité, aimé et protégé. |  |  |
| **Conseils pratiques (à l’arrière des *cartes conseils*)** | | |
| Apprendre les signaux de votre enfant | **Les signaux** sont les indices ou les signaux que l’enfant utilise pour communiquer. Les signaux peuvent être des sons, des expressions faciales ou des mouvements corporels. |  |
| Votre enfant vous dit ce dont il a besoin en utilisant des sons, des expressions faciales et des gestes propres à lui. Observez votre enfant. Avec de l’habitude, vous serez souvent en mesure de lire les signaux de votre enfant et de répondre à ses besoins. |  |  |
| Lire les signaux de votre enfant demande de la pratique. Observez beaucoup votre enfant et cherchez à savoir comment il utilise ses yeux, sa bouche et son corps pour vous dire ce dont il a besoin. Les pleurs sont généralement la dernière forme de communication. |  |  |

Annexe 6. *Cartes conseils* Matrice de suivi de l’adaptation

Un extrait de la matrice de suivi de l’adaptation des *cartes conseils* est présenté ci-dessous. La version complète et modifiable de cette matrice est disponible sur le [site web de l’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/Responsive_Care_and_Early_Learning_Addendum/fr/annexe_6).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composant de *l’Addendum RCEL*** | **Numéro d’illustration (le cas échéant)** | **Modifications proposées aux illustrations lors de la revue technique** | **Modifications proposées aux messages clés, aux conseils pratiques ou à d’autres textes au cours de la revue technique** | **Modifications finales recommandées à la suite du pré-test** | **Personne responsable des modifications** | **Statut** | **Notes sur le statut** |
| Couverture |  |  |  |  |  |  |  |
| Remerciements |  |  |  |  |  |  |  |
| Manuel : Conseil individuel (« Etapes pour conseiller les individus et les familles ») |  |  |  |  |  |  |  |
| Manuel : Conseil individuel (« Identifier des sujets sur lesquels conseiller les individus et les familles ») |  |  |  |  |  |  |  |
| Manuel : Séances de groupe (« Étapes de la facilitation de séances de groupe ») |  |  |  |  |  |  |  |
| Manuel : Séances de groupe (« Guide de facilitation des séances de groupe ») |  |  |  |  |  |  |  |
| Carte conseil 1 : Soins répondant aux besoins |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 - Le père et le bébé jouent au jeu d’imitation |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 - Le père et le bébé prennent leur bain |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 - La mère se demande ce qu’il faut faire |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 - La mère allaite son enfant |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 - La mère nettoie les fesses de son bébé |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 - La mère berçant son bébé |  |  |  |  |  |  |

Annexe 7. Considérations spécifiques concernant les cartes pour l’adaptation des *cartes conseils*, messages clés et conseils pratiques

| **Carte** | **Adaptations nécessaires** | **Adaptations potentielles** |
| --- | --- | --- |
| « Étapes pour le conseil des individus et des familles » |  | Pensez à faire référence à tout outil spécifique utilisé dans votre contexte à « l’Étape 2 : Évaluer », tel que les carnets de la mère et de l’enfant qui renseigne les stades du développement. |
| « Identifier des sujets sur lesquels conseiller les individus et les familles » | « L’étape 4 : Agir », associée à des questions sur le régime alimentaire actuel de l’enfant et renvoie actuellement aux cartes conseil du *kit de conseil C-ANJE*. Indiquez ici l’emplacement exact et le nom de la carte dans votre programme. | Si votre programme ou votre contexte utilise une liste de contrôle différente pour le conseil individuel, vous pouvez l’intégrer ici ou intégrer les questions de cette carte dans la liste de contrôle existante. En fin de compte, une liste de contrôle intégrée est recommandée.  *« S’informer sur le développement de l’enfant. Posez des questions telles que : Avez-vous des préoccupations concernant le développement de votre enfant ?*  S’il existe des listes de contrôle ou des outils d’évaluation des stades du développement utilisés dans le secteur de la santé ou dans votre programme, mettez à jour cette fiche pour y inclure ces informations. Vous pouvez également incorporer la liste de contrôle ou l’outil d’évaluation existant sur une page distincte des *cartes conseils* et y faire référence sur la carte « Identifier les sujets pour le conseil aux individus et aux familles ». |
| « Étapes de l’animation des séances de groupe » | Modifier l’association des thèmes RCEL et ANJE pour les séances de groupe afin de faire correctement référence au *kit de conseil* *C-ANJE* spécifique, ou à des cartes conseils similaires utilisées dans les documents de votre programme. |  |
| Guide de facilitation des séances de groupe |  | Les exemples d’activités pour chaque carte conseil peuvent être remplacés par des exemples plus spécifiques adaptés à votre contexte. Si vous avez une approche structurée des réunions de groupe, comme des réunions mensuelles avec le même groupe, vous pouvez remplacer les activités présentées ici par un modèle de calendrier indiquant les sujets à aborder et pendant quelles séances. |
| « Carte conseil 1 : Vos soins attentifs permettent à votre enfant à bien grandir et se développer » |  | *Conseil pratique : « Créez une routine quotidienne pour les soins de votre enfant, y compris l’heure des repas (à partir de 6 mois), du bain et du coucher. Les routines aident votre enfant à se sentir en sécurité parce qu’il connaît et reconnaît les activités quotidiennes ».*  Si le bain quotidien n’est pas une routine locale, remplacez l’exemple du bain par une routine de bain appropriée au niveau local. |
| « Carte conseil 2 : Apprenez à votre enfant à manger avec amour, patience et bonne humeur ». | Adapter les illustrations et les messages aux pratiques alimentaires locales (à table, sur une natte, etc.). | *Conseil pratique : « Votre bébé peut vouloir commencer à utiliser des ustensiles ou à boire de l’eau dans une tasse propre et ouverte. Mettez de la nourriture dans une cuillère et laissez-le essayer de se nourrir seul. Donnez-lui une petite tasse avec juste un peu d’eau pour commencer et l’aider à la tenir. Il y aura des débordements, mais encouragez l’enfant. Il s’améliorera avec la pratique » !*  Il s’agit de l’utilisation d’une cuillère. Si les cuillères ne sont pas utilisées, il peut être remplacé par l’auto-alimentation avec les doigts. |
| Écouter et parler à votre enfant en permanence | Adapter les illustrations des aliments pour s’assurer qu’ils sont disponibles localement. Dans la mesure du possible, veillez à donner des exemples d’aliments sains et d’aliments d’origine animale. | *Conseil pratique : « Votre bébé peut commencer à reconnaître des mots courants. Lorsque vous voyez que votre enfant n’a plus faim, demandez-lui : « Tu as fini ? ». S’il vous montre qu’il a encore faim, dites : « Tu en veux encore » ?.*  L’illustration représente une personne qui demande à l’enfant : « Manger ? » ou « Encore ? ». Vous pouvez modifier l’illustration pour utiliser un geste courant pour « encore » ou « manger » dans votre contexte, s’il y en a un. Le geste exact importe peu, mais il doit indiquer clairement au public que le dispensateur de soins pose une question dans le cadre de la communication avec l’enfant.  *Conseil pratique : « Les enfants apprennent à aimer les histoires lorsqu’ils lisent tous les jours avec leurs parents. Demandez-lui de montrer des personnes et des animaux différents dans un livre, un magazine ou une affiche. Félicitez-le pour avoir trouvé les animaux et les objets » !*  Si les livres ne sont pas disponibles, remplacez-les par des images, des cartes, des magazines ou des photos dans les journaux. L’importance de ce message est de fournir des exemples qui favorisent l’acquisition de compétences en lecture et en écriture par les jeunes enfants. |
| « Carte conseil 4 : Donnez à votre enfant des occasions quotidiennes d’apprendre en jouant » | Adapter en ajoutant des jeux courants dans les communautés locales. Dans tous les cas, veillez à ce que les jouets et les objets soient propres, sans danger et pas trop petits pour ne pas risquer de s’étouffer. | *Conseil pratique : « Jouez à des jeux comme « coucou » avec votre bébé. Pendant qu’il vous regarde, couvrez votre visage avec vos mains ou un tissu. Dites : « Où est papa ? Ouvrez les mains et dites « Boo ! Me voici ! » Riez avec le bébé quand il vous voit ! Il commence à comprendre que vous ne disparaissez pas quand il ne vous voit pas ».*  Il s’agit du jeu « coucou ». S’il existe une version ou un nom local, vous pouvez l’utiliser. Si cette activité n’est pas familière, envisagez de la remplacer par une autre activité adaptée au développement d’un enfant âgé de 9 à 12 mois.  *Conseil pratique : « Boostez l’imagination de votre enfant en utilisant des marionnettes chaussettes. Inventez une histoire en utilisant les marionnettes ».*  Les marionnettes chaussettes peuvent être remplacées par n’importe quel objet ménager permettant de jouer et de raconter des histoires. Par exemple, une assiette en plastique utilisée pour faire semblant d’être un volant pour emmener votre bébé en promenade, ou une longue cuillère utilisée comme poignée de bicyclette. |
| « Carte conseil 5 : Demandez de l’aide si vous êtes préoccupé par le développement de votre enfant » | Les orientations relatives à cette carte doivent être mises à jour en fonction des références locales appropriées. N’oubliez pas d’inclure les associations de personnes handicapées dans la cartographie des services. | Le dernier conseil pratique à partager avec les dispensateurs de soins, s’il n’y a pas de préoccupation, fait référence à d’autres cartes conseils dans l’*Addendum RCEL* et dans le *kit de conseil C-ANJE*. Ce document devra être modifié pour indiquer correctement où trouver les Cartes conseils ANJE dans les documents de votre programme. |
| « Carte conseil 6 : Prendre soin de soi pour mieux prendre soin de son enfant » | *Message clé : « Créer des routines est utile pour vous et votre enfant. Pensez à inclure des activités que vous aimez dans votre routine. Pensez à chanter, coudre, faire de l’exercice, danser, dessiner ou toute autre activité qui vous calme et vous aide à prendre soin de vous ».*  Remplacer les exemples d’activités relaxantes par des activités courantes et adaptées au contexte local, telles que le yoga, les promenades, la prière, etc.  *Message clé : « Chaque fois que vous vous sentez épuisé et dépassé, il est bon de demander de l’aide à votre partenaire, à votre famille ou à vos amis. Si ces sentiments ne disparaissent pas, faites-vous consulter dans un centre de santé. La dépression et l’anxiété sont des problèmes courants, surtout dans la période post-partum, et nécessitent un traitement ».*  Remplacer la recommandation relative à la recherche d’une aide supplémentaire auprès d’un établissement de santé en cas de doute sur le site d’orientation approprié pour les problèmes de santé mentale dans le contexte local. | Cette carte peut inciter des discussions sur des circonstances familiales et personnelles stressantes. Le kit de formation comprend une activité de cartographie des ressources locales et il peut être utile de fournir des informations supplémentaires sur cette carte, le cas échéant, comme les services de lutte contre la violence basée sur le genre ou les programmes d’aide sociale/de protection. |
| « Carte 7 pour circonstances particulières : Difficultés d’alimentation » | *Message clé : « Les enfants qui ont des difficultés à s’alimenter courent un risque accru de malnutrition. Il est important de surveiller régulièrement la croissance de tous les enfants et de leur donner des aliments variés à chaque repas ».*  Au lieu d’un message général sur le suivi régulier de la croissance, il devrait être modifié pour indiquer clairement quand et où le suivi de la croissance de l’enfant doit être effectué dans le contexte spécifique.  *« Consultez immédiatement un centre de santé si votre enfant perd du poids ou présente des signes d’alerte tels qu’une toux fréquente ou des larmoiements pendant l’alimentation, une crispation de la mâchoire qui l’empêche de s’alimenter, une respiration rapide ou une respiration qui devient humide, une transpiration excessive ou une fatigue rapide pendant l’alimentation, ou des vomissements après l’alimentation ».*  Veillez à ce que le bon site d’orientation soit indiqué pour les enfants qui présentent l’un de ces signes de danger en ce qui concerne l’alimentation.  Conseils pratiques sur l’allaitement : Les conseils pratiques font actuellement référence à des informations supplémentaires disponibles dans le *kit de conseil C-ANJE* sur les positions d’allaitement et l’expression du lait maternel. Indiquez ici l’emplacement exact de ces informations dans le kit de votre programme. | Illustrations permettant de modifier les aliments pour remédier aux difficultés de mastication et de déglutition : Certains aliments sont plus faciles à modifier que d’autres, et les exemples donnés dans les illustrations doivent être adaptés aux aliments disponibles localement. Nous encourageons l’utilisation d’un tamis pour l’obtention d’une purée lisse, ce qui est différent de la réduction en purée des aliments qui auront encore des textures différentes (c’est-à-dire des morceaux lisses et des gros morceaux), difficile à manger pour l’enfant. Si des tamis ne sont pas disponibles dans votre contexte local, cette méthode peut être modifiée.  Conseils pratiques sur les « Difficultés d’auto-alimentation » : Vous pouvez remplacer les suggestions d’ustensiles ou d’assiettes modifiés par des exemples disponibles dans votre environnement, par exemple en encourageant l’enfant à utiliser ses mains pour s’alimenter avec une assiette à bords profonds si les ustensiles ne sont pas disponibles.  Les problèmes d’alimentation spécifiques au contexte, tels que l’appétit difficile ou le manque d’appétit : Il ne s’agit pas nécessairement de difficultés d’alimentation ou de problèmes spécifiques aux enfants handicapés, mais des problèmes d’alimentation couramment signalés par les dispensateurs de soins. Ceux-ci doivent être conservés s’ils sont signalés comme des défis courants dans votre contexte lors de l’analyse du contexte. Toutefois, ils peuvent être abandonnés s’ils ne sont pas couramment rencontrés. Vous pouvez vous demander si l’expression « picorer » n’a pas plutôt sa place dans la carte sur l’alimentation sensible aux besoins de l’enfant chez les enfants de 12 à 23 mois, car il est courant de voir des enfants exprimer des préférences lorsqu’ils découvrent les nouvelles textures et les nouveaux goûts des différents aliments de leur régime alimentaire.  Envisagez d’ajouter aux conseils pratiques d’autres exemples de difficultés d’alimentation que les enfants peuvent rencontrer dans votre communauté locale ; par exemple, si certaines conditions telles que l’infirmité motrice cérébrale, l’autisme ou la fente labiale et/ou palatine sont répandues.  La dernière « note » sur la carte conseil pour un enfant malade consiste à utiliser les cartes conseils du *kit de conseil C-ANJE*. Ce document devra être modifié pour indiquer correctement où trouver les cartes conseils ANJE dans les documents de votre programme. |

# 

Annexe 8. Considérations relatives à l’adaptation du kit de formation de l *‘Addendum RCEL*

Une version orientée vers le portrait de ce tableau est fournie ci-dessous. Une version du tableau en paysage, qui est également modifiable, est disponible sur le [site web de l’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/Responsive_Care_and_Early_Learning_Addendum/fr/annexe_8).

| **Séance** | **Doit-on adapter la séance ?** | **Comment adapter le Guide du facilitateur** | **Comment adapter le Support de formation** | **Comment adapter les manuels des participants** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Introduction/Contexte** | Oui, si des adaptations sont apportées aux composantes du Kit de formation. | Indiquer la source des matériels originaux de l’*Addendum RCEL* de l’USAID Advancing Nutrition. | Indiquer la source des matériels originaux de l’*Addendum RCEL* de l’USAID Advancing Nutrition. | Indiquer la source des matériels originaux de l’*Addendum RCEL* de l’USAID Advancing Nutrition. |
| **Séance 1 : Accueil, présentations, objectifs et pré-évaluation** | Il est inutile de faire des adaptations. |  |  |  |
| **Séance 2 : Qu’est-ce que les soins attentifs et pourquoi sont-ils importants ?** | Oui, si vous adaptez les illustrations des *cartes conseils* au contexte local.  *Remarque : La figure 2.1.1 ne peut pas être modifiée.* | Mettez à jour les illustrations des figures 2.2.2 et 2.2.3 avec les illustrations adaptées des *cartes conseil* de l ‘*Addendum RCEL*, les illustrations des *Cartes conseils C-ANJE* de votre pays, et/ou les illustrations de la [banque d’images ANJE de l’UNICEF/USAID Advancing Nutrition](https://iycf.advancingnutrition.org/). | Mettre à jour les illustrations dans les supports de formation suivants : « 2.2 : Illustration d’un bébé en bonne santé », « 2.3 : Cartes d’expérience (enfant A) », « 2.4 :Cartes d’expérience (enfant B) » et « 2.6 : Quatre domaines de développement », avec les illustrations adaptées de *la carte conseil* de l’*Addendum RCEL*, les illustrations des *cartes conseil de l’ANJE* de votre pays et/ou les illustrations de la [banque d’images ANJE de l’UNICEF/USAID Advancing Nutrition](https://iycf.advancingnutrition.org/). |  |
| Oui, si votre pays ou votre programme utilise un langage différent pour décrire les domaines de développement ou les stades du développement. | Mettre à jour le texte de l’objectif d’apprentissage 3, Activité 1 pour indiquer comment les domaines de développement et les stades du développement sont utilisés dans le contexte local. |  |  |
| **Séance 3 : Principes de base du changement de comportement et discussion avec les dispensateurs de soins lors des séances de groupe** | Oui, si les participants à la formation ne mènent pas des séances de groupe conformément à la conception de votre programme. | Supprimer « Objectif d’apprentissage 2, Activité 2 ». |  |  |
| **Séance 4 : Apprendre à conseiller : Parler avec les dispensateurs de soins** | Oui, si les participants à la formation ne mènent pas de séances de conseil individuelles conformément à la conception de votre programme. | Supprimer l’ensemble de la « séance 4 ». |  | Supprimer le « Manuel 4.1 : Avantages des études de cas de conseil individuel ». |
| Oui, si votre programme ou contexte utilise une liste de contrôle ANJE ou de santé infantile distincte pour les séances de conseil individuelles. | Introduire cette liste de contrôle, qui est idéalement une liste de contrôle intégrée de l’ANJE ou de la santé infantile/RCEL, au cours de « l’Objectif d’apprentissage 1, Activité 3 ». |  |  |
| Peut-être, si vous souhaitez inclure des vidéos dans le kit de formation. Il peut être utile de visionner la vidéo de l’USAID Advancing Nutrition sur la conduite d’une séance de conseil individuelle pour montrer comment conseiller à l’aide de l’*Addendum RCEL*. La vidéo peut être téléchargée à partir du [site web de l’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/activities/responsive-care-videos). |  |  |  |
| **Séance 5 : Fournir de soins répondant aux besoins** | *Remarque : Les illustrations utilisées dans le support de formation 5.1 : « Histoires de soins répondant aux besoins » ont été volontairement conservées sous forme de simples croquis illustrant des personnes issues de différentes cultures à travers le monde, afin de réduire le besoin d’adaptations. Elles sont soigneusement conçues pour montrer des interactions réactives et ne doivent pas être modifiées. Cependant, vous pouvez choisir de remplacer l’activité Histoires de soins répondant aux besoins par des Vidéos de soins répondant aux besoins et les supports de formation qui les accompagnent si vous avez accès à un équipement audiovisuel. Les vidéos sur les soins répondant aux besoins sont disponibles sur le* [*site web de l’USAID Advancing Nutrition*](https://www.advancingnutrition.org/what-we-do/activities/responsive-care-videos)*.* |  |  |  |
| Oui, si les participants à la formation ne mènent pas de séances de conseil individuelles conformément à la conception de votre programme. | Adaptez les étapes de « l’Objectif d’apprentissage 2, Activité 2 » d’un jeu de rôle de conseil individuel à un jeu de rôle de séance de groupe. Vous pouvez utiliser la « Séance 6 » « Objectif d’apprentissage 2, Activité 1 » comme guide pour adapter le jeu de rôle à une séance de groupe.  Supprimer « Etapes pour conseiller les individus et les familles » et « Identifier les sujets sur lesquels conseiller les individus et les familles » de la liste des préparations préalables et les remplacer par « Etapes pour faciliter des séances de groupe » et « Guide de facilitation des séances de groupe ». |  | Adapter le « Manuel 5.1 : Jeu de rôle de conseil individuel en matière de soins répondant aux besoins » d’un jeu de rôle de conseil individuel à un jeu de rôle de séance de groupe. Vous pouvez utiliser le « Manuel 6.1 : Communication et jeu - Jeu de rôle pour une séance de groupe » comme guide pour l’adaptation d’un jeu de rôle pour une séance de groupe. |
| Oui, si vous prévoyez d’utiliser une liste de contrôle pour la supervision de soutien dans votre programme, qui peut être l’exemple de liste de contrôle fourni à l’annexe 3, une liste de contrôle existante ou une combinaison des deux. | Présentez la liste de contrôle de la supervision de soutien pendant la formation avant que les participants ne l’utilisent pendant l’observation pour le jeu de rôle de cette séance. |  | Fournir la liste de contrôle sous forme de manuel à distribuer. Vous devrez également mettre à jour les instructions pour les observateurs dans « le Manuel 5.1 : Jeu de rôle de conseil individuel en soins répondant aux besoins » pour indiquer qu’ils doivent utiliser la liste de contrôle de la supervision de soutien lorsqu’ils observent le jeu de rôle. |
| **Séance 6 : L’apprentissage précoce par la communication et le jeu** | Oui, si les participants à la formation ne mènent pas des séances de groupe conformément à la conception de votre programme. | Adaptez les étapes de « l’Objectif d’apprentissage 2, Activité 1 » d’un jeu de rôle de séance de groupe à un jeu de rôle de conseil individuel. Vous pouvez utiliser la « Séance 5 », « Objectif d’apprentissage 2, Activité 2 » comme guide pour l’adapter au jeu de rôle d’une séance de conseil individuel.  Supprimer « Etapes pour la facilitation des séances de groupe » et « Guide de facilitation de séance de groupe » de la liste des préparations préalables et les remplacer par « Etapes pour conseiller les individus et les familles » et « Identifier les sujets sur lesquels conseiller les individus et les familles ». |  | Adaptez le « Manuel 6.1 : Jeu de rôle pour une séance de groupe sur la communication et le jeu » d’un jeu de rôle pour une séance de groupe à un jeu de rôle pour une séance de conseil individuel. Vous pouvez utiliser le « Manuel 5.1 : Jeu de rôle de conseil individuel sur les soins répondant aux besoins » comme guide pour l’adapter à un jeu de rôle de conseil individuel. |
| Oui, si vous prévoyez d’utiliser une liste de contrôle pour la supervision de soutien dans votre programme, qui peut être l’exemple de liste de contrôle fourni à l’annexe 3, une liste de contrôle existante ou une combinaison des deux. | Présentez la liste de contrôle de la supervision de soutien pendant la formation avant que les participants ne l’utilisent pendant l’observation pour le jeu de rôle de cette séance. |  | Fournir la liste de contrôle sous forme de manuel à distribuer. Vous devrez également mettre à jour les instructions pour les observateurs dans le « Manuel 6.1 : Jeu de rôle d’une séance de groupe sur la communication et le jeu » pour indiquer qu’ils doivent utiliser la liste de contrôle de la supervision de soutien lorsqu’ils observent le jeu de rôle. Cette mise à jour devra être effectuée dans les deux jeux de rôle pour la « Carte conseil 3 » et la « Carte conseil 4 ». |
| **Séance 7 : Bilan de la première journée, questions et réponses, et évaluation de la première journée** | Il est inutile de faire des adaptations. |  |  |  |
| **Séance 8 : Ouverture de la deuxième journée et récapitulation de la première journée** | Oui, si vous avez modifié le contenu de l’une des séances de formation du premier jour. | Examinez les questions de récapitulation pour vous assurer qu’elles sont toujours appropriées compte tenu des modifications que vous avez apportées. Effectuez les mises à jour nécessaires. |  |  |
| Oui, si vous organisez une formation des facilitateurs. | Lors de la formation des facilitateurs, la « Séance 6 : L’apprentissage précoce par la communication et le jeu » n’est pas abordée le premier jour. Déplacez les questions d’examen sur ce sujet vers la séance B pour la formation de ces derniers. |  |  |
| **Séance 9 : Suivi du développement des enfants** | Oui, si votre pays ou votre programme dispose d’un outil standard d’évaluation du développement de l’enfant ou d’une liste de contrôle des stades, comme celle qui figure dans le carnet de santé de la mère ou de l’enfant. | Mettez à jour les « Informations clés, Objectif d’apprentissage 1, Activité 1» avec les stades utilisés dans votre pays ou programme. | Créez votre propre jeu de cartes de stades en utilisant ceux utilisés dans votre pays ou programme, et remplacez-le par le jeu de cartes du « Manuel de formation 9.1 : Cartes des stades de développement ». | Mettez à jour le « Manuel 9.1 : Tableau des stades de développement » avec les stades utilisés dans votre pays ou programme. En outre, vous pouvez inclure une copie de l’outil d’évaluation du développement de l’enfant ou de la liste de contrôle des stades de votre pays ou de votre programme, ainsi que des conseils d’orientation dans les *Manuels des participants*. |
| Oui, si les participants à la formation ne mènent pas de séances de conseil individuelles conformément à la conception de votre programme. | Adaptez les étapes de « l’Objectif d’apprentissage 3, Activité 1 » d’un jeu de rôle de conseil individuel à un jeu de rôle de séance de groupe. Vous pouvez utiliser la « Séance 6 » « Objectif d’apprentissage 2, Activité 1 » comme guide pour adapter un jeu de rôle à une séance de groupe.  Supprimer « Etapes pour conseiller les individus et les familles » et « Identifier les sujets sur lesquels conseiller les individus et les familles » de la liste des préparations préalables et les remplacer par « Etapes pour faciliter des séances de groupe » et « Guide de facilitation des séances de groupe ». |  | Adaptez les informations du « Manuel 9.2 : Suivi du développement de l’enfant - Jeu de rôle de conseil individuel » d’un jeu de rôle de conseil individuel à un jeu de rôle de séance de groupe. |
| Oui, si vous prévoyez d’utiliser une liste de contrôle pour la supervision de soutien dans votre programme, qui peut être l’exemple de liste de contrôle fourni à l’annexe 3, une liste de contrôle existante ou une combinaison des deux. | Présentez la liste de contrôle de la supervision de soutien pendant la formation avant que les participants ne l’utilisent pendant l’observation pour le jeu de rôle de cette séance. |  | Fournir la liste de contrôle sous forme de manuel à distribuer. Vous devrez également mettre à jour les instructions pour les observateurs dans le « Manuel 9.2 : Suivi du développement de l’enfant - Jeu de rôle de conseil individuel » pour indiquer qu’ils doivent utiliser la liste de contrôle de la supervision de soutien lorsqu’ils observent le jeu de rôle. Cette mise à jour devra être effectuée pour les quatre scénarios de ce jeu de rôle. |
| **Séance 10 : Prendre soin du dispensateur de soins** | Voir la remarque dans la colonne suivante pour les informations que le facilitateur doit préparer avant la séance. | *Remarque : Dans « l’Objectif d’apprentissage 3, Activité 1 », les participants créeront des cartes des ressources de la communauté et examineront ces cartes dans « l’Objectif d’apprentissage 3, Activité ». Il est important que le facilitateur dispose d’informations générales sur les ressources disponibles dans le contexte local vers lesquelles les conseillers peuvent orienter les parents pour diverses raisons, notamment s’ils ont des préoccupations concernant le développement de leur enfant (y compris le dépistage des troubles auditifs et visuels), le suivi de la croissance, la santé mentale, les services destinés aux parents ou aux enfants handicapés, la violence domestique ou les mauvais traitements, et bien d’autres questions. Au cours des séances de formation, les participants complèteront cette liste avec d’autres idées.* |  |  |
| **Séance 11 : Comment aider les enfants ayant des difficultés à s’alimenter ?** | Oui, si les aliments utilisés dans le « Support de formation 11.1 : Cartes de problèmes et de solutions pour les enfants ayant des difficultés d’alimentation » ne sont pas disponibles ou courants dans votre localité. |  | Remplacer les aliments du « Support de formation 11.1 » par des aliments disponibles et plus courants dans votre environnement. Par exemple, la bouillie peut être remplacée par une autre céréale chaude, comme les farines d’avoine. |  |
| *Remarque : les illustrations utilisées dans le «  »Support de formation 11.l » ont été délibérément conservées sous forme de simples croquis illustrant des personnes issues de différentes cultures à travers le monde, afin de réduire le besoin d’adaptations. Elles sont soigneusement conçues pour illustrer les différentes difficultés et solutions en matière d’alimentation et ne doivent pas être modifiées.* |  |  |  |
| **Séance 12 : Réflexions sur ce que nous avons appris et post-évaluation** | Oui, si des adaptations ont été apportées aux domaines de développement utilisés dans le contexte local. | Mettre à jour les questions et les réponses dans « Objectif d’apprentissage 1, Activité 1, Question a » en conséquence. |  |  |
| Oui, si des adaptations ont été apportées à la « Carte conseil 5 » pour y inclure des informations spécifiques sur l’orientation. | Mettre à jour les questions et les réponses dans « Objectif d’apprentissage 1, Activité 1, Question b » en conséquence. |  |  |
| Oui, si des adaptations ont été apportées à la « Carte conseil 7 sur des circonstances particulières » pour inclure des informations spécifiques sur l’orientation ou des exemples supplémentaires de difficultés d’alimentation. | Mettre à jour les questions et les réponses dans « Objectif d’apprentissage 1, Activité 1, Question a» en conséquence. |  |  |
| **Séance optionnelle 1 : S’entraîner au conseil individuel et à la facilitation des séances de groupe** | Oui, cette séance optionnelle serait particulièrement utile pour les conseillers moins expérimentés dans l’accompagnement des dispensateurs de soins de jeunes enfants et est recommandée pour toutes les formations si le temps et le budget le permettent. | Si cette séance est intégrée à la formation, il convient de l’inclure dans le plan de formation et de mettre à jour le calendrier de formation en conséquence. |  |  |
| Oui, si les participants à la formation ne facilitent pas le conseil individuel  selon la conception de votre programme. | Supprimer « Objectif d’apprentissage 1, Activité 1 » et augmenter le temps alloué à « Objectif d’apprentissage 2, Activité 1 ».  Supprimer les cartes sur les « Etapes pour conseiller les individus et les familles » et « Identifier les sujets sur lesquels conseiller les individus et les familles » de la liste du matériel et de la liste de préparation préalable. |  |  |
| Oui, si les participants à la formation ne facilitent pas les séances de groupe conformément à la conception de votre programme. | Supprimer « Objectif d’apprentissage 2, Activité 1 » et augmenter le temps alloué à « Objectif d’apprentissage 1, Activité 1 ».  Retirez les cartes sur les « Étapes pour la facilitation des séances de groupe » et « Guide de facilitation des séances de groupe » de la liste du matériel et de la liste des préparations préalables. |  |  |
| **Séance optionnelle 2 : Comment fabriquer des jouets maison** | Oui, cette séance optionnelle serait particulièrement utile si les participants à la formation sont moins expérimentés dans la fabrication ou l’utilisation de jouets et est recommandée pour toutes les formations si le temps et le budget le permettent.  Cependant, « le Manuel pour la séance optionnelle 2 : Exemples de jouets faits maison » reste une ressource utile pour les conseillers, même si vous n’êtes pas en mesure d’organiser cette séance dans le cadre de la formation. | Si cette séance est intégrée à la formation, il convient de l’inclure dans le plan de formation et de mettre à jour le calendrier de formation en conséquence.  Examinez la liste du matériel pour cette séance et adaptez-la en fonction de ce qui est disponible dans votre contexte. |  | Passez en revue le matériel présenté dans le « Manuel pour la séance optionnelle 2 : Exemples de jouets faits maison » et adaptez-le en fonction de ce qui est disponible dans votre contexte. |
| **Séance B pour le facilitateur : Ouverture de la troisième journée et récapitulation de la deuxième journée** | Il est inutile de faire des adaptations. |  |  |  |
| **Séance C pour le facilitateur : Principes du mentorat** | Oui, si votre système de supervision ou de mentorat et vos exigences spécifiques diffèrent des informations fournies lors de la séance. | Mettez à jour cette séance avec plus de détails sur la supervision et le mentorat en fonction de votre contexte. |  |  |
| **Séance D pour le facilitateur : Réflexions sur ce que nous avons appris au cours des 3 jours** | Il est inutile de faire des adaptations. |  |  |  |
| **Séance E pour le facilitateur : Préparation de la formation de deux jours des conseillers** | Oui. Cette séance doit être adaptée à votre programme et à votre plan de formation. | Incorporez les détails de vos plans de formation spécifiques dans « l’Objectif d’apprentissage 1, Activité 1 » pour préparer la formation des conseillers. |  |  |

Annexe 9. Matrice de Suivi de l’Adaptation du Kit de Formation

Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la matrice de suivi de l’adaptation des supports de formation. La version complète et modifiable de la matrice est disponible sur le [site web de l’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/Responsive_Care_and_Early_Learning_Addendum/fr/annexe_9).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Guide du facilitateur** | | | | **Support de formation** | | | | **Manuel des participants** | | | |
| **Séance** | **Modifications proposées** | **Personne responsable** | **Statut** | **Notes sur le statut** | **Modifications proposées** | **Personne responsable** | **Statut** | **Notes sur le statut** | **Modifications proposées** | **Personne responsable** | **Statut** | **Notes sur le statut** |
| Vue d’ensemble |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 1 : Accueil, présentations, objectifs et pré-évaluation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 2 : Qu’est-ce que les soins attentifs et pourquoi sont-ils importants ? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 3 : Principes de base du changement de comportement et discussion avec les dispensateurs de soins lors des séances de groupe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 4 : Apprendre à conseiller : Parler avec les dispensateurs de soins |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 5 : Fournir les soins répondant aux besoins |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 6 : L’apprentissage précoce par la communication et le jeu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 7 : Bilan de la première journée, questions et réponses, et évaluation de la première journée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Séance 8 : Ouverture de la deuxième journée et récapitulation de la première journée |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Annexe 10. Outils de pré-test

Un échantillon des outils de prétest est présenté ci-dessous. Des versions modifiables des guides de discussion complets et des registres des participants sont disponibles sur le [site web de l’USAID Advancing Nutrition](https://www.advancingnutrition.org/Responsive_Care_and_Early_Learning_Addendum/fr/annex_10).

Fiche de prise de notes lors des groupes de discussion et des entretiens

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Carte ou illustration** | **Questions** | **Remarques** |
| **Revue de toutes les illustrations et de chaque carte conseil** | | |
| **Face illustrée de chaque carte conseil** | Cette carte contient des informations que nous souhaitons partager avec certaines personnes. Pourriez-vous y jeter un coup d’œil et me dire, avec vos propres mots, de quoi s’agit-il selon vous ?  Qui serait, selon vous, la meilleure personne avec qui partager ces informations ou à qui donner cette carte, et pourquoi ?  Quand pensez-vous que cette carte devrait être remise à cette personne (moment et/ou lieu) ? |  |
| **Illustrations individuelles** | Dites-moi ce que vous voyez dans cette illustration.  (Sondez, si nécessaire, pour obtenir des réactions !) Que se passe-t-il dans cette scène ? Dites-moi ce que vous pensez de l’illustration. Est-ce un phénomène que vous observez dans votre communauté ? Cela vous plaît-il ? Pouvez-vous nous faire part de vos suggestions pour améliorer cette illustration ? |  |
| **Face illustrée de chaque carte conseil** | Avez-vous d’autres suggestions (réactions ou commentaires) sur cette carte que vous souhaiteriez partager avec nous ? |  |
| **Examen de chaque message clé et conseil pratique** | | |
| **Messages clés et conseils pratiques** | Que pensez-vous que ces messages vous disent de faire ? Quels sont les mots ou les parties difficiles à comprendre ?  Y a-t-il des choses que vous trouvez sensibles, ennuyeuses ou inappropriées ?  Qui serait, selon vous, la meilleure personne avec qui partager ces informations ou à qui donner cette carte, et pourquoi ?  Qu’est-ce que ces messages vous incitent à faire ? Quelle est la probabilité que vous le fassiez ?  Quelle nouvelle chose avez-vous apprise ? Y a-t-il des éléments qui, selon vous, manquent ? |  |
| **Commentaires généraux sur la carte conseil** | Après avoir examiné les messages et les illustrations de cette carte, pensez-vous qu’ils vont bien ensemble ? Souhaitez-vous nous faire part d’autres commentaires ? |  |

Registres des participants au pré-test

Groupes de discussion

**Groupe de discussion # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu du groupe de discussion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Type de Groupe de discussion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Type de participant** | **Sexe** | **Âge** | **Niveau d’études le plus élevé** |
|  | *Mère, père, autre dispensateur de soins, agent de santé, agent de santé communautaire, etc.* | *M ou F* | *En années* | *Aucun, primaire, secondaire, universitaire ou supérieur* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

Entretien individuel

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Date de l’entretien** | **Lieu de l’entretien** | **Type de participant** | **Sexe** | **Âge** | **Niveau d’études le plus élevé** |
|  |  |  | *Mère, père, autre dispensateur de soins, agent de santé, Reco, etc.* | *M ou F* | *En années* | *Aucun, primaire, secondaire, universitaire ou supérieur* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |

Annexe 11. Suggestions de combinaison de sujets de conseil pour les groupes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Séance** | ***Cartes conseils*** | **Explication** |
| 1 | « Carte conseil 1 : Vos soins attentifs permettent à votre enfant à bien grandir et se développer »  « Carte conseil 2 : Apprenez à votre enfant à manger avec amour, patience et bonne humeur. » | Les deux premières cartes conseils de l’*Addendum RCEL* sont axées sur les pratiques de soins répondant aux besoins, et la deuxième carte se concentre sur les soins répondant aux besoins dans le contexte de l’alimentation. Les soins attentifs sont la base de soins attentifs, et les dispensateurs de soins attentifs sont mieux à même de soutenir le développement harmonieux de leur enfant. Par conséquent, ces cartes sont considérées comme essentielles pour tous les dispensateurs de soins et sont plus appropriées au cours des premières semaines de la vie de l’enfant, lorsque ces derniers apprennent à reconnaître les signaux de leur enfant. Il est également particulièrement important de revenir sur l’alimentation sensible aux besoins de l’enfant lorsque les enfants passent à l’alimentation de complément et apprennent à être plus indépendants pendant les repas. |
| 2 | Écouter et parler à votre enfant en permanence  « Carte conseil 4 : Donnez à votre enfant des occasions quotidiennes d’apprendre en jouant » | Ces deux cartes favorisent l’apprentissage précoce. Le premier se concentre spécifiquement sur la promotion du développement du langage, et le second se concentre plus largement sur l’apprentissage par le jeu. Ces cartes sont idéales pour pratiquer en groupe et encourager les dispensateurs de soins à essayer différentes activités des Conseils pratiques en fonction de l’âge de leur enfant et à se motiver les uns les autres pour déterminer comment intégrer le jeu dans leur routine quotidienne. |
| 3 | « Carte conseil 5 : Demandez de l’aide si vous êtes préoccupé par le développement de votre enfant »  « Carte 7 pour circonstances particulières : Difficultés d’alimentation » | Ces deux cartes visent à comprendre le développement de l’enfant et à encourager la participation aux services de soins aux enfants, tels que le suivi de la croissance et du développement. L’OMS recommande que le développement de tous les enfants soit surveillé à l’aide d’outils simples, notamment en posant des questions sur les préoccupations et en vérifiant la présence d’une brève liste de contrôle des stades qui peuvent donner lieu à une évaluation plus approfondie par un prestataire plus qualifié (OMS 2020b). La « carte conseil 5 » consiste à s’enquérir des préoccupations des dispensateurs de soins et à orienter les enfants qui ont besoin d’un suivi supplémentaire vers un d prestataire de soins qualifié de niveau supérieur. Si vous disposez dans votre contexte d’une liste de contrôle des stades ou d’un autre outil permettant de parler des stades de développement, il est recommandé de présenter cet outil et d’en discuter à ce moment-là afin de promouvoir son utilisation. Au cours de la discussion sur la « Carte conseil 5 », les dispensateurs de soins peuvent faire part des difficultés que l’enfant rencontre pour se nourrir. La « Carte conseil 7 pour circonstances particulières » doit être utilisée dans les cas particuliers où les dispensateurs de soins ont exprimé des inquiétudes au sujet de l’alimentation, mais qui ne s’applique pas à tous les enfants. |
| 4 | « Carte conseil 6 : Prendre soin de soi pour mieux prendre soin de son enfant » | La « Carte conseil 6 » est une carte importante pour tous les dispensateurs de soins. Il s’agit d’aider les dispensateurs de soins à prendre soin d’eux-mêmes pour leur propre bien-être et d’orienter ceux qui s’inquiètent de leur santé mentale ou de leur bien-être vers le soutien supplémentaire disponible dans la communauté locale. Pour y accorder l’attention nécessaire, il convient d’examiner cette carte séparément des autres. Cependant, certaines cartes conseils de *l’ANJE* pourraient s’intégrer parfaitement au thème du bien-être des dispensateurs de soins, tel que décrit ci-dessous. |
| 5 | « Carte conseil 2 : Apprenez à votre enfant à manger avec amour, patience et bonne humeur ».  Cartes conseils *C-ANJE* sur l’alimentation de complément par groupe d’âge | Il est particulièrement important d’aborder la question de l’alimentation sensible aux besoins de l’enfant avec les dispensateurs de soins lorsque l’enfant vient d’être initié aux aliments de complément ou qu’il a commencé à recevoir des aliments de complément s. Les conseillers qui utilisent les cartes d’alimentation de complément par âge avec les dispensateurs de soins peuvent discuter sur comment pratiquer de soins attentifs pendant les repas. Ces cartes peuvent s’avérer efficaces dans le cadre d’un conseil individuel ou d’une séance de groupe. |
| 6 | « Carte conseil 5 : Demandez de l’aide si vous êtes préoccupé par le développement de votre enfant »  Carte conseil *C-ANJE* sur le « suivi et la promotion régulière de la croissance ». | La carte conseil *C-ANJE* qui encourage le suivi et la promotion régulière de la croissance décrit ce que les dispensateurs de soins doivent faire pour suivre régulièrement la croissance de leur enfant et ce qui se passera pendant les séances de suivi et de promotion de la croissance. Lors d’une séance consacrée aux avantages de la surveillance et de la promotion de la croissance, un conseiller peut également discuter des informations figurant sur la « Carte conseil 5 », qui encourage les dispensateurs de soins à faire surveiller régulièrement la croissance, le développement, l’audition et la vision de leur enfant. |
| 7 | « Carte conseil 6 : Prendre soin de soi pour mieux prendre soin de son enfant »  Carte conseil *C-ANJE* sur « l’allaitement à la demande, de jour comme de nuit ». | Lorsqu’un bébé est très jeune et qu’il est allaité à la demande jour et nuit, cela peut représenter un défi pour la mère. Au cours de cette période, la mère peut éprouver divers sentiments et émotions, y compris de nombreuses expériences positives liés aux liens affectifs avec son bébé, mais aussi des expériences négatives, comme éprouver le sentiment d’être débordée en essayant de trouver un équilibre entre ses responsabilités professionnelles et domestiques et l’alimentation de son bébé. En combinant une discussion sur l’allaitement à la demande avec la « Carte conseil 6 », le conseiller peut discuter de ces défis avec la mère et des moyens qu’elle peut utiliser pour identifier et rechercher un soutien. |

Annexe 12. Liste de contrôle pour la préparation de la formation

Préparer les facilitateurs

* Envoyer les invitations aux facilitateurs au moins un mois avant la formation.
* S’assurer que les facilitateurs ont les autorisations nécessaires pour être présents pendant toute la durée de la formation, sans interruption.

Préparation des participants

* Envoyez les invitations aux participants au moins un mois avant la formation.
* S’assurer que les participants ont les autorisations nécessaires pour être présents pendant toute la durée de la formation, sans interruption.

Matériel nécessaire à la formation

* Les documents suivants seront utilisés tout au long de la formation :
* Guide du facilitateur : Un par facilitateur
* Support de formation : Un seul lot est généralement nécessaire pour une formation donnée. Le nombre nécessaire varie en fonction de votre plan de formation.
* Manuels des participants : Un par facilitateur et un par participant
* Cartes conseils : Un par facilitateur et un par participant
* Manuels à distribuer (annexe 4 du Guide du facilitateur) : Les informations relatives à l’impression de ces manuels se trouvent sur la première page de l’annexe 4 du Guide du facilitateur. Le nombre d’exemplaires de certains manuels dépend du nombre total de participants.
* Ordre du jour de la formation : Un par facilitateur et un par participant (si nécessaire, l’ordre du jour peut également être rédigé sur une page de tableau-papier).
* Fiche de présence journalière
* Matériels pour les badges (papier cartonné, stylos ou marqueurs, épingles ou perforatrice et ruban).
* Boule de caoutchouc ou boule de papier/autre matériau en vrac
* Poupées (taille normale) (une par groupe de discussion) ou matériels pour fabriquer une poupée (serviettes de bain/tissu et élastiques)
* Gobelets ou boîtes de conserve à empiler
* Feuille de papier
* Chevalets de conférence (deux à quatre)
* Marqueurs (plusieurs couleurs, si possible)
* Ruban de masquage/mastic adhésif, bâton de colle, agrafeuse, agrafes et ciseaux
* Blocs-notes/carnets et stylos pour les participants
* Grandes enveloppes/chemises pour le matériel de préparation des séances individuelles
* Caméra, photographe, caméraman, selon les besoins
* Certificats de formation, le cas échéant
* Une table pour le matériel du support de formation et les manuels
* Tapis pour s’asseoir par terre

Chaises (pour les personnes qui ne se sentent pas à l’aise par terre )

Préparer et organiser le matériel du *support de formation* et des manuels

* Découpez les pages indiquées du support de formation, en suivant les lignes en pointillé pour voir où couper.
* Mettez le matériel (demi-page, page partielle et pleine page) dans une enveloppe, en utilisant une enveloppe par séance de formation pour une bonne organisation.
* Installez une table pour le matériel dans un coin de la pièce.

Mise en place et organisation de la salle de formation

* Étendre les tapis par terre.
* Disposez des chaises sur le pourtour de l’espace de formation pour les personnes qui ne se sentent pas à l’aise en s’asseyant par terre.
* Veiller à ce que les facilitateurs et les participants disposent d’une quantité suffisante d’eau potable.
* Veiller à ce que les participants et les facilitateurs puissent déjeuner chaque jour.
* Veillez à ce que du thé ou de petites collations soient servis une ou deux fois par jour.

1

L’USAID Advancing Nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l’Agence, qui s’attaque aux causes profondes de la malnutrition pour sauver des vies et améliorer la santé et le développement à long terme.

Ce document a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l’Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

**USAID ADVANCING NUTRITION**

Mis en œuvre par :

JSI Research & Training Institute, Inc.

2733 Crystal Drive

4e étage

Arlington, VA 22202

Téléphone : 703-528-7474

Courriel : [info@advancingnutrition.org](mailto:info@advancingnutrition.org)

Site Web : [advancingnutrition.org](http://advancingnutrition.org)

Juin 2023



**Remarque :** supprimer après avoir terminé.

1. Affiliation au moment de la publication : USAID [↑](#footnote-ref-1)
2. Affiliation au moment de la publication : USAID Advancing Nutrition [↑](#footnote-ref-2)
3. Les membres du groupe consultatif technique sont mentionnés dans les remerciements. [↑](#footnote-ref-3)
4. En 2023, le *kit de conseil C-ANJE* de l'UNICEF a été mis à jour et a incorporé la majorité du contenu des *cartes-conseils de l'Addendum RCEL* dans les outils de conseil du *kit de conseil C-ANJE*. Compte tenu des priorités concurrentes, des éléments de certaines séances de formation de l'*Addendum RCEL*, mais pas toutes, ont également été adaptés et incorporés dans les outils de formation du kit de conseil*C-ANJE*. Ces changements liés au RCEL ont été proposés et pré-testés en Tanzanie et au Nigéria afin de combler les lacunes spécifiques identifiées et classées par ordre de priorité dans le *kit de conseil C-ANJE*. [↑](#footnote-ref-4)