



Conditions et demande de financement de la nutrition

Ce document fournit des informations détaillées sur les conditions du programme de Smile Train en matière de nutrition et inclut une demande de financement. Les postulants sont invités à lire attentivement ces informations avant de soumettre une demande de subvention de nutrition. En cas d'attribution, ils devront se conformer aux obligations associées au financement.

1. OBJECTIF DU FINANCEMENT DE LA NUTRITION

- Le principal objectif du financement de la nutrition de Smile Train est d'améliorer la qualité de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle offerte aux patients porteurs d'une fente labio-palatine.
- Le financement de la nutrition est conçu pour fournir un soutien ponctuel aux équipes des fentes, de résoudre les failles et les lacunes actuelles dans leur capacité à répondre aux besoins des patients.
- Le financement de la nutrition n'a pas vocation à remplacer ou couvrir les frais relatifs aux soins alimentaires et nutritionnels déjà couverts ni à couvrir tout ou partie des salaires.
- **Nous encourageons les partenaires à évaluer leur prise en charge actuelle des patients avec une fente avant de soumettre une demande.** Souvent, la nutrition n'est pas priorisée, ni lors de la première consultation ni tout au long du parcours de soins. Les partenaires doivent réfléchir aux changements nécessaires pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et soutenir la croissance des patients. Si une subvention est considérée comme nécessaire pour renforcer la prise en charge nutritionnelle actuelle, le partenaire doit contacter le représentant local de Smile Train.

2. PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE

La prise en charge alimentaire et nutritionnelle commence dès le premier jour pour les patients avec une fente labio-palatine.

L'alimentation et la nutrition doivent être prioritaires lors de la prise en charge d'une fente labio-palatine, garantissant ainsi les bases d'une croissance et d'une santé optimale dans les premiers stades de la vie de l'enfant.

1. Accorder une attention immédiate aux besoins alimentaires et nutritionnels.

La priorité lorsqu'un enfant naît avec une fente labio-palatine est d'accompagner et encourager sa mère afin qu'elle puisse donner la meilleure nutrition à son enfant en bas âge, conformément aux pratiques recommandées en matière de modes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (PANJE).

2. Rôle essentiel du suivi de la croissance.

Le suivi de la croissance est essentiel dès le premier jour pour promouvoir une croissance saine, identifier précocément les problèmes, prévenir la malnutrition et évaluer l'impact des interventions

alimentaires et nutritionnelles. Le suivi de la croissance est essentiel pour s'assurer que les enfants sont en bonne santé et en condition physique optimale pour la chirurgie.

3. La préparation du patient à la chirurgie.

La clé pour minimiser les risques péri-opératoires et maximiser la guérison en post-opératoire réside dans la bonne condition physiologique et fonctionnelle de l'enfant. Le suivi de la croissance est un paramètre crucial dans l'évaluation de la préparation physiologique de l'enfant à la chirurgie, contribuant à réduire les risques péri-opératoires et à assurer une opération chirurgicale sans danger.

4. Réexamen holistique du protocole de prise en charge des patients : opportune, appropriée et centrée sur les besoins du patient.

Le réexamen holistique du protocole de soins des patients se démarque comme la stratégie la plus efficace pour fournir des soins de qualité. Nous exhortons les partenaires à examiner de manière critique leurs approches actuelles, afin d'identifier les changements dans l'organisation et les pratiques qui privilégient la prévention de la malnutrition et la sécurité du patient pendant la chirurgie. **Un financement seul ne suffit pas à garantir des soins de qualité. Sans une réorganisation complète de la prise en charge pour prioriser les besoins nutritionnels des patients dès le premier jour, le financement n'aura aucun impact réel sur la qualité des soins ni la sécurité à la chirurgie.**

5. Les meilleures pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants s'appliquent à tous les enfants, y compris ceux qui sont nés avec une fente.

La présence d'une fente labio-palatine ne doit pas interférer avec la nutrition optimale que doit recevoir un enfant, en fonction de son âge, que ce soit le lait maternel ou l'alimentation complémentaire. Smile Train ne fournira pas aux partenaires de lait commercial, de tétines, de biberons, de biberons spécialisés etc. Toutefois, les partenaires peuvent indiquer qu'une partie du financement servira à l'achat de ces fournitures. Il est alors entendu que les partenaires reconnaissent la supériorité de l'allaitement et du lait maternel, ainsi que les risques associés à l'utilisation de lait commercial et d'outils d'alimentation dans les contextes où les conditions d'eau, d'assainissement et d'hygiène sont compromises. Conformément aux recommandations de l'OMS, il est attendu que les partenaires privilégient l'utilisation de gobelets pour nourrir les nourrissons rencontrant des difficultés à allaiter directement, autant que possible. Il est primordial que le partenaire procède à une évaluation systématique des besoins, éduque, sensibilise et assure un suivi de chaque patient avant de conseiller ou de fournir du lait commercial, des accessoires d'alimentation, etc., à la mère ou à la personne en charge de l'enfant.

3. DEMANDE DE FINANCEMENT ET BUDGET

Une demande complète de financement de la nutrition auprès de Smile Train comprend :

- Demande de financement de la nutrition (ci-dessous)
- Modèle de budget de financement de la nutrition de Smile Train

Vous trouverez une liste de contrôle de la demande à la fin de ce document, pour vous aider à préparer et à compléter la demande de nutrition.

Les fournitures et les activités pouvant être financées sont diverses et dépendent des besoins identifiés par le postulant en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients avec une fente. Le financement peut être justifié pour couvrir le coût d'appareils de mesure, de produits alimentaires et d'outils d'alimentation, de médicaments, d'hospitalisation, ainsi que de supports éducatifs.

4. OBLIGATIONS POUR LES PARTENAIRES BÉNÉFICIAIRE D'UN FINANCEMENT POUR LA NUTRITION

4.1. Conditions générales

Le centre de traitement bénéficiaire du financement de la nutrition doit :

- Employer les fonds uniquement pour les équipements et les activités stipulés dans la demande.
- Tenir des pièces comptables du financement à des fins d'audit et **fournir un rapport comptable pour vérifier les dépenses à l'issue de la période du financement de la nutrition.**
- Constituer une liste de tous les patients bénéficiant du financement de la nutrition.
- Recueillir et rapporter les données de nutrition des patients bénéficiant du financement de la nutrition, auprès de la base de données Smile Train Express (STX).
- Recueillir les témoignages de patients qui illustrent l'impact du financement.
- Soumettre un rapport à la fin de la période de financement.
- Informer le contact local de Smile Train **immédiatement** si la personne en charge de la nutrition quitte l'organisation partenaire durant la période de financement de la nutrition.
- Être disponible pour les visites sur place du personnel et des conseillers de Smile Train.
- Être réactif aux e-mails, enquêtes et demandes de renseignements concernant la prise en charge nutritionnelle.

4.2. Obligation de rapporter les données de nutrition dans Smile Train Express (STX)

Les partenaires bénéficiant d'un financement de nutrition ont l'obligation de remplir les formulaires STX de collecte de données nutritionnelles à **chaque consultation** avec un patient bénéficiant du financement.

- La personne qui supervise le financement de la nutrition doit accéder à la base de données cliniques STX pour rapporter les données de nutrition des bénéficiaires du financement.

Si cette personne a besoin d'aide pour accéder à STX et y soumettre les données, il/elle doit contacter le représentant local de Smile Train.

- Il existe 4 formulaires STX de collecte de données de nutrition, correspondant à 4 tranches d'âge. *Les formulaires STX peuvent être téléchargés directement depuis STX ou obtenus auprès du représentant local de Smile Train.*

- Les formulaires STX de collecte des données de nutrition doivent être complets et exacts.
- Les données de nutrition doivent être régulièrement rapportées sur STX.
- Les paiements conditionnels seront suspendus si le partenaire ne collecte et/ou ne rapporte pas régulièrement les données de nutrition sur STX.

4.3. Obligation d'une prise en charge de qualité

Afin de garantir une qualité optimale de la prise en charge, les exigences suivantes concernant l'évaluation nutritionnelle, la prise en charge alimentaire et nutritionnelle et la préparation des patients pédiatriques à la chirurgie doivent être respectées :

- Évaluation compétente** : L'évaluation nutritionnelle doit être menée par un nutritionniste ou un professionnel compétent, dès la première consultation.

- Évaluation complète** : Chaque consultation doit au moins comprendre une mesure du poids par rapport à l'âge, du poids par rapport à la taille, et de la taille par rapport à l'âge, consignées sur des courbes de croissance. Le suivi de la croissance au fil des consultations est indispensable.
- Programme de prise en charge personnalisée** : Les conseils relatifs à l'alimentation et les programmes de soins nutritionnels doivent être adaptés aux résultats de l'évaluation du statut nutritionnel et de la croissance.
- Collaboration médicale** : Un médecin (de préférence un pédiatre) devra collaborer avec le/la nutritionniste/l'infirmier(e) pour gérer les cas de malnutrition et autres problèmes de santé.
- Préparation à la chirurgie** : Le statut nutritionnel du patient doit être optimal afin de réduire les risques de complications chirurgicales et favoriser une guérison rapide et efficace.
 - L'enfant doit afficher une croissance constante en poids et en taille, telle qu'indiquée sur les courbes de croissance.
 - Idéalement, l'enfant ne doit être ni émacié (faible rapport poids/taille) ni présenter un retard de croissance (faible rapport taille/âge). En cas de retard de croissance, il doit y avoir des preuves d'une croissance linéaire de rattrapage.
 - Un médecin (pédiatre de préférence) doit confirmer que le statut nutritionnel et l'état général de santé de l'enfant permet de procéder à la chirurgie.

Les données reportées par le partenaire dans les formulaires d'enregistrement du patient, de consultation nutritionnelle et d'intervention chirurgicale seront examinées à chaque demande de financement, à chaque paiement d'une tranche de financement et à la fin de la période de financement, afin d'évaluer la qualité des données, du diagnostic et de la prestation des soins.

4.4. Clôture du financement et conditions pour l'obtention d'un financement supplémentaire

Les partenaires bénéficiant d'un financement doivent soumettre un rapport de financement (RF) via le portail des partenaires de Smile Train, dans les 30 jours suivant la fin de la période budgétaire allouée. La période de financement peut être ajustée si besoin. Le partenaire doit s'adresser au représentant local de Smile Train pour solliciter une modification de la période de financement.

Aucun financement supplémentaire ne sera envisagé si :

- Le rapport de financement n'a pas été complété et soumis sur le portail de Smile Train dans les délais requis.
- Les informations fournies dans le rapport de financement ne correspondent pas aux informations figurant dans la base de données STX.
- Les données de nutrition dans STX sont incomplètes.
- Les analyses des données reportées dans STX ne révèlent aucune amélioration de la qualité de la prise en charge alimentaire et nutritionnel et/ou suscitent des inquiétudes concernant la sécurité des patients durant leur prise en charge et à la chirurgie.

Un financement supplémentaire peut être envisagé s'il est justifié et **si les objectifs d'une prise en charge de qualité sont atteints**. La procédure de demande de financement supplémentaire est identique à la demande de financement initiale, mais le partenaire doit en justifier la nécessité.

5. AUDITS

Les partenaires qui reçoivent un financement peuvent être soumises à des audits médicaux et financiers. Le financement peut être interrompu à tout moment si Smile Train estime que les fonds des donateurs ne sont pas correctement utilisés.

Demande de financement de la nutrition

Ce formulaire de demande vous aidera à collecter les informations nécessaires à la demande de financement de la nutrition. Si votre organisation n'a jamais reçu de financement, des documents juridiques complémentaires et des informations relatives aux virements bancaires pourront vous être demandés. Cette demande sera examinée par un conseiller en nutrition et ses commentaires vous seront communiqués.

INFORMATIONS SUR L'ORGANISATION QUI FAIT LA DEMANDE	
Nom de l'organisation	
Coordonnées de la personne à contacter Adresse, téléphone, e-mail, site internet	
Type d'organisation p.ex., hôpital général, hôpital spécialisé, organisation à but non lucratif, CHU, personne privée	
Propriété p.ex., privée, publique, les deux	

COORDONNÉES DU CONTACT PRINCIPAL Cette partie doit être complétée par la personne qui supervise la prise en charge nutritionnelle	
Nom du contact principal	
Adresse e-mail	
Intitulé du poste et profession	
La personne en charge des activités de nutrition a-t-elle été formée en la matière¹ ?	Oui / Non

<p>La personne en charge des activités de nutrition a-t-elle suivi une formation de nutrition de Smile Train en présentiel ?</p>	<p>Oui / Non</p>
<p>Si la personne qui supervise le programme de nutrition n'est pas formée à la nutrition, veuillez désigner la personne qualifiée pour superviser la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des patients avec une fente.</p>	
<p>Pièces à fournir :</p>	<p><input type="checkbox"/> CV du/de la nutritionniste et/ou de la personne qui supervisera les activités de nutrition (si différent)</p>

¹ Dans le cas présent, un nutritionniste est un professionnel de santé qui a suivi une formation professionnelle en nutrition clinique et/ou diététique.

<p align="center">DEMANDE DE FINANCEMENT</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Veuillez utiliser le modèle de budget de financement de la nutrition de Smile Train pour établir votre budget.</i> • <i>Veuillez indiquer ci-dessous les informations relatives au budget.</i> 	
<p>Montant demandé en dollars américains (USD) ou dans l'une des devises locales acceptées par Smile Train (préciser laquelle)</p>	
<p>Quel pourcentage du coût total de la prise en charge nutritionnelle sera supporté par Smile Train grâce à ce financement ?</p>	
<p>Votre centre reçoit-il d'autres sources de financement pour la nutrition ? Choisissez toutes les réponses applicables.</p>	<p><input type="checkbox"/> Gouvernement <input type="checkbox"/> Paiements par les patients <input type="checkbox"/> Ressources propres au centre de traitement <input type="checkbox"/> Autre organisation à but non lucratif dédiée au traitement des fentes labio-palatines <input type="checkbox"/> Autre organisation <input type="checkbox"/> Aucune</p>
<p>Date proposée pour le début de la période de financement :</p>	

Date proposée pour la fin de la période de financement :	
Principale zone géographique desservie :	
En moyenne, combien de patients avec une fente reçoivent chaque mois des conseils d'alimentation et/ou des soins de nutrition dans votre centre ?	
Au total, combien de patients avec une fente ont bénéficié d'un traitement chirurgical dans votre centre au cours des 12 derniers mois ?	
Combien de patients avec une fente bénéficieront de ce financement de nutrition au cours de la période de financement proposée ?	
Veuillez résumer votre projet en une phrase :	
Documents à fournir :	<input type="checkbox"/> Budget

DÉTAILS DU PROJET

CONTEXTE

Décrivez votre prise en charge actuelle en matière de soins alimentaires et nutritionnels, p.ex. :

- Tranches d'âge, statut socio-économique et statut nutritionnel des patients avec une fente labio-palatine que vous prenez en charge.
- Si, et de quelle manière, vous fournissez des conseils d'alimentation et/ou un soutien nutritionnel aux enfants avec une fente.
- Si, et de quelle manière, vous veillez à la bonne croissance des enfants et identifiez les problèmes.
- Si, et de quelle manière, les formes chroniques et aiguës de malnutrition sont identifiées et prises en charge.
- Quels professionnels de santé sont impliqués dans prise en charge alimentaire et nutritionnelle des patients avec une fente.
- La manière dont vous évaluez si un patient est prêt sur le plan nutritionnel pour subir une intervention chirurgicale.

Si vous avez suivi une formation de nutrition avec Smile Train en présentiel, expliquez les changements que vous avez mis en pratique depuis votre participation.

>> Saisissez le texte ici

BESOINS

Résumez ci-dessous les lacunes et les insuffisances dans la prise en charge actuelle en matière de nutrition des patients avec une fente dans votre centre de traitement.

Votre énoncé des besoins doit décrire précisément les difficultés que vous espérez résoudre grâce à ce financement. **Votre énoncé des besoins doit expliquer les éléments énoncés dans votre budget.** Par exemple, si vous recherchez un financement pour X, expliquez en quoi le manque de X vous empêche d'aider un groupe particulier de patients ou d'offrir un type de service.

>> Saisissez le texte ici

OBJECTIFS

- Expliquez les objectifs que vous espérez atteindre grâce au financement (en reliant vos objectifs à votre énoncé des besoins).
- Expliquez quelles améliorations mesurables de la qualité de la prise en charge des patients avec une fente nous devrions observer dans votre centre de traitement.

>> Saisissez le texte ici

ACTIVITÉS

- Décrivez votre prise en charge actuelle (conseils d'alimentation, évaluation nutritionnelle, suivi de la croissance, soutien nutritionnel, réhabilitation thérapeutique etc.) des patients avec une fente. Précisez la tranche d'âge des bénéficiaires (p.ex., enfants de 0 à 6 mois, de 6 mois à 2 ans, de 6 mois à 5 ans, enfants plus âgés et adolescents, adultes).
- Expliquez comment ce financement permettra d'améliorer la qualité des soins prodigués aux enfants avec une fente et garantira la sécurité des interventions chirurgicales.

>> Saisissez le texte ici

LISTE DE CONTRÔLE DE LA DEMANDE

Cette liste de contrôle vous aidera à préparer et à remplir votre demande.

CONTEXTE	Oui	Pas applicable
• Avez-vous fourni une brève description de la population de patients avec une fente que vous prenez en charge (tranches d'âge, statut socio-économique, statut nutritionnel) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous indiqué si vous proposez actuellement des conseils d'alimentation et/ou un soutien nutritionnel aux mères d'enfants avec une fente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous indiqué si vous utilisez des courbes de croissance pour suivre la croissance et la santé générale des patients ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous indiqué si vous identifiez actuellement la malnutrition et de quelle manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous indiqué si vous prenez actuellement en charge la malnutrition aiguë et de quelle manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous indiqué quels professionnels de santé sont impliqués dans les soins alimentaires et nutritionnels des patients avec une fente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BESOINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous expliqué les lacunes et les insuffisances que vous avez identifiées dans votre prise en charge actuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous précisé quelles lacunes et insuffisances le financement de la nutrition était censé résoudre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBJECTIFS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vos objectifs décrivent-ils les résultats attendus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vos objectifs sont-ils liés aux (à certaines) lacunes et insuffisances identifiées dans la prise en charge actuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous défini vos objectifs par tranche d'âge des patients cibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITÉS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous décrit de quelle manière le financement améliorera la qualité de la prise en charge des patients avec une fente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'utilisation prévue des fonds est-elle conforme aux objectifs énoncés plus haut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous indiqué si le financement améliorera prise en charge dans tout ou partie des activités suivantes : conseils sur l'alimentation, évaluation nutritionnelle, suivi de la croissance, soutien nutritionnel et réhabilitation thérapeutique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous précisé quelle(s) tranche(s) d'âge bénéficiera (bénéficieront) du financement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Le cas échéant, avez-vous mentionné les protocoles que vous suivrez ou les ressources que vous utiliserez pour guider votre prise en charge alimentaire et nutritionnelle des patients avec une fente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous indiqué comment vous déterminerez si vous avez atteint les objectifs à la fin de la période de financement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BUDGET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous préparé un budget qui mettent en évidence les activités de nutrition que le financement contribuera à améliorer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si le financement est accordé, avez-vous prévu l'établissement d'un rapport comptable pour justifier les dépenses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous réfléchi à la manière dont vous prouverez que le financement a permis d'améliorer la prise en charge alimentaire et nutritionnel des patients ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>