



II. ACTIVITES	
<p>AC01. PARTICIPEZ-VOUS AUX INTERVENTIONS LIÉES À LA PRÉVENTION ET À LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION DE VOTRE STRUCTURE ?</p> <p>1. Oui, pour la prévention 2. Oui, pour la prise en charge 3. Oui, les deux 4. Non</p>	__
<p>AC02. SI AC01=1 OU AC01=3, QUELLES SONT LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION MENÉES DANS VOTRE STRUCTURE ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. IEC/CCC des mères/gardiennes/pères des enfants malnutris..... __ </p> <p>B. IEC/CCC au niveau de la communauté..... __ </p> <p>C. Dépistage actif de la malnutrition au sein de la communauté..... __ </p> <p>D. Distribution des rations alimentaires..... __ </p> <p>E. Visite à domicile..... __ </p> <p>F. Autre (à préciser) : _____ __ </p> <p>G. Ne Sait Pas..... __ </p>	<p>1. OUI 2. NON</p>
<p>AC03. SI AC02A OU AC02B=1, QUELS SONT LES PROGRAMMES D'IEC/CCC POUR LA PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION SOUTENUS DANS VOTRE STRUCTURE ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Promotion de l'alimentation de la femme enceinte et allaitante..... __ </p> <p>B. Promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif..... __ </p> <p>C. Promotion de l'alimentation de complément..... __ </p> <p>D. Prévention des carences en micronutriments..... __ </p> <p>E. Promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement __ </p> <p>F. Suivi de la croissance/consultation nourrisson..... __ </p> <p>G. Lutte contre les infections..... __ </p> <p>H. Prévention du paludisme __ </p> <p>I. Diagnostic et traitement de la diarrhée à domicile (SRO/Zinc) /PCADOM... __ </p> <p>J. Reconnaissance des signes de danger des trois principales maladies (IRA, Paludisme, diarrhée)/PCADOM..... __ </p> <p>K. Utilisation des services de santé préventifs et curatifs (CPNR, vaccination, prise en charge de la malnutrition, supplémentation en vitamine A, déparasitage)... __ </p> <p>L. Planification familiale..... __ </p> <p>M. Autre (à préciser) : _____ __ </p> <p>N. Ne Sait Pas..... __ </p>	<p>1. OUI 2. NON</p>
<p>AC04. SI AC01=1 OU AC01=3, PENSEZ-VOUS QUE LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION SONT SUFFISANTES AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE EN CE QUI CONCERNE :</p> <p>A. IEC/CCC au niveau de la communauté..... __ </p> <p>B. IEC/CCC des mères/gardiennes/pères des enfants malnutris..... __ </p> <p>C. Visite à domicile..... __ </p>	<p>1. OUI 2. NON</p>



D. Dépistage actif.....	__
E. Distribution des micronutriments (MNPs).....	__
F. Autre (à préciser) : _____	__
G. Ne sait pas.....	__
AC05. SI AU MOINS UN "2" EN AC04, A QUOI EST DÛ CETTE INSUFFISANCE, SELON VOUS ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Insuffisance de personnel.....	__
B. Insuffisance de matériel.....	__
C. Insuffisance de formation du personnel.....	__
D. Insuffisance de motivation des acteurs de santé.....	__
E. Insuffisance de supervision.....	__
F. Insuffisance d'intérêt de la communauté.....	__
G. Manque de reconnaissance auprès des instances locales.....	__
H. Insuffisance de ressources financières.....	__
I. Autre (à préciser) : _____	__
AC06. QUELS TYPES DE CENTRES/UNITÉS DE RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLE FONCTIONNELS EXISTENT DANS VOTRE STRUCTURE ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. CRENAM.....	__
B. CRENAS.....	__
C. CRENI.....	__
<i>[Si AUCUN centre/unité de récupération/structure ne fait pas de prise en charge, Aller à AC10]</i>	
AC07. DISPOSEZ-VOUS D'UN EXEMPLAIRE DU PROTOCOLE NATIONAL DE PCIMA AU NIVEAU DU LIEU DE PRISE EN CHARGE ? [DEMANDEZ À OBSERVER]	__
1. Oui, observé	
2. Oui, non vu/observé	
3. Non	
AC08. QUEL TYPE DE MALNUTRITION PRENEZ-VOUS EN CHARGE DANS VOTRE STRUCTURE ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. MAM.....	__
B. MAS sans complications.....	__
C. MAS avec complications.....	__
AC09. QUELLES ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE MENEZ-VOUS DANS VOTRE STRUCTURE ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Dépistage passif systématique.....	__
B. Orientation des enfants diagnostiqués comme souffrants de malnutrition vers un spécialiste pour traitement/Référence.....	__
C. Transfert vers les CRENI en cas de détection de complications.....	__
D. Transport des enfants malnutris.....	__
E. Sensibilisation à la promotion de bonnes pratiques en matière de nutrition.....	__
F. Éducation et conseils en matière de santé et de nutrition en tête à tête	__



G. Traitement médicamenteux systématique.....	__		
H. Traitement nutritionnel (ATPE, laits, supplémentation).....	__		
I. Démonstrations culinaires.....	__		
J. Suivi des cas à problèmes/non répondants.....	__		
K. Suivi des cas d'abandon/absents	__		
AC10. QUAND RÉALISEZ-VOUS LE DÉPISTAGE DE LA MALNUTRITION ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON		
A. Systématiquement pour chaque enfant admis.....	__		
B. Seulement si suspicion.....	__		
C. Pour confirmer un diagnostic communautaire.....	__		
D. Jamais.....	__		
E. Ne Sait Pas.....	__		
AC11. COMMENT RÉALISEZ-VOUS LE DÉPISTAGE DE LA MALNUTRITION AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON		
A. Rapport poids/âge.....	__		
B. Rapport poids/taille.....	__		
C. Périmètre brachial (MUAC).....	__		
D. Présence d'œdèmes bilatéraux.....	__		
E. Autres (à préciser) : _____	__		
F. Ne Sait Pas.....	__		
AC12. PRENEZ-VOUS EN CHARGE LE TRANSPORT DES ENFANTS VERS LES AUTRES CENTRES DE RÉCUPÉRATION (RÉFÉRENCE/TRANSFERT)?	__		
1. Oui			
2. Non			
3. Ne Sait Pas			
AC13. SI AU MOINS UN "1" EN AC06, QUELS TYPES DE TRAITEMENT ADMINISTREZ-VOUS AUX ENFANTS MALNUTRIS ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON		
A. Médicamenteux systématique.....	__		
B. Nutritionnel.....	__		
C. Médicamenteux des complications.....	__		
AC14. SI AC13A=1, QUEL TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX SYSTÉMATIQUE ADMINISTREZ-VOUS AUX ENFANTS MALNUTRIS AIGUS ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] [REMPILIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE AC06]	CRENAM CRENAS CRENI		
	1. OUI 2. NON		
A. Vitamine A.....	__	__	__
B. Amoxicilline.....	__	__	__
C. Ampicilline.....	__	__	__
D. Mébendazole.....	__	__	__
E. Albendazole.....	__	__	__
F. Gentamycine.....	__	__	__



G. Métronidazole.....	__	__	__
H. Ceftriaxone.....	__	__	__
I. Cloxacilline.....	__	__	__
J. Oxacyline.....	__	__	__
K. Ciprofloxacine.....	__	__	__
L. Nystatine.....	__	__	__
M. Fluconazole.....	__	__	__
N. Vaccin contre la rougeole.....	__	__	__
O. Fer.....	__	__	__
P. Acide folique.....	__	__	__
Q. Arthéméter.....	__	__	__
R. Coartem.....	__	__	__
S. Artésunate.....	__	__	__
T. RéSoMal.....	__	__	__
U. SRO.....	__	__	__
V. Furosémide.....	__	__	__
W. Autre (à préciser) : _____	__	__	__
X. Ne Sait Pas.....	__	__	__
AC15. SI AC13B=1, QUEL TRAITEMENT NUTRITIONNEL DONNEZ-VOUS AUX ENFANTS MALNUTRIS AIGUS ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] [REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE AC06]	CRENAM	CRENAS	CRENI
	1. OUI 2. NON		
A. Laits thérapeutiques (F100, F75).....	__	__	__
B. ATPE (plumpynut).....	__	__	__
C. Plumpydose.....	__	__	__
D. Supplementaryplumpy.....	__	__	__
E. CSB+.....	__	__	__
F. Ne sait pas	__	__	__
G. Autres (à préciser) :.....	__	__	__
AC16. SI AC15B=1, LORSQU'UN ENFANT EST DÉPISTÉ MALNUTRI ET PREND LES ATPE, CONSEILLEZ-VOUS À LA MÈRE DE L'ALLAITER QUAND MÊME ? 1. Oui toujours 2. Oui si l'enfant ne reprend pas assez de poids 3. Non jamais			__
AC17. SI AU MOINS UN "1" EN AC06, EXISTE-T-IL UN PROGRAMME DE STIMULATION ÉMOTIONNELLE ET PHYSIQUE POUR LES ENFANTS MALNUTRIS AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE ? 1. Oui 2. Non [Si Non, Aller à AC20]			__



<p>AC18. SI AC17=1, QUELLES SONT LES ACTIVITÉS MENÉES/RÉALISÉES ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Salle de jeux équipée (couleurs fortes et des belles décorations murales, jouets mobiles,...)/Jouets dans les lits..... __ </p> <p>B. Séances de conseils aux mères __ </p> <p>C. Encouragement des mères à nourrir leurs enfants, les tenir, les entourer et jouer avec eux autant que possible..... __ </p> <p>D. Interaction avec les autres enfants..... __ </p> <p>E. Mouvements passifs..... __ </p> <p>F. Repas collectifs..... __ </p> <p>G. Autre (à préciser) : _____ __ </p> <p>H. Ne sait pas..... __ </p>	<p>1. OUI 2. NON</p>
<p>AC19. SI AC17=1, QUEL PERSONNEL SE CHARGE DE CETTE ACTIVITÉ (STIMULATION ÉMOTIONNELLE ET PHYSIQUE) ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Personnel spécifiquement en charge/Animateurs..... __ </p> <p>B. Médecins..... __ </p> <p>C. Assistants nutrition..... __ </p> <p>D. Infirmiers..... __ </p> <p>E. Aides-soignants..... __ </p> <p>F. Sages-femmes..... __ </p> <p>G. Tout personnel de santé en charge de patients malnutris..... __ </p> <p>H. Autre (à préciser) : _____ __ </p> <p>I. Ne Sait Pas..... __ </p>	<p>1. OUI 2. NON</p>
<p>AC20. PENSEZ-VOUS QUE LES ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE SONT SUFFISANTES ?</p> <p>1. Oui [Si Oui, Allez à la section suivante] __ </p> <p>2. Non</p>	<p> __ </p>
<p>AC21. SI AC20=2, A QUOI EST DUE CETTE INSUFFISANCE SELON VOUS ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Insuffisance de personnel..... __ </p> <p>B. Insuffisance de formation du personnel..... __ </p> <p>C. Insuffisance de locaux de prise en charge..... __ </p> <p>D. Locaux en mauvais état..... __ </p> <p>E. Services surchargés (patients trop nombreux)..... __ </p> <p>F. Insuffisance de motivation du personnel de santé..... __ </p> <p>G. Insuffisance de matériels anthropométriques..... __ </p> <p>H. Insuffisance de fournitures (registres, fiches, stylo, ordonnanciers, ...)..... __ </p> <p>I. Ruptures de stock d'intrants nutritionnel..... __ </p> <p>J. Rupture de stock demédicaments pour le traitement systématique..... __ </p> <p>K. Problème de ravitaillement en intrants nutritionnels..... __ </p> <p>L. Problème de ravitaillement en médicaments pour le traitement systématique..... __ </p>	<p>1. OUI 2. NON</p>



M. Difficultés dans le suivi des patients	__
N. Autre (à préciser) : _____	__

III. SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES	
SE01. AU COURS DES TROIS (3) DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ÉTÉ ABSENT DE VOTRE POSTE ? 1. Oui 2. Non [Si Non, allez à SE05]	__
SE02. SI SE01=1, PENDANT COMBIEN DE JOURS ?	__ __ [NOMBRE DE JOURS]
SE03. SI SE01=1, QUELLE ÉTAIT LA PRINCIPALE RAISON DE CETTE ABSENCE ? 1. Congés administratifs/permissions d'absence 2. Arrêt maladie 3. Autre raison (à préciser) : _____	__
SE04. SI SE01=1, DURANT CETTE ABSENCE, AVEZ-VOUS ÉTÉ REMPLACÉ PAR QUELQU'UN ? 1. Oui, par un nouvel agent 2. Oui, par les autres agents présents 3. Non, il n'y avait pas d'autres personnes 4. Ne Sait Pas	__
SE05. AVEZ-VOUS UN SYSTÈME DE SUIVI DES DONNÉES ADMISSIONS DES ENFANTS MALNUTRIS ? 1. Oui 2. Non [Si Non, Allez à SE08]	__
SE06. QUELS SONT LES OUTILS DE SUIVI ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] A. Remplissage des fiches de suivi patients..... B. Remplissage des registres de la structure..... C. Remontée des données au district/Rapports..... D. Autres : _____ E. Ne Sait Pas.....	1. OUI 2. NON __ __ __ __ __
SE07. QUEL PERSONNEL EST EN CHARGE DE CETTE ACTIVITÉ ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] A. Personnel spécifiquement en charge..... B. Médecins..... C. Assistants nutrition..... D. Infirmiers..... E. Aides-soignants..... F. Sages-femmes..... G. Tout personnel de santé en charge de patients malnutris..... H. Responsable de la structure..... I. Autre (à préciser) : _____ J. Ne Sait Pas.....	1. OUI 2. NON __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
SE08. QUI SE CHARGE DE LA GESTION DES INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] A. Personnel spécifiquement en charge/Gestionnaire des stocks/Magasinier..... B. COGES..... C. Médecin.....	1. OUI 2. NON __ __ __



D. Infirmier.....	_		
E. Aide-soignant.....	_		
F. Assistant nutrition.....	_		
G. Sage-femme.....	_		
H. Tout personnel de santé en charge de patients malnutris.....	_		
I. Responsable de la structure.....	_		
J. Autre (à préciser) : _____	_		
K. Ne Sait Pas.....	_		
SE09. QUAND ÊTES-VOUS RAVITAILLÉS EN INTRANTS THÉRAPEUTIQUES ? [REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE AC06]	CRENAM	CRENAS	CRENI
1. Si atteinte du stock de sécurité (stock d'alerte)	_	_	_
2. Si rupture			
3. Hebdomadairement			
4. Mensuellement			
5. Bimestriel (chaque 2 mois)			
6. Trimestriellement			
7. Ne Sait Pas			
SE10. CE RAVITAILLEMENT EST-IL SUFFISANT ? [REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE AC06]	CRENAM	CRENAS	CRENI
1. Oui [Si Oui, Allez à SE13]	_	_	_
2. Non, il y a souvent des ruptures			
3. Non, pas en période de soudure [Allez à SE13]			
4. Ne Sait Pas [Si Ne Sait Pas, Allez à SE13]			
SE11. SE10=2, COMBIEN DE FOIS Y A-T-IL EU DE RUPTURE APPROXIMATIVEMENT AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE (2014) ? [REPLIR EN FONCTION DE LA RÉPONSE AC06]	[NOMBRE DE RUPTURES]		
A. CRENAM	_ _ _ _		
B. CRENAS	_ _ _ _		
C. CRENI	_ _ _ _		
SE12. SI SE10=2, EN CAS DE RUPTURE DE STOCK, QUELLE EST SA DURÉE MOYENNE APPROXIMATIVE POUR :	[NOMBRE DE JOURS]		
A. Le traitement médicamenteux systématique.....	_ _ _ _		
B. Le traitement nutritionnel (ATPE, F75, F100).....	_ _ _ _		
C. La supplémentation nutritionnelle (CSB+, Plumpydose, Supplementary plumpy)...	_ _ _ _		
SE13. EST-CE QUE VOTRE CENTRE DE SANTÉ DISPOSE D'UN COMITÉ DE GESTION (COGES)?			
1. Oui	_		
2. Non [Si Non, Allez à SE15]			
3. Ne Sait Pas [Si Ne Sait Pas, Allez à SE15]			
SE14. SI SE13=1, EST-CE QU'IL ORGANISE RÉGULIÈREMENT DES RÉUNIONS AVEC PV (SI OUI DEMANDER LA FRÉQUENCE) ?			
1. Hebdomadaire			
2. Mensuelle			
3. Trimestrielle	_		
4. Semestrielle			
5. Non			
6. Ne Sait Pas			
SE15. EST-CE QUE VOTRE CENTRE DE SANTÉ DISPOSE D'UN COMITÉ DE SANTÉ (COSAN) ?			
1. Oui	_		
2. Non [Si Non, Allez à SE17]			
3. Ne Sait Pas [Si Ne Sait Pas, Allez à SE17]			



SE16. SI SE13=1, EST-CE QU'IL ORGANISE RÉGULIÈREMENT DES RÉUNIONS AVEC PV (SI OUI DEMANDER LA FRÉQUENCE) ? 1. Hebdomadaire 2. Mensuelle 3. Trimestrielle 4. Semestrielle 5. Non 6. Ne Sait Pas		__
SE17. RECEVEZ-VOUS DES MISSIONS DE SUPERVISION DES ACTIVITÉS DE NUTRITION ? 1. Oui 2. Non <i>[Si Non, Aller à la section suivante]</i>		__
SE18. SI SE15=1, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE CES MISSIONS DE SUPERVISION PAR NIVEAU ?	1. Mensuelle 2. Trimestrielle 3. Semestrielle	4. Annuelle 5. Jamais 6. NSP
A. Du niveau district.....		__
B. Du niveau régional.....		__
C. Du niveau national (DN).....		__

IV. FORMATIONS/RECYCLAGE ET MOTIVATION		
<i>[Pour chaque activité pour laquelle l'agent a été formé ou recyclé, demandez- lui de préciser en mois, le temps écoulé depuis la dernière formation/recyclage].</i>		
FM01. AVEZ-VOUS REÇU : A. Une formation sur protocole de la PCIMA..... B. Un recyclage sur le protocole de la PCIMA.....	1. Oui 2. Non __ __	Temps (en mois) __ __ __ __
FM02. AU COURS DES TROIS (3) DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS PERÇU VOTRE SALAIRE/PÉCULE ? 1. Oui, chaque mois 2. Oui, mais toujours avec trop de retard 3. Non		__
FM03. QUELLE(S) EST (SONT) LA/LES SOURCE(S) DE FINANCEMENT DE VOTRE SALAIRE/PÉCULE ? A. Etat..... B. Collectivité..... C. Communauté..... D. PAM..... E. UNICEF..... F. UNFPA..... G. ONG (à préciser) : _____ H. Autre (à préciser) : _____		1. OUI 2. NON __ __ __ __ __ __ __ __