



SPRING/HAITI

Data Collection & Quality Improvement Report

ANNEXES 2-4

October 2015

About SPRING

The Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project is a five-year USAID-funded cooperative agreement to strengthen global and country efforts to scale up high-impact nutrition practices and policies and improve maternal and child nutrition outcomes. SPRING provides state-of-the-art technical support and focuses on the prevention of stunting and maternal and child anemia in the first 1,000 days. The project is managed by JSI Research & Training Institute, Inc., with partners Helen Keller International, The Manoff Group, Save the Children, and the International Food Policy Research Institute.

Recommended Citation

SPRING/Haiti. 2015. *Data Collection and Quality Improvement Report: Annexes 2-4*. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project.

Disclaimer

The contents of this report are the responsibility of the authors, and do not necessarily reflect the views of USAID or the U.S. Government.

SPRING

1616 Fort Myer Drive

16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: info@spring-nutrition.org

Internet: www.spring-nutrition.org

Contents

ANNEX 2..... 4
ANNEX 3..... 10
ANNEX 4..... 39

Annex 2

Annex 2A: Register Review Form

ASK TO SEE THE MOST RECENT REGISTER(S) USED IN THIS UNIT, BUT NOT THE ONE CURRENTLY IN USE. SELECT TWO PAGES AT RANDOM FOR EACH OF THE FOLLOWING ITEMS FROM DIFFERENT DAYS/MONTHS DURING THE REPORTING PERIOD. RECORD THE NUMBER OF ENTRIES ON THOSE PAGES (MINIMUM OF 20 PER UNIT) FOLLOWED BY THE INFORMATION INDICATED BELOW, AS APPROPRIATE FOR EACH UNIT.

Pediatric Unit

Nombre total d'entrées dans les deux pages du registre examiné *:

** Il s'agit du nombre de lignes dans le registre avec le nom enregistré*

No.	Age (en mois)	Sexe 1= Garçon 2= Fille	Taille (en m)	Poids (en kg)	PB (en cm)	Commentaires
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
...						

Prenatal Unit (Pregnant women)

Nombre total d'entrées dans les deux pages du registre examiné *:

** Il s'agit du nombre de lignes dans le registre avec le nom enregistré*

No.	Age (en années)	PB (en cm)	Commentaires
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
...			

Annex 2B: HIV Unit *Isanté* Data Extraction Form

Name of the health facility: _____

Date: _____

ST	Sex (1=male; 2=female)	IF FEMALE: Pregnancy Status (1=pregnant; 2=not pregnant)	Age in completed years	IF <5 YEARS: Age in completed months	Weight in Kg	Height in m	MUAC in cm	Nutritional Classification	HIV status	ARV status (SP, SPC, ARV)	Food aid (yes/no)

Annex 2C: Data Extraction Form on Food Aid Distributed By Malnutrition Units

Nom de l'Institution	Mois	Donnees sur les personnes <u>PVVIH</u> qui sont malnutries ayant recu Manba, F75, or F100			Donnees sur les personnes <u>PVVIH</u> qui sont malnutries ayant recu Riz+pois+huile+sel			Donnees sur les personnes <u>HIV-</u> qui sont malnutries ayant recu Manba, F75, or F100			Donnees sur les personnes <u>HIV-</u> qui sont malnutries ayant recu Riz+pois+huile+sel		
		Nombre d'enfants < 5 ans	Nombre d'enfants ≥ 5 et <18 ans	Nombre de adults ≥ 18 ans	Nombre d'enfants < 5 ans	Nombre d'enfants ≥ 5 et <18 ans	Nombre de adults ≥ 18 ans	Nombre d'enfants < 5 ans	Nombre d'enfants ≥ 5 et <18 ans	Nombre de adults ≥ 18 ans	Nombre d'enfants < 5 ans	Nombre d'enfants ≥ 5 et <18 ans	Nombre de adults ≥ 18 ans

Annex 2D: Tool for Simplified Observation of Client-Provider Interactions in HIV Units

Name of the health facility: _____

Date: _____

No.	Unique ID or SN	Age in Completed Years	IF <5 YEARS: Age in Completed Months	Gender 1= Male 2= Female	IF A WOMAN: Is she pregnant? 1= Yes 2= No 8= Don't know	Height (in meters)	Weight (in kg)	MUAC (in cm)	Nutritional Status Classification Recorded 1= severely malnourished 2= moderately malnourished 3= normal 4= overweight 5= obese 9= not classified
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
...									

Annex 3

Annex 3A: Tool for Detailed Observation of Client-Provider Interactions in Prenatal Units

LISTE DE CONTROLE D'OBSERVATION: INTERACTION ENTRE PRESTATAIRE ET FEMME ENCEINTE

Les renseignements ci-dessous Q001-006 doivent être remplis par l'équipe de collecte de données avant que l'observation ne commence.

INFORMATION SUR L'INSTITUTION

001 NOM DE L'INSTITUTION _____
 002 SERVICE (UNITE) _____
 003 DEPARTEMENT _____
 004 COMMUNE _____

OBSERVATION INFORMATION

005 DATE.....Jour Mois Année
 006 NOM DE L'OBSERVATEUR _____ CODE DE L'OBSERVATEUR

CONSENTEMENT ECLAIRE

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENIR LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SOINS ET DU PATIENT. S'ASSURER QUE LE PRESTATAIRE EST AU COURANT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'ÉVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN «EXPERT» A CONSULTER AU COURS DE LA SESSION.

LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [NOM DE L'OBSERVATEUR]. Je suis ici au nom du projet SPRING. Je fais partie d'une équipe chargée de l'étude des services de santé en Haïti dans le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services de nutrition.

Vous êtes invité à participer à cette étude en raison du travail que vous faites dans ce centre de santé. Je voudrais observer votre prochaine consultation avec une patiente enceinte afin de mieux comprendre les services fournis dans cette institution. L'étude implique des possibilités minimales de risque, le stress et l'inconfort étant donné que les questions et les observations de l'évaluation se rapportent à vos activités quotidiennes habituelles. Les résultats de cette étude et cette observation fourniront des renseignements précieux au projet de SPRING afin de mieux aider cette institution à améliorer les services de nutrition.

Votre participation à l'étude est volontaire, et n'aura pas de conséquences sur votre emploi. Si vous décidez de participer, les informations de cette observation seront confidentielles. Ni votre nom ni le nom de votre client ne seront enregistrés. Les informations obtenues au cours de cette observation peuvent être utilisées par le ministère de la Santé ou une autre organisation pour améliorer les services, ou pour la recherche sur les services de santé. Cependant, votre identité et toute information vous concernant resteront confidentielles, et ne seront pas partagées avec votre superviseur ou autres. Si les résultats de cette étude sont publiés, vous ne serez pas identifié ni nommé dans les rapports.

Si à aucun moment vous vous sentez mal à l'aise, vous pouvez me demander d'arrêter. Cependant, nous espérons que vous ne vous occuperez pas de moi pendant que j'observe votre consultation. Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission pour assister à cette consultation ? Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment si vous le voulez sans être sanctionné.

_____ Signature de l'enquêteur		<input type="text"/> <input type="text"/> Jour	<input type="text"/> <input type="text"/> Mois	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année
(Notez que le consentement éclairé était bien obtenu)				
007	Indiquez si l'autorisation a été obtenue du prestataire	Oui1	Non.....0	→Fin

LIRE A LA FEMME ENCEINTE: Bonjour, je suis [NOM DE L' OBSERVATEUR]. Je suis ici au nom du projet SPRING. Je fais partie d'une équipe chargée de l'étude des services de santé en Haïti.

Vous êtes invitée à participer à cette étude parce que vous êtes une patiente du prestataire de soins qui sera observée par l'équipe de recherche à cette institution. L'équipe de recherche s'intéresse à observer la façon dont les prestataires de soins fournissent des services dans cette institution. Cela impliquera que le chercheur soit avec vous lors de votre visite aujourd'hui pour observer comment les prestataires de soins travaillent et fournissent des services. L'équipe de recherche va observer et prendre des notes sur le (s) prestataire (s) de soins car ils vous fournissent des services au niveau de cette clinique. L'équipe de recherche enregistrera également votre âge, votre statut nutritionnel, la date de vos dernières règles et votre statut VIH et aussi l'objectif et le type de la visite d'aujourd'hui. Cette information nous aidera à mieux comprendre ce qui est observé aujourd'hui. Bien que les informations de cette étude puissent être fournies aux chercheurs pour analyse, ni votre nom ni la date des services fournis ne feront l'objet d'aucun partage de données. Votre identité et toutes les informations sur vous resteront confidentielles et anonymes.

L'étude implique des possibilités minimales de risque, le stress et l'inconfort étant donné les observations de l'évaluation se rapportent aux prestataires de soins. Les résultats de cette étude et de cette observation fourniront des renseignements précieux au projet SPRING afin de mieux aider cette Institution à améliorer les services de nutrition.

Votre participation à l'étude est volontaire, et n'aura pas de conséquences sur les services que vous recevez. Nous n'évaluons pas l'infirmière ou le Docteur observé aujourd'hui ou l'institution.

S'il vous plaît sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre visite c'est entièrement volontaire et que vous acceptiez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevez. Si à aucun moment vous préférez que j'arrête, s'il vous plaît n'hésitez pas à me le dire.

Avez-vous des questions à me poser à ce moment? Ai-je votre permission pour assister à cette consultation?

_____ Signature de l'enquêteur		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Indiquez la disponibilité du répondant à participer dans l'Etude)				

008	NOTEZ que la femme enceinte a bien compris et donne son consentement	Oui.....1	Non.....0	→Fin
-----	--	-----------	-----------	------

INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE

009	DEMANDEZ AU PRESTATAIRE, QUEL EST SON TITRE PROFESSIONNEL ? (ENCERCLEZ LE CODE CORRESPONDANT A LA RESPONSE DONNÉE ?	PEDIATRE..... 1 OB/GYNECOLOGUE 2 MEDECIN GENERALISTE 3 DIRECTEUR MEDICAL 4 INFIRMIERE..... 5 SAGE-FEMME..... 6 ASSISTANT INFIRMIER/ AUXILLIAIRE..... 7 NUTRITIONISTE 8 EDUCATEUR SANITAIRE / TRAVAILLEUR SOCIAL / COUNSEILLER 9 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE 10 PHARMACIEN 11
010	SEXE DU PRESTATAIRE (Observer le sexe du prestataire et encercler le code correspondant)	MASCULIN 1 FEMININ 2

INFORMATIONS SUR LA CLIENTE

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS Q 011-019 DOIVENT ETRE REMPLIES APRES LE CONSENTEMENT, UTILISANT LA CARTE MSPP DU PATIENT, ENREGISTRER LES INFORMATIONS SUIVANTES AVANT L'OBSERVATION. SI L'INFORMATION NE SE TROUVE PAS SUR LA CARTE DU PATIENT, CONFIRMER AVEC LE GARDIEN) A LA FIN DE L'OBSERVATION CETTE SOURCE ALTERNATIVE EN MARGE.

011	TYPE DE VISITE	VISITE DE SUIVI 1 NOUVELLE/PREMIERE VISITE 2 VISITE (POUR OBTENIR LES RESULTATS DE LABORATOIRE..... 3
012	PRINCIPAUX MOTIFS DE LA VISITE (REVISER LA FICHE DE SOINS DE CONSULTATION- OB-GYN ET ENREGISTRER TOUS LES MOTIFS MENTIONNES)	
013	L'AGE DE LA CLIENTE EN ANNEE	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> NE SAIT PAS/ VIDE.....99
014	TAILLE DE LA CLIENTE EN CM	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> NE SAIT PAS/ VIDE..... 99
015	POIDS DE LA CLIENTE EN KILOGRAMME	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>

		NE SAIT PAS/ VIDE..... 99
016	PB DE LA CLIENTE EN MILIMETRE (MM)	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> NE SAIT PAS/ VIDE..... 99
017	CLASSIFICATION NUTRITIONNELLE	SURPOIDS/OBESE 1 NORMAL 2 MALNUTRIE 3 SEVEREMENT MALNUTRIE..... 4
018	DATE DES DERNIERES REGLES DE LA CLIENTE	A. JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/ VIDE..... 99 B. MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS/ VIDE..... 99 C. ANNEE NE SAIT PAS/ VIDE..... 99

LISTE D'OBSERVATION

Cet outil sera utilisé pour observer les interactions entre les prestataires et les femmes enceintes.

Pour chaque observation encerclez le point correspondant:

- 1 Si "oui" vous avez observé fait correctement;
- 2 Si fait, mais a besoin de correction ou d'amélioration;
- 3 Si pas fait ou mal fait;
- 4 Si non observé; ou
- 9 Si elle n'est pas applicable pour l'interaction client-prestataire est observé

NO.	ACTION	OBSERVE				
		1	2	3	4	9
1. ÉVALUATION						
Le prestataire de soins a-t-il...?						
BIEN-ÊTRE GÉNÉRAL						
101	Demandé à la cliente comment elle se sent?	1	2	3	4	9
102	Demandé à la cliente quelles sont ses préoccupations sur sa santé?	1	2	3	4	9
103	Questionné la cliente à propos de son niveau d'activité physique?	1	2	3	4	9
104	Demandé à la cliente si elle se repose suffisamment?	1	2	3	4	9
ANTHROPOMÉTRIE						
105	Pris le poids de la cliente ?	1	2	3	4	9
106	Mesuré le Périmètre Brachial (PB) de la cliente?	1	2	3	4	9
107	Revu les mesures anthropométriques prises par quelqu'un d'autre dans le centre durant la visite?	1	2	3	4	9
108	Classifie-t-on le statut nutritionnel ?	1	2	3	4	9
ASPECT CLINIQUE						
109	Fait le dépistage de l'anémie chez la cliente en considérant la pâleur (i.e. les paumes pâles ainsi que la surface intérieure des paupières)?	1	2	3	4	9
110	Demandé à la cliente si elle a des troubles de vision la nuit?	1	2	3	4	9
111	Questionné la cliente à propos des médicaments antiparasitaires pris durant la grossesse?	1	2	3	4	9
112	Questionné la cliente à propos de la prophylaxie antipaludéenne prise durant la grossesse?	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVE				
		1	2	3	4	9
PRATIQUE ALIMENTAIRE						
113	Questionné la cliente à propos de son appétit?	1	2	3	4	9
114	Questionné la cliente à propos de ses habitudes alimentaires?	1	2	3	4	9
COMPETENCES EN ASSISTANCE-CONSEIL						
Le prestataire de soins a-t-il ...?						
201	Accueilli la cliente de manière agréable, démontrant son attention (sourit, fait des gestes pour montrer qu'il comprend)?	1	2	3	4	9
202	Traité la cliente avec respect?	1	2	3	4	9
203	Communiqué dans un langage que la cliente pouvait comprendre?	1	2	3	4	9
204	Posé des questions ouvertes à la cliente (qui permettent à la cliente d'expliquer par exemple : comment allez-vous depuis la dernière fois que je vous ai vu ?)	1	2	3	4	9
205	Fait usage d'un langage corporel positif (sourire, regarder dans les yeux, se pencher vers la personne, supprimer les barrières, garder sa tête au même niveau que celui qui parle)?	1	2	3	4	9
206	Eu un comportement ouvert, rassurant et inspirant confiance	1	2	3	4	9
207	Fait un résumé ou reformulé à l'occasion ce qu'a dit la cliente ?	1	2	3	4	9
208	Félicité et/ou approuvé ce que la cliente fait bien (ex. : bon travail – ton poids a augmenté) ?	1	2	3	4	9
209	Laisse du temps à la cliente pour parler et/ou poser des questions ?	1	2	3	4	9
210	Fixé / revu les objectifs nutritionnels avec la cliente?	1	2	3	4	9
211	Proposé une petite action réalisable que la cliente peut essayer ?	1	2	3	4	9
212	Élaboré un plan avec la cliente pour qu'elle réalise les objectifs nutritionnels?	1	2	3	4	9
213	Discuté avec la cliente des défis possibles dans l'exécution et la réalisation des objectifs nutritionnels ?	1	2	3	4	9
214	Programmé une visite de suivi?	1	2	3	4	9
MESSAGES CLÉS EN ASSISTANCE CONSEIL						
Le prestataire de soins a-t-il conseillé la femme enceinte sur...?						
301	Le déroulement de la grossesse (ex. : gain de poids)	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVE				
		1	2	3	4	9
302	La nécessité d'au moins 4 visites prénatales?	1	2	3	4	9
303	La nécessité de se faire soigner en cas d'infection ou autres signes de danger durant la grossesse?	1	2	3	4	9
304	La diminution de sa charge de travail?	1	2	3	4	9
305	L'augmentation de son temps de repos?	1	2	3	4	9
306	Le gain de poids adéquat durant la grossesse?	1	2	3	4	9
307	La consommation d'un repas supplémentaire chaque jour?	1	2	3	4	9
308	La consommation d'une variété d'aliments?	1	2	3	4	9
309	L'utilisation de sel iodé pour tous les membres de la famille?	1	2	3	4	9
310	La prise quotidienne de fer/d'acide folique durant la grossesse?	1	2	3	4	9
311	Les façons de minimiser les effets secondaires des suppléments de fer et d'acide folique?	1	2	3	4	9
312	L'examen pour le dépistage du VIH?	1	2	3	4	9
313	L'importance pour une femme enceinte de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée?	1	2	3	4	9
314	Le lavage convenable des mains?	1	2	3	4	9
315	Le stockage hygiénique des aliments?	1	2	3	4	9
316	L'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement?	1	2	3	4	9
317	La nécessité de donner le colostrum ou « premier lait » au bébé?	1	2	3	4	9
318	Le contact peau à peau avec le bébé?	1	2	3	4	9
319	L'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois?	1	2	3	4	9
320	Le positionnement correct et le bon attachement?	1	2	3	4	9
321	La prévention et la gestion des difficultés courantes liées à l'allaitement?	1	2	3	4	9
322	L'importance de l'allaiter à la demande (8 à 12 fois jour et nuit)?	1	2	3	4	9
323	Les façons de maintenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois?	1	2	3	4	9
324	L'importance pour la mère qui allaite exclusivement de manger deux	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVE				
		1	2	3	4	9
	repas/collations supplémentaires chaque jour pour maintenir sa santé et celles de son bébé?					
325	L'importance pour la mère qui allaite de manger des aliments d'origine animale (œufs, poissons, viande)?	1	2	3	4	9
326	Les options de planification familiale après l'accouchement?	1	2	3	4	9
SOUTIEN NUTRITIONNEL ET REFERENCES						
Le prestataire de soins a-t-il...?						
401	Fourni ou prescrit une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée?	1	2	3	4	9
402	Fourni ou prescrit de la Mébendazole/Albendazole pour traitement antiparasitaire	1	2	3	4	9
403	Fourni ou prescrit des médicaments pour la prophylaxie antipaludéenne (SP) ?	1	2	3	4	9
404	Fourni ou prescrit de l'acide folique (AF)?	1	2	3	4	9
405	Si le/la client(e) souffre de malnutrition aiguë sévère (MAS), fourni ou prescrit ATPE et / ou hospitalisé ou référé la cliente?	1	2	3	4	9
406	Si le/ la client(e) souffre de la malnutrition modérée(MAM), fourni ou prescrit un Aliment Supplémentaire Prêt à l'Emploi (ASPE) ou Aliment Fortifié Mélangé (AFM)?	1	2	3	4	9
407	Si la cliente ne prend pas de poids suffisamment, fourni ou prescrit des suppléments alimentaires / référence PECIMA et / ou des services de soins médicaux?	1	2	3	4	9
408	Si le statut VIH est inconnu, référé la cliente pour le test du VIH?	1	2	3	4	9
409	Fourni ou référé la cliente aux services de planification familiale?	1	2	3	4	9
410	Référé la cliente aux agents de santé communautaire ?	1	2	3	4	9
411	Référé la cliente vers les services de soutien social tels que groupes de mères ou groupes de soutien à l'allaitement.	1	2	3	4	9
412	Référé la cliente aux services de renforcement économique, d'activités génératrices de revenus et / ou des services de sécurité alimentaire.	1	2	3	4	9
RESULTATS DE CONSEILS EN NUTRITION						
501	La cliente accepte d'essayer au moins une action ?	1	2	3	4	9
SVP VEUILLEZ EXPLIQUER :						

NO.	ACTION	OBSERVE				
		1	2	3	4	9
INSTRUCTIONS POUR L'OBSERVATEUR (PERSONNE RECUEILLANT LES DONNÉES) : DANS LA CASE CI-DESSOUS, VEUILLEZ FAIRE DES COMMENTAIRES/ NOTES, S'IL Y A LIEU.						
COMMENTAIRES/NOTES, S'IL Y A LIEU:						

MERCI POUR VOTRE TEMPS!

ANNEX 3B: TOOL FOR DETAILED OBSERVATION OF CLIENT-PROVIDER INTERACTIONS IN PEDIATRIC UNITS

LISTE D'OBSERVATION: INTERACTION ENTRE PRESTATAIRE ET GARDIEN (ACCOMPAGNATEUR) D'ENFANT DE MOINS DE DEUX ANS

Les renseignements ci-dessous Q001-004 doivent être remplis par l'équipe de collecte de données avant que l'observation ne commence.

INFORMATION SUR L'INSTITUTION

001 NOM DE L'INSTITUTION _____

002 SERVICE (UNITE) _____

003 DEPARTEMENT _____

004 COMMUNE _____

INFORMATION SUR L'OBSERVATION

005 DATE..... Jour Mois Année

006 NOM DE L'OBSERVATEUR _____ CODE DE L' OBSERVATEUR

observée par l'équipe de recherche à cette institution. L'équipe de recherche s'intéresse à observer la façon dont les prestataires de soins fournissent des services dans cette institution. Cela impliquera que le chercheur soit avec vous lors de la visite de votre enfant aujourd'hui pour observer comment les prestataires de soins travaillent et fournissent des services à votre enfant. L'équipe de recherche va observer et prendra des notes sur les prestataires de soins car ils fournissent des services à votre enfant. L'équipe de recherche enregistrera également le nom de votre enfant ou vous posera des questions sur l'âge de votre enfant, l'état nutritionnel, et son statut VIH ainsi que votre pratique d'alimentation actuelle et la raison et le type de la visite d'aujourd'hui. Cette information nous aidera à mieux comprendre ce qui est observé aujourd'hui. Bien que les informations de cette étude puissent être fournies aux chercheurs pour analyse, ni votre nom ni la date des services ne seront fournis dans les données partagées. Votre identité et celle de votre enfant et toutes les informations sur vous ou votre enfant resteront confidentielles, anonymes.

L'étude implique des possibilités minimales de risque, le stress et l'inconfort étant donné que les observations de l'évaluation se rapportent aux prestataires de soins. Les résultats de cette étude et de cette observation fourniront des renseignements précieux au projet SPRING afin de mieux aider cette Institution à améliorer les services de nutrition.

Votre participation à l'étude est volontaire, et n'aura pas de conséquences sur les services que vous recevez. Nous n'évaluons pas l'infirmière ou le Docteur observé aujourd'hui ou l'institution.

S'il vous plaît sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre visite c'est entièrement volontaire et que vous acceptiez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevez. Si à tout moment vous préférez que j'arrête, s'il vous plaît n'hésitez pas à me le dire.

Avez-vous des questions à me poser en ce moment? Ai-je votre permission pour assister à cette consultation?

OUI----- NON-----

Signature de l'enquêteur

Jour

Mois

Année

(Indiquez la disponibilité du répondant à participer dans l'Etude)

008	NOTEZ que le gardien a bien compris et donne son Consentement (pour les enfants de moins de 2 ans)	OUI.....1 NON0	→Fin
-----	--	-------------------------	------

INFORMATION SUR LE PRESTATIRE

LES INFORMATIONS EN Q009-010 DOIVENT ETRE REMPLIES APRES AVOIR OBTENU LE CONSENTEMENT DU REpondANT.

009	DEMANDEZ AU PRESTATIRE QUEL EST SON TITRE PROFESSIONNEL ? (ENCERCLEZ LE CODE CORRESPONDANT A LA RESPONSE DONNÉE?	PEDIATRE 1 OB/GYNECOLOGUE 2 MEDECIN GENERALISTE..... 3 DIRECTEUR MEDICAL 4 INFIRMIERE..... 5 SAGE-FEMME 6
-----	--	--

		ASSISTANT INFIRMIER/ AUXILLIAIRE 7 NUTRITIONISTE 8 EDUCATEUR SANITAIRE / TRAVAILLEUR SOCIAL / COUNSEILLER 9 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....10 PHARMACIEN.....11
010	SEXE DU PRESTATIRE (OBSERVEZ SI LE REpondant EST DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT)	MASCULIN 1 FEMININ 2

INFORMATION DU PATIENT/CLIENT

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS Q011-019 DOIVENT ETRE REMPLIES APRES LE CONSENTEMENT, UTILISANT LA CARTE MSPP DU PATIENT, ENREGISTRER LES INFORMATIONS SUIVANTES AVANT L'OBSERVATION. SI L'INFORMATION NE SE TROUVE PAS SUR LA CARTE DU PATIENT, CONFIRMER AVEC LE GARDIEN) A LA FIN DE L'OBSERVATION CETTE SOURCE ALTERNATIVE EN MARGE.

011	TYPE DE VISITE	VISITE DE SUMI 1 NOUVELLE/PREMIERE VISITE..... 2 VISITES DE RECHERCHE DES RESULTATS DE LABORTOIRE..... 3
012	PRINCIPAUX MOTIFS DE LA VISITE (REVISER LA FICHE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRE- FICHE PEDIATRIQUE ET ENREGISTRER TOUS LES MOTIFS MENTIONNES)	
013	L'AGE DE L'ENFANT EN MOIS	<input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE.....99
014	TAILLE DE L'ENFANT EN CM	<input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE.....99
015	POIDS DE L'ENFANT EN KILOGRAMMES	<input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE.....99
016	PB DE L'ENFANT EN MM	<input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE..... 99

017	STATUT NUTRITIONNEL (Z-CORE POIDS/TAILLE)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
018	CLASSIFICATION NUTRITIONNELLE	SURPOIDS/OBESE1 NORMAL2 MALNUTRIE3 SEVEREMENT MALNUTRIE4
019	ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF?	OUI.....1 NON.....0 NE SAIT PAS99
020	ALLAITEMENT MIXTE (N'IMPORTE QUEL ALLAITEMENT MATERNEL PLUS NOURRITURE SOLIDE AVANT 6 MOIS)?	OUI.....1 NON.....0 NE SAIT PAS99

LISTE D'OBSERVATION

Cet outil sera utilisé pour observer les interactions entre les prestataires et les gardiens naturels d'enfants de moins deux ans.

Pour chaque observation encerclez le point correspondant:

- 1 Si "oui" vous avez observé fait correctement;
- 2 Si fait, mais a besoin de correction ou d'amélioration;
- 3 Si pas fait ou mal fait;
- 4 Si non observé; ou
- 9 Si elle n'est pas applicable pour l'interaction client-prestataire est observé

NO.	ACTION	OBSERVATION				
		1	2	3	4	9
EVALUATION						
Le prestataire a-t-il...?						
Bien être General						
101	Demandé au gardien comment se sent l'enfant?	1	2	3	4	9
102	Demandé au gardien quelles sont ses préoccupations relatives aux problèmes de santé de l'enfant en ce moment?	1	2	3	4	9
Mesures anthropométriques						
103	Pris le poids de L'Enfant?	1	2	3	4	9
104	Enregistré le poids de l'enfant sur la courbe de croissance?	1	2	3	4	9
105	Mesuré la hauteur ou la taille de l'enfant?	1	2	3	4	9
106	Mesuré le périmètre brachial de l'enfant?	1	2	3	4	9
107	Révisé les mesures anthropométriques prises par quelqu'un d'autre dans l'établissement au cours de cette visite?	1	2	3	4	9
108	Calculer la mesure appropriée du statut nutritionnel (z-score poids/taille)	1	2	3	4	9
109	Classifie-t-on le statut nutritionnel ?	1	2	3	4	9
Clinique						
110	Dépiaté l'enfant pour anémie à partir de la pâleur au niveau de certains endroits (paumes et conjonctives interne des paupières)?	1	2	3	4	9
111	Fait un test de l'appétit?	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVATION				
		1	2	3	4	9
112	Vérifié s'il ya a présence d'œdème bilatérale chez l'enfant?	1	2	3	4	9
113	Posé des questions au gardien au sujet des suppléments en Vit A?	1	2	3	4	9
114	Posé des questions au gardien au sujet des pratiques de déparasitage (vers)?	1	2	3	4	9
Pratique diététique(alimentaire)						
115	Posé des questions au gardien au sujet de l'appétit de l'enfant?	1	2	3	4	9
116	Posé des questions au gardien au sujet de la fréquence des repas de l'enfant?	1	2	3	4	9
117	Posé des questions au gardien au sujet des pratiques de l'allaitement maternel?	1	2	3	4	9
COMPÉTENCES EN ASSISTANCE-CONSEIL						
Le prestataire a-t- il...?						
201	Salué le client/gardien courtoisement, démontré de l'empathie (comme défini localement, mais peut inclure la communication non verbale et les gestes appropriés)?	1	2	3	4	9
202	Traité le client/gardien avec respect?	1	2	3	4	9
203	Utilisé un langage clair et simple que le patient peut comprendre?	1	2	3	4	9
204	Posé des questions ouvertes (ex. Comment êtes vous depuis le jour où je vous avais vu?) ?	1	2	3	4	9
205	Utilisé un langage corporel approprié selon les bonnes techniques d'assistance -conseil (selon le cas : contact visuel, enlèvement des barrières, garder la tête au même niveau que son interlocuteur, etc)?	1	2	3	4	9
206	Adopté un comportement ouvert, Rassuré et inspiré confiance?	1	2	3	4	9
207	Occasionnellement, reformulé ce qu'a dit le client?	1	2	3	4	9
208	Félicité et souligné ce que le client a bien fait (ex. Compliment!- Votre poids a augmenté)?	1	2	3	4	9
209	Laissé du temps au client pour parler et poser des questions?	1	2	3	4	9
210	Etabli et revu les objectifs nutritionnels avec le client?	1	2	3	4	9
211	Suggéré une petite action réalisable que le client peut essayer?	1	2	3	4	9
212	Développé et révisé un plan avec le client pour qu'il atteigne ses objectifs nutritionnels? (Plan de soins nutritionnels)	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVATION				
		1	2	3	4	9
213	Discuté les défis éventuels dans la mise en application du plan ou dans l'atteinte des objectifs nutritionnels	1	2	3	4	9
214	Planifié un rendez-vous avec le client?	1	2	3	4	9
MESSAGES CLÉS (ASSISTANCE-CONSEIL)						
Le prestataire a-t-il conseillé la personne qui prend soin de l'enfant/ mère de l'enfant de moins de 2 ans sur ...?						
301	Gain de poids/PB/ progression de la croissance?	1	2	3	4	9
302	L'allaitement à la demande (8 à 12 fois par jour et au cours de la nuit) Si enfant de moins de six mois?	1	2	3	4	9
303	L'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois (Si enfant de moins de 6 mois)?	1	2	3	4	9
304	Les moyens de maintenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois (Si enfant de moins de six mois)?	1	2	3	4	9
305	Le bon positionnement et le bon attachement (Si enfant de moins de six mois)	1	2	3	4	9
306	La prévention et gestion des difficultés courantes en allaitement maternel (Si enfant de moins de six mois)?	1	2	3	4	9
307	L'importance pour la mère de prendre deux repas/collation de plus chaque jour pour maintenir sa santé et celle du bébé (Si enfant de moins de six mois)?	1	2	3	4	9
308	L'importance pour la mère de prendre des aliments d'origine animale (Si mère allaitante)?	1	2	3	4	9
309	La poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et même au delà de deux ans (Si la mère allaitante est séronégative),	1	2	3	4	9
310	L'introduction des aliments complémentaires (solide, semi solide ou aliments légers) à partir de six mois (Si le bébé n'a pas encore commencé à prendre les aliments solides)?	1	2	3	4	9
311	La consistance des aliments pour enfants de moins de deux ans?	1	2	3	4	9
312	La quantité d'aliments pour enfants de moins de deux ans?	1	2	3	4	9
313	La variété d'aliments à donner aux enfants (les 3 groupes d'aliments, aliments avec des couleurs différentes, 2 – 3 couleurs par exemple,)?	1	2	3	4	9
314	La nécessité de donner aux enfants de 6-23 mois des aliments de source animale (viande, œufs, lait, poisson.....)?	1	2	3	4	9
315	La promotion du développement physique et émotionnel (Jouer, embrasser, câliner, complimenter l'enfant)?	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVATION				
		1	2	3	4	9
316	L'utilisation du sel iodé par toute la famille?	1	2	3	4	9
317	La nécessité de consulter un prestataire de soins si l'enfant ne mange pas bien ou s'il est malade.	1	2	3	4	9
318	La nécessité d'augmenter la fréquence des repas pendant et après la maladie de l'enfant?	1	2	3	4	9
319	La nécessité pour l'enfant de dormir sous une moustiquaire imprégnée?	1	2	3	4	9
320	Les options de planification familiale (Planning familial)?	1	2	3	4	9
321	L'Importance du lavage des mains?	1	2	3	4	9
322	L'importance de l'hygiène dans la conservation et l'entreposage des aliments?	1	2	3	4	9
SOINS NUTRITIONNELS, SOUTIEN ET REFERENCE						
Le prestataire a-t il...?						
401	Fourni ou prescrit une moustiquaire imprégnée?	1	2	3	4	9
402	Donné ou prescrit du Mebendazole/Albendazole pour les vers?	1	2	3	4	9
403	Donné ou prescrit une dose de 100,000 IU de Vit A à l'enfant ?	1	2	3	4	9
404	(Si c'est un enfant avec malnutrition aigu sévère- MAS) Fourni un aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), ou référé ou admis l'enfant pour être pris en charge?	1	2	3	4	9
405	(Si c'est un enfant avec malnutrition aigu modéré -MAM), Référé ou fourni un aliment supplémentaire prêt à l'emploi(ASPE) ou Aliment Fortifié Mélangé (AFM)?	1	2	3	4	9
406	Référé le gardien de l'enfant vers les agents de santé communautaires ou autres travailleurs de santé	1	2	3	4	9
407	Référé le gardien de l'enfant vers les services de support social comme les groupes de mères allaitantes?	1	2	3	4	9
408	Référé le gardien de l'enfant vers les services de renforcement économique, activités génératrices de revenus ou services de sécurité alimentaires? ?	1	2	3	4	9
RESULTATS DE L'ASSISTANCE-CONSEILS EN NUTRITION						
501	Le patient est d'accord pour essayer au moins une action ?	1	2	3	4	9
SVP VEUILLEZ EXPLIQUER						

NO.	ACTION	OBSERVATION				
		1	2	3	4	9
II INSTRUCTIONS POUR L'OBSERVATEUR (personne collectant les données): ci-dessous, S'IL VOUS PLAÎT faites des commentaires / notes, s'il y en a.						
Commentaires / notes, si nécessaire:						

MERCI POUR VOTRE TEMPS!

ANNEX 3C: TOOL FOR DETAILED OBSERVATION OF CLIENT-PROVIDER INTERACTIONS IN HIV UNITS

INTERACTION ENTRE PRESTATAIRE ET PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH OU LE SIDA

Les renseignements ci-dessous Q001-006 doivent être remplis par l'équipe de collecte de données avant que l'observation ne commence.

INFORMATION SUR L'INSTITUTION

001 NOM DE L'INSTITUTION _____

002 SERVICE (UNITE) _____

003 DEPARTEMENT _____

004 COMMUNE _____

INFORMATION SUR L'OBSERVATION

005 DATE..... Jour Mois Année

006 NOM DE L'OBSERVATEUR _____ CODE DE L'OBSERVATEUR

CONSENTEMENT ECLAIRÉ

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENIR LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SOINS ET DU PATIENT. S'ASSURER QUE LE PRESTATAIRE EST AU COURANT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'ÉVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN «EXPERT» A CONSULTER AU COURS DE LA SESSION.

LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [NOM DE L'OBSERVATEUR]. Je suis ici au nom du projet SPRING. Je fais partie d'une équipe chargée de l'étude des services de santé en Haïti dans le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services de nutrition.

Vous êtes invité à participer à cette étude en raison du travail que vous faites dans ce centre de santé. Je voudrais observer votre prochaine consultation avec une personne vivant avec le VIH/Sida afin de mieux comprendre les services fournis dans cet établissement. L'étude implique des possibilités minimales de risque, le stress et l'inconfort étant donné que les questions et les observations de l'évaluation se rapportent à vos activités quotidiennes habituelles. Les résultats de cette étude et cette observation fourniront des renseignements précieux au projet de SPRING afin de mieux aider cette institution à améliorer les services de nutrition.

Votre participation à l'étude est volontaire, et n'aura pas de conséquences sur votre emploi. Si vous décidez de participer, les informations de cette observation seront confidentielles. Ni votre nom ni le nom de votre client ne seront enregistrés. Les informations obtenues au cours de cette observation peuvent être utilisées par le ministère de la Santé ou une autre organisation pour améliorer les services, ou pour la recherche sur les services de santé. Cependant, votre identité et toute information vous concernant resteront confidentielles, et ne seront pas partagées avec votre superviseur ou autres. Si les résultats de cette étude sont publiés, vous ne serez pas identifié ni nommé dans les rapports.

Si à tout moment vous vous sentez mal à l'aise, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que vous ne vous occuperez pas de moi pendant que j'observe votre consultation. Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission pour assister à cette consultation ? Vous pouvez vous retirer de l'étude à n'importe quel moment si vous le voulez, sans être sanctionné.

Signature de l'enquêteur

Jour Mois Année

(Notez que le consentement éclairé était bien obtenu)

017	Indiquez si l'autorisation a été reçue du prestataire	Oui1 Non.....0	→Fin
-----	---	-------------------------	------

LIRE AU PVIH: Bonjour, je suis [NOM DE L'OBSERVATEUR]. Je suis ici au nom du projet SPRING. Je fais partie d'une équipe chargée de l'étude des services de santé en Haïti.

Vous êtes invité à participer à cette étude parce que vous êtes un patient du prestataire de soins qui sera

observée par l'équipe de recherche à cette institution. L'équipe de recherche s'intéresse à observer la façon dont les prestataires de soins fournissent des services dans cette institution. Cela impliquera que le chercheur soit avec vous lors de votre visite aujourd'hui pour observer comment les prestataires de soins vous fournissent des services. L'équipe de recherche va observer et prendre des notes sur le (s) prestataire (s) de soins car ils vous fournissent des services au niveau de cette clinique. L'équipe de recherche enregistrera également votre sexe, votre âge, votre statut nutritionnel, votre dernier CD4 et aussi l'objectif et le type de la visite d'aujourd'hui. Cette information nous aidera à mieux comprendre ce qui est observé aujourd'hui. Bien que les informations de cette étude puissent être fournies aux chercheurs pour analyse, ni votre nom ni la date des services fournis ne feront pas l'objet d'aucun partage de données. Votre identité et toutes les informations sur vous resteront confidentielles.

L'étude implique des possibilités minimales pour risque, le stress et l'inconfort étant donné que les observations de l'évaluation se rapportent aux prestataires de soins. Les résultats de cette étude et de cette observation fourniront des renseignements précieux au projet SPRING afin de mieux aider cette Institution à améliorer les services de nutrition.

Votre participation à l'étude est volontaire, et n'aura pas de conséquences sur les services que vous recevez. Nous n'évaluons pas l'infirmière ou le Docteur observé aujourd'hui ou l'institution.

S'il vous plaît sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre visite c'est entièrement volontaire et que vous acceptiez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevez. Si à tout moment vous préférez que j'arrête, s'il vous plaît n'hésitez pas à me le dire.

Avez-vous des questions à me poser à ce moment? Ai-je votre permission pour assister à cette consultation?

Signature de l'enquêteur

(Indiquez la disponibilité du répondant à participer dans l'Etude)

008	NOTEZ que le PVVH a bien compris et donne son consentement obtenu pour)	Oui.....1 Non0	→Fin
-----	---	-------------------------	------

INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE		
009	DEMANDEZ AU PRESTATAIRE, QUEL EST SON TITRE PROFESSIONNEL ? (ENCERCLEZ LE CODE CORRESPONDANT A LA REPONSE DONNÉE?)	PEDIATRE 1 OB/GYNECOLOGUE 2 MEDECIN GENERALISTE..... 3 DIRECTEUR MEDICAL..... 4 INFIRMIERE 5 SAGE-FEMME 6 ASSISTANT INFIRMIER/ AUXILLIAIRE 7 NUTRITIONISTE 8 EDUCATEUR SANITAIRE / TRAVAILLEUR SOCIAL / COUNSEILLER..... 9 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....10 PHARMACIEN.....11
010	SEXE DU PRESTATAIRE (OBSERVEZ SI LE REpondant EST DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT)	MASCULIN..... 1 FEMININ 2
INFORMATIONS SUR LE CLIENT (PVVIH)		
LES INFORMATIONS CONTENUES DANS Q011-019 DOIVENT ETRE REMPLIES APRES LE CONSENTEMENT, UTILISANT LA CARTE MSPP DU PATIENT, ENREGISTRER LES INFORMATIONS SUIVANTES AVANT L'OBSERVATION. SI L'INFORMATION NE SE TROUVE PAS SUR LA CARTE DU PATIENT, CONFIRMER AVEC LE CLIENT) A LA FIN DE L'OBSERVATION CETTE SOURCE ALTERNATIVE EN MARGE.		
011	TYPE DE VISITE	VISITE DE SUIVI 1 NOUVELLE/PREMIERE VISITE 2 VISITE [POUR OBTENIR LES RESULTATS DE LABORATOIRE 3
012	PRINCIPAUX MOTIFS DE LA VISITE (Réviser la fiche de consultation du patient PVVIH et enregistrer tous les motifs mentionnés)	
013	SEXE DU CLIENT (Observer le sexe du client et encercler le code correspondant)	MASCULIN.....1 FEMININ.....2

014	L'AGE DU CLIENT EN ANNEE	<input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE.....99
015	TAILLE DU CLIENT EN CM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE.....99
016	POIDS DU CLIENT EN KILOGRAMME	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE.....99
017	PB DU CLIENT EN MILIMETRE (MM)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE.....99
018	Enregistré le statut nutritionnel (IMC -par- âge, IMC, Z-score- poids/taile	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE 99
019	Enregistré la classification (Normal, Malnutrition sévère, modérée	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS /VIDE 99
019	STATUT NUTRITIONNEL	A. Z-Score Poids/Taille <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> B. IMC-par-âge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C. IMC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
020	CLASSIFICATION NUTRITIONNELLE	Surpoids/OBESE 1 NORMAL 2 Malnutrie..... 3 Sévèrement malnutrie 4

LISTE DE L'OBSERVATION

Cet outil sera utilisé pour observer les interactions entre les prestataires et les PVVIH.

Pour chaque observation encerclez le point correspondant:

- 1 Si "oui" vous avez observé fait correctement;
- 2 Si fait, mais a besoin de correction ou d'amélioration;
- 3 Si pas fait ou mal fait;
- 4 Si non observé; ou
- 9 Si elle n'est pas applicable pour l'interaction client-prestataire est observé

NO.	ACTION	OBSERVED				
		1	2	3	4	9
ÉVALUATION						
Le prestataire a-t-il...?						
BIEN-ÊTRE GÉNÉRAL						
101	Demandé au/à la client(e) comment il/elle se sent ?	1	2	3	4	9
102	Demandé au/à la client(e) quelles sont ses préoccupations pour sa santé ?	1	2	3	4	9
103	Questionné la client(e) sur sa capacité à effectuer des activités de travail de base ?	1	2	3	4	9
ANTHROPOMÉTRIE						
104	Pris le poids du/de la client(e)?	1	2	3	4	9
105	Mesuré la taille du/de la client(e) ?	1	2	3	4	9
106	Mesuré le PB du/de la client(e)?	1	2	3	4	9
107	Revu les mesures anthropométriques prises par quelqu'un d'autre au centre durant cette visite?	1	2	3	4	9
108	Calculer la mesure appropriée du statut nutritionnel (Z-Score-Poids/Tailles des enfants,IMC-par-age pour les enfants de 4-14 ans, IMC pour les adultes, et Périmètre Brachial pour les femmes enceintes)	1	2	3	4	9
109	Fait-on la classification du statut nutritionnel?	1	2	3	4	9
CLINIQUE						
110	Fait le dépistage de l'anémie chez le/la client(e) en considérant la pâleur (i.e. les paumes pâles ainsi que la surface intérieure des paupières)?	1	2	3	4	9
111	Évalué les patients physiquement pour des changements morphologiques ?	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVED				
		1	2	3	4	9
112	Demandé au/à la client(e) s'il/elle a des troubles de vision la nuit?	1	2	3	4	9
113	Questionné le /la client(e) sur la prise de suppléments de vitamine A?	1	2	3	4	9
114	Questionné le/la client(e) sur les pratiques de traitements antiparasitaires?	1	2	3	4	9
PRATIQUE ALIMENTAIRE						
115	Questionné le/ la client(e) sur la prise de suppléments de vitamine A?	1	2	3	4	9
116	Questionné la client(e) sur les pratiques de traitements antiparasitaires?	1	2	3	4	9
COMPÉTENCES EN ASSISTANCE-CONSEIL						
Le prestataire a-t-il...?						
201	Accueilli le/la client(e) de manière agréable, démontrant son attention (sourit, fait des gestes pour montrer qu'il comprend)?	1	2	3	4	9
202	Traité le/la client(e) avec respect?	1	2	3	4	9
203	Communiqué dans un langage que le/la client(e) pouvait comprendre?	1	2	3	4	9
204	Posé des questions ouvertes (qui vous permettait au /à la client(e) d'expliquer et qui n'étaient pas seulement des réponses oui/non . ex. : comment allez-vous depuis la dernière fois que je vous ai vu ?) ?	1	2	3	4	9
205	Fait usage d'un langage corporel positif (sourire, regarder dans les yeux, se pencher vers la personne, supprimer les barrières, garder sa tête au même niveau que celui/celle à qui on parle)?	1	2	3	4	9
206	Un comportement ouvert, rassurant et inspirant confiance?	1	2	3	4	9
207	Fait un résumé ou reformulé à l'occasion ce qu'a dit le/la client(e) ?	1	2	3	4	9
208	Félicité et/ou approuvé ce que le/la client(e) fait bien (ex. : bon travail – ton poids a augmenté)?	1	2	3	4	9
209	Laissé du temps au/à le/la client(e) pour parler et/ou poser des questions ?	1	2	3	4	9
210	Etabli/révisé les objectifs nutritionnels avec le/la client(e)?	1	2	3	4	9
211	Proposé une petite action réalisable que le/la cliente peut essayer ?	1	2	3	4	9
212	Élaboré un plan avec le/la client(e) pour qu'il/elle atteigne ses objectifs nutritionnels (plan de soins nutritionnels)?	1	2	3	4	9
213	Discuté avec le/la client(e) des défis éventuels dans l'exécution du plan ou dans la réalisation des objectifs nutritionnels ?	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVED				
		1	2	3	4	9
214	Programmé une visite de suivi?	1	2	3	4	9
MESSAGES CLÉS EN ASSISTANCE-CONSEIL						
Le prestataire de soins a-t-il conseillé à le/ la client(e) sur... ?						
301	La recherche de traitement rapide pour toutes infections ou conditions opportunistes liées au VIH affectant la nutrition?	1	2	3	4	9
302	Le besoin d'une surveillance périodique du statut nutritionnel?	1	2	3	4	9
303	L'augmentation des rations alimentaires?	1	2	3	4	9
304	L'amélioration de la digestibilité des aliments par leur germination ou leur fermentation (ceci requiert une démonstration) ?	1	2	3	4	9
305	La pratique de la sécurité alimentaire, du traitement de l'eau et de l'hygiène personnelle et de l'Hygiène de l'environnement?	1	2	3	4	9
306	L'importance de dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée?	1	2	3	4	9
307	Le lavage convenable des mains?	1	2	3	4	9
308	Le stockage hygiénique des aliments ?	1	2	3	4	9
309	L'utilisation de sel iodé pour tous les membres de la famille?	1	2	3	4	9
310	Le dépistage des enfants pour le VIH?	1	2	3	4	9
SOINS ET SOUTIEN NUTRITIONNELS ET REFERENCE						
Le prestataire de soins a-t-il...?						
401	Fourni ou prescrit une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée?	1	2	3	4	9
402	Fourni ou prescrit de la Mébendazole/Albendazole pour traitement antiparasitaire	1	2	3	4	9
403	Si le/la client(e) souffre de malnutrition aiguë sévère (MAS) , fourni ou prescrit les ATPE et / ou hospitalisé ou référé le/ la cliente?	1	2	3	4	9
404	Si le /la client(e) souffre de la malnutrition modérée(MAM) , fourni ou prescrit de l'Aliment Supplémentaire Prêt à l'Emploi (ASPE) ou Aliment Fortifié Mélangé (AFM)?	1	2	3	4	9
405	Référé le/la client(e) aux agents de santé communautaire ?	1	2	3	4	9
406	Référé le/la client(e) vers les services de soutien social tels que groupes de mères ou groupes de soutien à l'allaitement ou groupes de soutien aux PVVIH.	1	2	3	4	9

NO.	ACTION	OBSERVED				
		1	2	3	4	9
407	Référent les clients aux services de renforcement économique, aux activités génératrices de revenus et / ou aux services de sécurité alimentaire.	1	2	3	4	9
RESULTATS DE CONSEILS EN NUTRITION						
501	Le patient accepte d'essayer au moins une action ?	1	2	3	4	9
SVP VEUILLEZ EXPLIQUER :						
INSTRUCTIONS POUR L'OBSERVATEUR (LA PERSONNE RECUEILLANT LES DONNÉES) : DANS LA CASE CI-DESSOUS, VEUILLEZ FAIRE DES COMMENTAIRES/DES NOTES, S'IL Y A LIEU.						
COMMENTAIRES/NOTES, S'IL Y A LIEU:						

MERCI POUR VOTRE TEMPS!

Annex 4

ANNEX 4: FORMULAIRE DE SUPERVISION DES ACTIVITÉS NUTRITIONNELLES



Formulaire de supervision des activités de nutrition

0. Date: _____ _____		
1. Département _____ 2. Commune _____		
3. Section communale: _____		
4. Nom du centre: _____		Commentaires
5. Type de service : _____ PNS/PTA/ USN/PR		
6. Nom du Superviseur: _____		

ACCUEIL DANS LE CENTRE

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
I. CETTE SECTION S'ADRESSE AUX PRESTATAIRES DE SERVICE		
Le personnel du centre :		
Souhaite la bienvenue aux accompagnants/patients et est courtois et disponible		
A un comportement ouvert rassurant et inspire confiance		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
Demande aux accompagnants/patients l'objectif de la visite actuelle		
Enregistre le bénéficiaire		
Autres commentaires		
II. ÉDUCATION ET PRÉVENTION		
II.1. Enfants de moins de 2 ans		
Le personnel du centre/Agent communautaire conseille sur:		
L'allaitement maternel exclusif, à la demande (8 à 12 fois jour et nuit) pendant les 6 premiers mois		
L'importance pour la maman de donner chaque jour à son enfant, en plus des tétées 3 repas et 2 collations pour le maintien de sa santé.		
L'importance de la consommation des aliments d'origine animale (œufs, poissons, viande) pour les enfants de 6 à 23 mois		
L'urgence de consulter un personnel de santé pour tout enfant qui refuse de téter ou de manger régulièrement		
Le besoin d'augmenter la fréquence des tétées pour les enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités pendant et après la maladie		
Le besoin d'augmenter la fréquence des tétées et des aliments pour les enfants de plus de 6 mois pendant et après la maladie		
La nécessité de faire dormir l'enfant sous une moustiquaire imprégnée		
L'importance de conserver les aliments en respectant les mesures d'hygiène		
L'importance de la stimulation psychomotrice de l'enfant		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
par les jeux		
NB : Pendant les visites à domicile les ASCP font l'éducation pour la santé, la nutrition, et l'hygiène		
II.2. Femmes enceintes		
Le personnel du centre/Agent communautaire conseille sur :		
L'importance d'avoir une alimentation équilibrée et diversifiée chaque jour		
L'importance d'avoir une alimentation qui respecte les normes d'hygiène		
L'importance de dormir sous une moustiquaire imprégnée		
La nécessité de se faire dépister pour VIH		
L'importance de commencer l'allaitement <u>tout de suite</u> , dans l'heure qui suit l'accouchement.		
L'importance de l'allaitement maternel exclusif, à la demande (8 à 12 fois jour et nuit) pendant les 6 premiers mois		
L'importance de l'utilisation du sel iodé pour la préparation des aliments		
L'importance de la planification familiale		
L'importance de la vitamine A à la femme allaitante		
II.3. Femmes allaitantes		
Le personnel du centre/Agent communautaire conseille sur:		
L'importance de la planification familiale		
L'Importance de la vitamine A à la femme allaitante		
L'importance de commencer l'allaitement tout de suite,		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
dans l'heure qui suit l'accouchement.		
L'importance de l'allaitement maternel exclusif, à la demande (8 à 12 fois jour et nuit) pendant les 6 premiers mois		
L'importance de l'allaitement et l'alimentation complémentaire lors de tout contact avec un enfant < 2 ans		
L'importance de l'évaluation des pratiques d'allaitement/alimentation complémentaire pour tous les enfants de moins de 2 ans		
L'importance de la prise en charge de problèmes liés aux pratiques d'allaitement / alimentation complémentaire		
L'importance de l'allaitement et en alimentation appropriés <u>quand le besoin est identifié</u>		
II.4. Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)		
Le personnel du centre/Agent communautaire conseille:		
L'importance de rechercher un traitement rapide pour toute infection opportuniste qui entraîne une sous-alimentation		
Le besoin d'un suivi régulier du statut nutritionnel		
Le besoin de consommer 5-6 petits repas diversifiés, et équilibrés pendant la journée		
L'importance d'avoir une alimentation qui respecte les normes d'hygiène		
La nécessité de dormir sous une moustiquaire imprégnée		
La nécessité de faire dépister au VIH tous les membres de la famille non encore dépistés		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
III. IDENTIFICATION DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALLAITEMENT		
Le personnel du centre/Agent communautaire:		
Demande les antécédents médicaux de l'enfant de moins de 2 ans		
Pose systématiquement les questions clés sur l'allaitement et l'alimentation complémentaire lors de tout contact avec un enfant < 2 ans		
Fait l'évaluation des pratiques d'allaitement/alimentation complémentaire pour tous les enfants de moins de 2 ans		
Fait selon les normes l'évaluation rapide à tout enfant de moins de 2 ans		
Fait selon les normes l'évaluation complète quand nécessaire		
Fait selon les normes l'orientation pour la prise en charge de problèmes liés aux pratiques d'allaitement / alimentation complémentaire		
Autres remarques		
IV. LE DÉPISTAGE DE LA MALNUTRITION AIGUË		
IV.1. Le dépistage dans la communauté par les ASCP		
L'agent communautaire :		
Fait régulièrement le dépistage par PB et la détection des œdèmes		
Mesure correctement le PB		
Détecte correctement les œdèmes		
Détecte l'anémie chez le patient (pâleur des paumes des mains, intérieur des paupières)		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
Réfère au centre de santé pour services additionnels quand nécessaire		
Note correctement les résultats dans le dossier		
IV.2. La prise des mesures anthropométriques		
Le personnel du centre:		
Mesure correctement le PB		
Met la balance à hauteur de ses yeux pour faire la pesée des patients		
S'assure que la balance est tarée avec la culotte avant la pesée de chaque enfant		
Lit et note correctement le poids sur la fiche de suivi nutritionnel		
Mesure les enfants de moins de 87cm en position couchée		
Mesure les enfants de plus de 87cm en position debout		
Lit et note correctement la taille sur la fiche de suivi nutritionnel		
Fait correctement le calcul Poids – Taille		
Note correctement les mesures Poids – Taille sur la fiche de suivi nutritionnel		
IV.3. L'examen clinique		
Le personnel du centre :		
Identifie correctement le grade d'œdème		
Détecte l'anémie chez le patient (pâleur des paumes des mains, intérieur des paupières)		
Questionne les patients/accompagnants sur les pratiques alimentaires		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
Questionne les patients/ accompagnants sur la régularité de l'alimentation		
Questionne les patients/accompagnants sur les pratiques de déparasitage		
Questionne les patients/accompagnants sur la pratique de la supplémentation en vitamine A		
Note correctement les antécédents médicaux		
Fait correctement l'examen clinique		
IV.4. Le test de l'appétit		
Le personnel du centre :		
Questionne l'accompagnant sur l'appétit de l'enfant		
Fait de façon systématique le test de l'appétit avec ATPE pour tous les enfants avec malnutrition aigüe sévère		
Fait le test dans un endroit calme		
S'assure de la disponibilité de l'eau traitée pendant le test		
Evalue et note correctement le résultat du test sur la fiche de suivi nutritionnel		
V. L'ORIENTATION VERS LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE		
V.1. Enfants de moins de 2 ans		
Le personnel du centre :		
Prend en charge les enfants avec des critères de malnutrition aigüe modérée en PNS		
Prend en charge les enfants avec des critères de malnutrition aigüe sévère <u>sans complications</u> en PTA		
Réfère les enfants avec des critères de malnutrition aigüe sévère avec <u>complications</u> ou <u>sans appétit</u> à l'hôpital (USN)		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
Réfère les enfants de moins de 6 mois (ou moins de 3,5kg) avec des critères de malnutrition aiguë à l'hôpital (USN)		
Offre ou recommande l'utilisation d'une moustiquaire imprégnée		
V.2. Femmes enceintes		
Le personnel du centre :		
Offre ou recommande l'utilisation d'une moustiquaire imprégnée		
Offre ou prescrit l'acide folique/ fer		
Offre ou prescrit la supplémentation alimentaire/services de soins médicaux (celles qui n'ont pas un poids adéquat)		
Offre ou prescrit Mebendazole/Albendazole pour déparasiter		
Réfère pour le test VIH (si statut sérologique inconnu)		
Réfère pour la planification familiale		
V.3 SUIVI et EXEAT en PTA / PNS		
Le personnel du centre :		
Donné la médication de routine selon le protocole et enregistré correctement sur la fiche de suivi		
Noté le résultat de la consultation sur la fiche de suivi		
Donné selon les protocoles nationaux et enregistré correctement les autres médicaments si nécessaire		
<u>En PTA</u> , fait le test de l'appétit à chaque visite		
<u>En PTA</u> , évalué correctement et enregistré dans la fiche de suivi, la quantité d'ATPE distribué		
Lors des visites, fait l'éducation appropriée à l'accompagnant (messages clés ATPE, nutrition, hygiène)		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
Donné les conseils en allaitement et en alimentation appropriés <u>quand le besoin est identifié</u>		
Identifié et référé en USN les enfants avec des critères de transfert en USN		
Pu s'assurer que les enfants nécessitant un suivi plus proche sont visités à domicile		
Informé l'ASCP du nombre d'absents et d'abandons pour un suivi à domicile		
Discuté des priorités de suivi à domicile avec l'AC		
Vérifié que les AC évaluent correctement les conditions de la famille et du foyer pendant les visites à domicile		
Vérifié que les AC visitent tous les absents dès la première semaine (avant abandon)		
Vérifié que les AC rapportent le résultat des visites à domicile au centre de santé avant la prochaine visite de l'enfant		
Exécuté les bénéficiaires selon les critères du protocole		
Affiché les tableaux aide-mémoire aux murs du centre		
vérifié que le cahier de registre est complété lors de la sortie de l'enfant		
Rédigé le rapport mensuel d'activités à la fin de chaque mois		
Acheminé le rapport mensuel au niveau défini		
Vérifié que le protocole national de la PCMA est disponible dans le centre		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
VI. SUIVI DES PROBLEMES LIES A L'ALLAITEMENT OU A L'ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE ET AUX POINTS DE CONSEILS EN NUTRITION POUR BEBES (PCNB)		
Le personnel du centre :		
un comportement ouvert, rassurant et inspirant confiance		
Proposé une action réalisable pour un changement de comportement		
Complété le plan d'exeat pour l'assistance-conseil en allaitement/alimentation complémentaire		
VII. MATÉRIEL ET LOGISTIQUE		
Le centre dispose :		
Au moins d'une balance pour Adulte qui permet de mesurer le poids à 100g près le KG		
Au moins d'une balance pour Enfant (0 à 12 mois) qui permet de mesurer le poids à 100g près le KG		
Au moins d'une balance pour Enfant (12 à 24 mois) qui permet de mesurer le poids à 100g près le KG		
Au moins d'un infantomètre		
Au moins une toise qui permet de mesurer la taille au centimètre près		
Au moins un ruban pour PB qui permet de mesurer au mm le périmètre brachial pour les enfants		
Au moins un ruban pour PB qui permet de mesurer au mm le périmètre brachial pour les adultes		
Le graphe avec l'Indice de Masse Corporelle (IMC) pour adultes		
Le graphe avec le Z score Poids – Taille utilisant les standards de la Croissance de l'enfant de 2006 de l'OMS		

	Observation 1 / 2 / 3 / 4	Commentaires
Le matériel anthropométrique est propre et en bon état		
Les intrants PTA / PNS/USN/PR sont bien entreposés dans le dépôt		
Les intrants PTA/ PNS/USN/PR sont bien entreposés dans les services concernés		
Les médicaments sont bien entreposés dans la pharmacie		
Les médicaments sont bien entreposés dans le dépôt		
Les médicaments sont bien entreposés dans les différents services		

Version Finale

11 décembre 2014

