

INTRODUCTION

Je m'appelle [prénom et nom] et mes collègues sont [prénoms et noms]. Nous venons de l'Institut National de la Statistique (INS).

L'INS travaille en collaboration avec le Ministère de la Santé publique et le projet de Renforcement de Capacité pour la Délivrance des Services financé par la Banque mondiale. Nous sommes ici en vue de recueillir des informations et des statistiques sur la prestation des services, dans le cadre des efforts du gouvernement visant à améliorer l'utilisation des ressources et la qualité des services. Ces informations seront disponibles et diffusées sous forme de rapports.

L'autorisation pour la présente étude a été délivrée par le Ministère de la Santé. [*Présenter la lettre d'autorisation*]

Toutes les informations fournies resteront confidentielles. Aucune information ne vous sera imputée personnellement.

Nous passerons la journée dans votre formation sanitaire afin de remplir ce questionnaire. Nous travaillerons avec différents services de votre formation sanitaire.

Avez-vous des questions ? Pouvons-nous commencer l'entretien ?

Permission	
Q1.	Acceptez-vous de participer à l'enquête ?
	Oui = 1 Non = 2 <i>Si Oui (1) → Module 1, Section A, Question 3</i> <input type="text"/>
Q2.	Si non, quel est le motif de votre refus ? <i>Fin de l'entretien initial. Informez le chef d'équipe et le superviseur.</i>

OBSERVATIONS :	

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire

Section A: Généralités

Renseignements sur la formation sanitaire

Q3.	Région	Agadez=1 Tahoua=5	Diffa = 2 Tillabéri=6	Dosso=3 Zinder=7	Maradi=4 Niamey=8	
Q4.	District sanitaire	Numéro (voir codes)				_ _ _ _
Q5.	Nom de la formation sanitaire	Nom				_ _ _ _
Q6.	Code de la formation sanitaire	Numéro (voir codes)				_ _ _ _
Q7.	Milieu d'installation de la formation sanitaire	Rural = 1 Urbain = 2				_
Q8.	Position GPS	N _ _ _ ° _ _ _ . _ _ _ _ "			E _ _ _ ° _ _ _ . _ _ _ _ "	
Q9.	Précision GPS	<i>Notez la précision en mètres. Elle devrait être inférieure à 10m.</i>				_ _

Renseignements sur les enquêteurs

Première Visite

Q10.	Date de la 1 ^{ère} visite	Jour/Mois/Année (ex. 22 /09/2015)		_ _ _ / _ _ _ / 2 0 1 5	
Q11.	Agents Enquêteurs 1 ^{ère} visite	Nom/Code	_ _ _ _ / _ _ _ _	Nom/Code	_ _ _ _ / _ _ _ _
Q12.	Heure d'arrivée à la 1 ^{ère} visite	Heure en format 24 h (ex. 07:30)		_ _ _ : _ _ _	
Q13.	Heure de départ de la 1 ^{ère} visite	Heure en format 24 h (ex. 13:30)		_ _ _ : _ _ _	

Deuxième visite

Q14.	Date de la 2 ^{ème} visite	Jour/Mois/Année (p. ex. 24/09/2015)		_ _ _ / _ _ _ / 2 0 1 5	
Q15.	Agents Enquêteurs 2 ^{ème} visite	Nom/Code	_ _ _ _ / _ _ _ _	Nom/Code	_ _ _ _ / _ _ _ _
Q16.	Heure d'arrivée à la 2 ^{ème} visite	Heure en format 24 h (ex. 07:30)		_ _ _ : _ _ _	
Q17.	Heure de départ de la 2 ^{ème} visite	Heure en format 24 h (ex. 13:30)		_ _ _ : _ _ _	

Q18. Supervision

Questionnaire rempli = 1

Questionnaire incomplet = 2

Etablissement fermé = 3

Refusé = 4

A. Chef d'équipe	B. Résultat	C. Date	D. Superviseur	E. Résultat	F. Date
_ _ _ _	_	_ _ _ / _ _ _ / 2 0 1 5	_ _ _ _	_	_ _ _ / _ _ _ / 2 0 1 5

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire

Section B: Généralités

Prenez attache avec le responsable de la formation sanitaire ou la personne assurant son intérim s'il est absent.

Généralités

Q1.	Puis-je avoir votre nom s'il vous plait ? [Facultatif]	Inscrire le nom	
Q2.	Avez-vous un contact téléphonique portable ? Oui=1 Non=2 [Facultatif; numéro FLOTTE sinon]	_	—————> _ _ _ _ _ _ _ _
Q3.	Quelle est votre poste au sein de cette formation sanitaire ?	Responsable de la formation sanitaire = 1 Responsable adjoint de la formation sanitaire=2 Chef de service = 3	Surveillant = 4 Personnel médical = 5 Personnel administratif = 6 Autre (préciser) = 9 _ _
Q4.	Quel est le statut de cette formation sanitaire ?	Gouvernemental (Public) = 1 Privé sans but lucratif (ONG/Confessionnel) =2	Forces armées/gendarmerie = 3 Privé à but lucratif = 4 _ _
Q5.	A qui incombe <u>principalement</u> le paiement des salaires du personnel dans cette formation sanitaire (en termes d'effectifs) ?	Budget de l'Etat = 1 Budget des collectivités locales = 2 Recettes propres= 3	ONG/Confessionnel sans but lucratif =4 Autre (préciser) = 9 _ _
Q6.	Qui paie <u>principalement</u> les fournitures médicales dans cette formation sanitaire ?	Budget de l'Etat = 1 Budget des collectivités locales = 2 Recettes propres= 3	ONG/Confessionnel sans but lucratif =4 Autre (préciser) = 9 _ _
Q7.	Qui paie <u>principalement</u> les coûts de fonctionnement et de maintenance de cette formation sanitaire ?	Budget de l'Etat = 1 Budget des collectivités locales = 2 Recettes propres= 3	ONG/Confessionnel sans but lucratif =4 Autre (préciser) = 9 _ _
Q8.	Quel est le type de la formation sanitaire ?	Case de santé=1 CSI 1 = 2 CSI 2 = 3 Infirmierie = 4	Hôpital de district sans bloc opératoire = 5 Hôpital de district avec bloc opératoire = 6 Salle de soins=7 Cabinet de soins=8 Cabinet médical=9 Autre (préciser)=99 _ _ _
Q9.	Comment vous rendez-vous au chef-lieu de district ?	Voiture = 1 Moto = 2 Vélo = 3	A pied=4 Charrette = 5 Dos d'animal=6 Pinasse (pirogue)=7 Réside au chef-lieu de district = 8 _ _
Q10.	Combien de temps faut-il pour se rendre au chef-lieu du district en utilisant la méthode que vous utilisez ?		Heure/minutes (p.ex. : 01h30) NB : 00h00 si Q9=8 _ _ _ _ h _ _ _

Prestation de Services

Instructions Q11 à Q33 : Demandez à voir les rapports SNIS ou les registres de consultations pour renseigner les informations.



Q11.	Quel est le nombre de jours d'ouverture de la formation sanitaire par semaine ? Nombre [1-7]		Q12.	Quel est le nombre d'heures de consultations externes journalières offertes par la formation sanitaire ? [Heures et minutes]	
	_ _			_ _ _ h _ _ _	
Q13.	Combien de consultations externes avez-vous effectuées dans cette formation sanitaire au cours du dernier trimestre SNIS (juillet, août,	_ _ _ _ _	Q14.	Est-ce que vous hospitalisez des patients ? Oui=1, Non=2 <i>Si Non → Q17.</i>	_ _

	septembre) ? Demandez à voir le registre [Nombre]				
Q15.	Combien de patients avez-vous hospitalisés au cours du dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre) ? Demandez à voir le registre. [Nombre]	_ _ _	Q16.	Combien y a-t-il eu de journées d'hospitalisation durant le dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre) ? Demandez à voir le registre. [Nombre]	_ _ _
Q17.	Combien de lits sont disponibles pour les patients dans votre formation sanitaire ? Note : Q17=Q18+Q19+ Q20 [Nombre]	_ _ _	Q18.	Parmi ces lits, combien sont pour l'hospitalisation ? Note : seulement si Q14=1. [Nombre]	_ _ _
Q19.	Parmi ces lits, combien sont pour la maternité ? [Nombre]	_ _ _	Q20.	Parmi ces lits, combien sont pour l'observation ? [Nombre]	_ _ _
Maternité					
Q21.	Est-ce que la formation sanitaire a une maternité (fait des accouchements) ? Oui=1 ; Non=2	_	Si Q21.=Non (2), alors → Section 1C.		
Q22.	Disposez-vous d'une salle de travail, où les femmes peuvent séjourner avant l'accouchement ? Oui = 1 ; Non = 2	_	Q23.	Combien d'accouchements ont été effectués au cours du dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre) ? [Nombre]	_ _ _
Q23A.	Combien de mères sont décédées en couche au cours du dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre) ? [Nombre]	_ _ _	Q23B.	Combien d'accouchements ont été référés au cours du dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre) ? [Nombre]	_ _ _
Q23C.	Combien de femmes souffrant de l'hémorragie du post-partum avez-vous pris en charge au cours du dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre) ? [Nombre]	_ _ _	Q23D.	Combien de décès de nouveau-nés dans la première semaine après la naissance avez-vous enregistrés du dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre) ? [Nombre]	_ _ _
Soins obstétricaux et néonataux d'urgences Oui=1, Non = 2					
Q24.	Est-ce que la formation sanitaire offre des administrations parentérales d'antibiotiques ?	_	Q25.	Est-ce que la formation sanitaire offre des administrations parentérales d'ocytociques ?	_
Q26.	Est-ce que la formation sanitaire offre des administrations parentérales d'anticonvulsivants ?	_	Q27.	Est-ce que la formation sanitaire offre des extractions manuelles de placentas ?	_
Q28.	Est-ce que la formation sanitaire offre des évacuations manuelles des produits de la conception ?	_	Q29.	Est-ce que la formation sanitaire offre des accouchements instrumentés (ventouse, forceps) ?	_
Q30.	Est-ce que la formation sanitaire offre des réanimations du nouveau-né avec masque et ballon ?	_	Q31.	Est-ce que la formation sanitaire offre des transfusions sanguines ?	_
Q32.	Est-ce que la formation sanitaire offre des césariennes ?	_	Si Q32= Non (2) → Module 1C.		

Q33.	Combien de césariennes ont été effectuées au cours du dernier trimestre SNIS (juillet, août, septembre)?	[Nombre]	_ _ _ _
------	--	----------	---------

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire
Section A: Généralités

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire
Section C: Infrastructure

Rapprochez-vous du responsable de la formation sanitaire ou de la personne assurant son intérim.

J'ai un certain nombre de questions sur les infrastructures disponibles dans la formation sanitaire

Electricité et Alimentation électrique

Q1.	Quelle est la principale source d'électricité de la formation sanitaire?	Pas d'alimentation électrique = 1 Réseau électrique (Nigélec) = 2 Groupe électrogène = 3	Batteries (voiture) = 4 Panneau solaire = 5 Autres (préciser) = 9 <i>Si pas d'alimentation (1) → Q6.</i>	_ _
Q2.	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous connu des interruptions d'électricité de plus de deux heures avec cette source ?		Oui=1 Non=2 <i>Si Non (2) → Q5.</i>	_
Q3.	Combien de temps a duré la plus longue coupure ?		<i>En heures et minutes.</i> Note : 3 heures et demie = 03h30	_ _ h _ _
Q4.	Au cours des deux dernières semaines, combien de jours avez-vous subi des coupures de plus de 2h ?		[Nombre]	_ _
Q5.	Cette formation sanitaire dispose-t-il d'une source secondaire d'électricité ? <i>Inscrivez toute option mentionnée.</i>	Réseau électrique (Nigélec) = 1 Groupe électrogène = 2 Batteries=3	Panneau Solaire = 4 Aucune = 5 Autres (préciser) = 9	_ _

Eau potable et assainissement

Q6.	Quelle est la principale source d'eau de cette formation sanitaire ?	Aucune source d'eau = 01 Eau courante (SEEN)=02 Robinet public/borne fontaine = 03 Puits tubulaire/puits de forage = 04 Puits creusé protégé = 05 Puits non protégé = 06 Source protégée = 07	Source non protégée= 08 Eau de pluie = 09 Eau en bouteille = 10 Camion-citerne = 11 Eau de Surface = 12 Autre (préciser) = 99 Ne sait pas = - 8 <i>Si Aucune (1) → Q11.</i>	_ _
-----	--	---	--	-----

Q7.	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous connu des interruptions d'approvisionnement de plus de deux heures d'affilée en eau de cette source ?		Oui = 1 Non = 2 <i>Si non → Q10.</i>	_			
Q8.	Combien de temps a duré la plus longue interruption ?		<i>En heures et minutes.</i> Note : 3 heures et demie = 03h30	_ _ _ _ h _ _			
Q9.	Au cours des deux dernières semaines, combien de jours avez-vous subi des coupures de plus de 2h ?		[Nombre]	 _ _			
Q10.	Combien de temps faut-il en moyenne pour se rendre à pied à la principale source d'eau ?		Note : aller-retour, y compris les temps d'attente pour avoir l'eau. <i>Inscrivez « 0 » si c'est disponible dans la formation sanitaire.</i> [Minutes]	_ _ _ _			
Q11.	Quel est le type de toilettes (latrines) mis à la disposition des patients en consultation externe ?	Brousse/aucune = 01 Latrine à fosse découverte sans dalle = 03 Latrine à fosse découverte avec dalle = 04 Latrine à fosse couverte sans dalle = 05 Latrine à fosse couverte avec dalle = 06 Latrine à fosse couverte avec dalle et ventilée = 07	Toilette à compostage (Ecosan) = 08 Toilette à chasse (sans chasse ; TCM) = 09 Toilette à chasse (avec chasse) = 10 Autre = 99 (préciser) <i>Si brousse (1) → Q14.</i>	 _ _			
Q12.	Des types de toilettes (latrines) mentionnées, combien sont pour les patients externes ?		[Nombre]	_ _ _ _			
Q13.	Combien de toilettes (latrines) mentionnées pour les patients externes sont fonctionnelles ?		[Nombre]	_ _ _ _			
<i>Renseignez Q14 à Q16 si la formation sanitaire fait de l'hospitalisation (Module 1, Section B, Q14=Oui) ou si elle a des lits pour les patients qui sont hospitalisés, à la maternité ou en observation. Sinon passez à la communication (Q17).</i>							
Q14.	Quel est le type de toilettes (latrines) à la disposition des patients hospitalisés, de la maternité ou en observation ?	Brousse/aucune = 01 Latrine à fosse découverte sans dalle = 03 Latrine à fosse découverte avec dalle = 04 Latrine à fosse couverte sans dalle = 05 Latrine à fosse couverte avec dalle = 06 Latrine à fosse couverte avec dalle et ventilée = 07	Toilette à compostage (Ecosan) = 08 Toilette à chasse (sans chasse ; TCM) = 09 Toilette à chasse (avec chasse) = 10 Autre = 99 (préciser) <i>Si brousse (1) → Q14.</i>	_ _ _			
Q15.	Combien de toilettes (latrines) mentionnées y a-t-il seulement pour les patients hospitalisés, de la maternité ou en observation ?		[Nombre]	_ _ _ _			
Q16.	Combien de toilettes (latrines) mentionnées comme étant seulement pour les patients hospitalisés, de la maternité ou en observation sont fonctionnelles ?		[Nombre]	_ _ _ _			
Gestion des déchets : j'ai un certain nombre de questions sur la gestion des déchets tranchants et piquants comme les aiguilles ou les lames de cette formation sanitaire.							
Q17.	Quelles sont les méthodes d'élimination des déchets piquants et tranchants de la formation sanitaire ? Oui=1 Non=2	Incineration des déchets à ciel ouvert (à l'intérieur de la formation sanitaire)					
		a	A même le sol - pas de protection	_	b	Fosse ou sol protégé	_
		c	Brûleur en brique	_			
		Décharge sans incinération (à l'intérieur de la formation sanitaire)					
d	Sol plat-pas de protection	_	e	Fosse couverte ou latrines à fosse	_		

	<i>Indiquez tout ce qui correspond et mettez 2 où ça ne correspond pas.</i>	f	Fosse ouverte - sans protection	_	g	Sol couvert ou fosse	_	
		Élimination hors site						
		h	Stockage en containers couverts	_	i	Stockage dans un autre site protégé	_	
		j	Stockage non protégé	_	k	Autre (préciser) _____	_	
		l	L'établissement n'a jamais de déchets tranchants	_	m	Incinérateur	_	
		Incinérateur (à l'intérieur de la formation sanitaire)						
n	Incinérateur industriel avec 2 chambres de combustion (800-1000°C)	_	o	Four à tambour rotatif ou chambre de combustion à briques	_			
Q18.	Je voudrais voir où vous éliminez les déchets tranchants ou piquants. S'ils sont éliminés hors site, pouvez-vous me montrer où ils sont stockés avant d'être enlevés ? Observez.						Pas de déchets visibles = 1 Déchets visibles mais zone protégée = 2 Déchets visibles, zone non protégée = 3 Dépôt non inspecté = 4	_
<i>J'ai un certain nombre de questions sur l'élimination des déchets médicaux autres que les objets tranchants, comme les bandages utilisés par cette formation sanitaire.</i>								
Q19.	Quelles sont les méthodes d'élimination gestion des déchets médicaux autres que les containers à objets tranchants ? Oui=1 Non=2 <i>Indiquer tout ce qui correspond et mettez 2 où ça ne correspond pas.</i>	Incineration des déchets à ciel ouvert (à l'intérieur de la formation sanitaire)						
		a	A même le sol - pas de protection	_	b	Fosse ou sol protégé	_	
		c	Brûleur en brique	_				
		Décharge sans incinération (à l'intérieur de la formation sanitaire)						
		d	Sol plat-pas de protection	_	e	Fosse couverte ou latrines à fosse	_	
		f	Fosse ouverte - sans protection	_	g	Sol couvert ou fosse	_	
		Élimination hors site						
		h	Stockage en containers couverts	_	i	Stockage dans un autre site protégé	_	
		j	Stockage non protégé	_	k	Autre (préciser) _____	_	
		l	L'établissement n'a jamais de déchets tranchants	_	m	Incinérateur	_	
		Incinérateur (à l'intérieur de la formation sanitaire)						
n	Incinérateur industriel avec 2 chambres de combustion (800-1000° C)	_	o	Four à tambour rotatif ou chambre de combustion à briques	_			
<i>Si Q17n, Q17o, Q19n et Q19o = 2 → Q22.</i>								
Q20.	L'incinérateur est-il fonctionnel aujourd'hui ?						Oui = 1 Non = 2	_
Q21.	L'alimentation électrique de l'incinérateur fonctionne-t-elle aujourd'hui ?						Oui = 1 Non = 2	_

Q22.	Je voudrais voir où vous éliminez les déchets médicaux. S'ils sont éliminés hors site, pouvez-vous me montrer où ils sont stockés avant d'être enlevés ? <i>Observez.</i>	Pas de déchets visibles = 1 Déchets visibles mais zone protégée = 2 Déchets visibles, non protégés = 3 Dépôt non inspecté = 4	__
Q23.	La formation sanitaire applique-t-elle des directives/protocoles/procédures concernant la gestion des déchets médicaux ? <i>Si oui, demandez à les voir.</i>	Oui – directives observées = 1 Oui – directives non observées = 2 Non = 3	__
Q24.	Avez-vous ou le personnel de santé, suivi une formation en gestion des déchets médicaux durant ces deux dernières années ?	Oui = 1 Non = 2 <i>Une personne qui n'est plus affectée à la formation sanitaire ne compte pas.</i>	__

Communication (*observez le fonctionnement*). *Disposez-vous des moyens de communication suivants dans votre formation sanitaire ?* 

		Disponible Oui (observé) = 1 Oui (non observé) = 2 Non = 3 → <i>prochain</i>	Fonctionnement Oui (observé) = 1 Oui (non observé) = 2 Non = 3
Q25.	Cette formation sanitaire dispose-t-elle d'une ligne de téléphone fixe permettant d'appeler à tout moment lorsque les services clients sont offerts ?	__	__
Q26.	Téléphone portable appartenant à la formation sanitaire (FLOTTE) ?	__	__
Q27.	Téléphone portable privé, mais appels payés par la formation sanitaire	__	__
Q28.	Téléphone portable privé payé par son propriétaire, mais utilisé par la formation sanitaire	__	__
Q29.	Ordinateur appartenant à la formation sanitaire	__	__
Q30.	Ordinateur privé	__	__
Q31.	Radio à bande latérale unique (BLU) ?	__	__
Q32.	Accès à l'Internet de la formation sanitaire (toutes modalités)	__	__

Services de Transport d'Urgence et d'Ambulance

Les questions 33a à 33k sont posées une fois par type de transport d'urgence en posant toutes les questions pour un transport d'urgence avant d'aller au prochain.

Q33.	La structure dispose-t-elle d'un des moyens de transport suivants ? <i>Lire à voix haute.</i> Oui = 1, Non = 2	a	Ambulance appartenant à la structure	__
		b	Ambulance disponible sur demande	__
		c	Véhicule officiel (pas une ambulance) appartenant à la structure	__
		d	Véhicule officiel (pas une ambulance) disponible sur demande	__
		e	Véhicule privé (pas une ambulance) disponible sur demande	__
		f	Moyens de locomotion propres du patient	__
		g	Moto-ambulance appartenant à la structure	__
		h	Moto-ambulance disponible sur demande	__
		i	Pirogue ou pinasse (pirogue à moteur)	__
		j	Charrette ou autre moyen animalier	__
		k	Autre (préciser à droite de la case)	__

S'il n'y a pas d'ambulance (a, b), véhicule officiel (c, d), moto-ambulance (g, h) ou pinasse (i), allez à la section suivante.

Q34.	Y a-t-il du carburant disponible pour l'ambulance ou pour un autre véhicule aujourd'hui ?		Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
Q35.	Quel était le but du dernier déplacement effectué par le véhicule ou l'ambulance ?	Transport d'un malade = 1 Récupérer des médicaments ou du matériel = 2 Transport d'un agent de santé à un autre poste = 3	Supervision = 4 Vaccination = 5 Autre (préciser) = 9 Ne sais pas = -8	<input type="checkbox"/>
Q35A.	Avez-vous des bons de carburant ou argent pour le carburant aujourd'hui ?		Oui et vu = 1 Oui et pas vu = 2 Non = 3	<input type="checkbox"/>

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire

Section A: Généralités

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire

Section D: Equipement, matériels et fournitures

Pouvez-vous me donner de plus amples informations sur le matériel et les ressources disponibles dans cette formation sanitaire ? Je voudrais savoir si les équipements élémentaires et les fournitures suivants utilisés dans la prestation de services à la clientèle sont disponibles dans le service de consultation externe de cette formation sanitaire. Veuillez confirmer si les appareils ci-après sont disponibles aujourd'hui et fonctionnels.

Demandez à voir tous les éléments cités.

Matériel de base

Lesquels des éléments suivants sont utilisés dans cette formation sanitaire (si disponible, demandez à vérifier son fonctionnement).

Codes pour (A) : Oui (observé)=1, Oui (non-observé) =2 ; Non=3. *Note : si A=3 → question suivante.*

Codes pour (B) : Oui (observé)=1, Oui (non-observé) =2 ; Non=3.

		(A) Disponible	(B) Fonctionnel			(A) Disponible	(B) Fonctionnel
<i>Si A =3 → question suivante</i>		Oui (observé) =1 Oui (Non observé) =2 Non = 3 → prochain	Oui (observé) =1 Oui (non observé) =2 Non = 3	<i>Si A =3 → question suivante</i>		Oui (observé) =1 Oui (non observé) =2 Non = 3 → prochain	Oui (observé) =1 Oui (non observé) =2 Non = 3
Q1.	Pèse-personne adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q2.	Thermomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3.	Balance enfant/accrochée (gradation 250g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q4.	Stéthoscope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5.	Balance pèse-bébé (gradation 100g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q6.	Tensiomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7.	Masque à ballon pour la réanimation du nouveau-né	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q8.	Instrument pour le désencombrement des voies respiratoires supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8A.	Concentrateur d'oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q8B.	Stéthoscope obstétrical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipement de stérilisation



Lesquels des appareils suivants sont utilisés dans cette formation sanitaire ? Si disponible, demander à vérifier son état de fonctionnement.

Codes pour (A) : Oui (observé)=1, Oui (non-observé) =2 ; Non=3. *Note : si A=3 → question suivante.*

Codes pour (B) : Oui (observé)=1, Oui (non-observé) =2 ; Non=3.

<i>Si A=3 → question suivante</i>		(A) Disponible	(B) Fonctionnel	<i>Si A=3 → question suivante</i>		(A) Disponible	(B) Fonctionnel
Q9.	Autoclave (pression et chaleur humide)	__	__	Q10.	Chauffe-eau électrique ou à vapeur (pas pressurisé)	__	__
Q11.	Stérilisateur à chaleur sèche/Poupinel	__	__	Q12.	Casserole ou récipient servant à faire bouillir le matériel	__	__
Q13.	Incinérateur ou bruleur	__	__				

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire

Section A: Généralités

Module 1: Questionnaire sur la formation sanitaire

Section E: Médicaments et consommables

Demandez à voir l'endroit où sont essentiellement stockés les médicaments et autres fournitures dans la formation sanitaire. Demandez à voir la personne maîtrisant le mieux le stockage et la gestion des médicaments et des fournitures dans la formation sanitaire (généralement le pharmacien). Présentez-vous, expliquez le but de l'enquête et posez les questions suivantes. L'existence du stock de médicaments et vaccins sera vérifiée par observation directe/ou au moyen des informations écrites.

Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans votre formation sanitaire. Je voudrais également observer les médicaments disponibles. Si l'un des médicaments que je mentionne est stocké à un autre endroit, veuillez m'y conduire.

Au moins un observé (ET non-périmé) = 1
Au moins un observé (MAIS TOUS périmés) = 2

Disponible mais non observé (non-périmé) = 3
Pas disponible aujourd'hui = 4

Jamais disponible = 5

Médicaments essentiels de l'OMS

Q1.	Amoxicilline (cp/gel : 250 mg, 500 mg)	<input type="checkbox"/>	Q2.	Ceftriaxone (poudre pour injection ; 250mg, 500 mg, 1 g)	<input type="checkbox"/>
Q3.	Ciprofloxacine (cp : 250mg, 500mg ; injectable 200mg/100ml)	<input type="checkbox"/>	Q4.	Diclofénac (cp : 50, 100 mg ; injectable 75mg)	<input type="checkbox"/>
Q5.	Atenolol (cp : 50 mg ou 100 mg)	<input type="checkbox"/>	Q6.	Captopril (cp : 25 mg ou 50 mg)	<input type="checkbox"/>
Q7.	Simvastatine (cp : 5 mg, 20 mg, 40 mg)	<input type="checkbox"/>	Q8.	Glibenclamide (cp : 2.5 mg, 5 mg)	<input type="checkbox"/>
Q9.	Hypoglycémiant oral pour diabétiques (Glimépiride cp : 1mg, 2mg, 3mg, 4 mg ; Metformine 500mg, 850mg, 1000mg)	<input type="checkbox"/>	Q10.	Insuline pour injections sous-cutanées (injectable ordinaire ou retard : 100UI/ml)	<input type="checkbox"/>
Q11.	Salbutamol (cp : 2mg, 4 mg ; injectable 0,5mg/ml; sirop 2mg/5ml)	<input type="checkbox"/>	Q12.	Oméprazole (cp : 10 mg, 20 mg)	<input type="checkbox"/>
Q13.	Diazépam (injectable : 10mg/2ml ; ou cp : 5mg ou 10mg)	<input type="checkbox"/>	Q14.	Amitriptyline (cp ; 10mg ou 25 mg)	<input type="checkbox"/>
Q15.	Rifampicine (cp/gel : 300 mg ou en combinaison)	<input type="checkbox"/>	Q16.	Isoniazide (cp : 50mg, 100mg ou en combinaison)	<input type="checkbox"/>
Q17.	Pyrazinamide (cp : 400mg, 500mg ou en combinaison)	<input type="checkbox"/>	Q18.	Éthambutol (cp : 400mg ou en combinaison)	<input type="checkbox"/>

Médicaments essentiels destinés aux mères

Q19.	Oxytocine (Synthocinone) (injectable : 5UI/ml, 10UI/ml)	<input type="checkbox"/>	Q20.	Gluconate de Calcium (injectable : 1g/10ml)	<input type="checkbox"/>
Q21.	Sulfate de Magnésium (injectable : 500 mg/ml, 2 ml et 10 ml)	<input type="checkbox"/>	Q22.	Chlorure de Sodium (Solution Saline/NaCl) (injectable 0,9%,10% ; isotonique : 250 et 500 ml)	<input type="checkbox"/>
Q23.	Misoprostol (mifépristone en cp : 200 µg)	<input type="checkbox"/>	Q24.	Ampicilline poudre (injection : 500 mg et 1g ; gel : 500mg)	<input type="checkbox"/>
Q25.	Gentamicine (injectable : 10 mg/ml, 40 mg/ml, 80mg/2ml)	<input type="checkbox"/>	Q26.	Métronidazole (injectable : 500 mg/100 ml ; cp : 250 mg, 500mg ; sirop : 125mg/5ml ou 250mg/5ml ; ovule : 500mg)	<input type="checkbox"/>
Q27.	Azithromycin (cp : 250mg, 500 mg ; buvable : 200 mg/5ml)	<input type="checkbox"/>	Q28.	Céfixime (cp/gel : 200 mg, 400 mg ; sirop : 40mg/5ml, 100mg/5ml)	<input type="checkbox"/>
Q29.	Benzathine benzyl pénicilline en poudre (injection : 1,2 et 2,4 MUI)	<input type="checkbox"/>	Q30.	Betaméthasone (injectable ; 4 mg ou 8 mg) ou Dexaméthasone (injectable : 4mg/ml)	<input type="checkbox"/>

Q31.	Nifédipine (cp ; 10mg ou 20 mg libération prolongé)	<input type="checkbox"/>	Q32.	Pilule contraceptive orale	<input type="checkbox"/>
Q33.	Médroxyprogestérone acetate (Depo-Provera) (cp. 150mg)	<input type="checkbox"/>	Q34.	Suppléments de fer (sels ferreux en cp ; 200mg ; poudre : 100mg ; injectable 50mg/ml)	<input type="checkbox"/>
Q35.	Suppléments de Fer/Acide Folique (FAF) (cp : 200 mg + 25 µg)	<input type="checkbox"/>	Q36.	Suppléments d'Acide Folique (cp : 5 mg ou 10mg)	<input type="checkbox"/>
Q37.	Sulfadoxine/pyrimethamine (cp ; 500 mg/25 mg-- Fansidar)	<input type="checkbox"/>			
Médicaments essentiels destinés aux enfants 					
Q38.	Paracétamol (sirop, 125 mg/5 ml, 250mg/5ml ; cp. 100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 300mg, 500mg, 1000mg ; gel : 250mg, 500mg ; injectable : 500mg/1g)	<input type="checkbox"/>	Q39.	Morphine chlorhydrate (ampoule 10 mg/ml)	<input type="checkbox"/>
Q40.	Amoxicilline (forme buvable ; 125 mg/5 ml, 250mg/5 ml, 500mg/5ml)	<input type="checkbox"/>	Q41.	Sulfaméthoxazole + Triméthoprime (Cotrimoxazole ; cp : 200/40 mg ou 480/80mg ; sirop 200/40mg/5ml)	<input type="checkbox"/>
Q42.	Procaïne benzyl pénicilline (poudre pour injection 1MUI)	<input type="checkbox"/>	Q43.	Sels de réhydratation orale (sachets SRO de poudre à diluer)	<input type="checkbox"/>
Q44.	Vitamine A (cp : 100 000, 200 000 UI)	<input type="checkbox"/>	Q45.	Zinc (Sulfate de ; cp 10mg, 20 mg ou collyre 0,25%)	<input type="checkbox"/>
Q46.	Combinaison thérapeutique à base d'Artémisine (Artesunate-amodiaquine : cp 200mg ; Arthemeter-luméfântrine : 20/120mg, 40/240 mg, 60/360mg, 80/480 mg ; buvable : 15mg/90mg, 20/120mg, 40/240 mg, 60/360mg, 80/480 mg)	<input type="checkbox"/>	Q47.	Artésunate (60 mg (acide artésuniqu anhydre) ; + ampoule séparée de bicarbonate de sodium 5%)/ Arthémether (solution injectable huileuse de 20 mg/ml de 40 mg/ml et 80 mg/ml ; 1 ml)	<input type="checkbox"/>
Q48.	Albendazole (cp : 400mg ou sirop : 400mg/10ml)	<input type="checkbox"/>	Q49.	Mébendazole (cp : 100mg, 500mg ; sirop)	<input type="checkbox"/>
Autres médicaments traceurs 					
Q50.	TDF, 3TC et EFV (30/300/600 tab)	<input type="checkbox"/>	Q51.	AZT, 3TC et NVP (300/150/200 tab)	<input type="checkbox"/>
Q52.	ABC et 3TC (120/60 tab)	<input type="checkbox"/>	Q53.	RHZE (150/75/400/275)	<input type="checkbox"/>
Q54.	RH 75/50, bte 84	<input type="checkbox"/>	Q55.	RHZ 75/50/150, bte 84	<input type="checkbox"/>
Consommables médicaux et autres produits 					
Q56.	Gants d'examen	<input type="checkbox"/>	Q57.	Préservatifs masculins	<input type="checkbox"/>
Q58.	Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/>	Q59.	Test de diagnostic rapide de la malaria (TDR)	<input type="checkbox"/>
Q60.	Glucomètre et rubans pour tester	<input type="checkbox"/>	Q61.	Colorimètre	<input type="checkbox"/>
Q62.	Outil de mesure de l'hémoglobine (hemoglobin meter)	<input type="checkbox"/>	Q63.	Hémocue	<input type="checkbox"/>
Q64.	Microscope avec lame et coloration de Wright-Giemsa	<input type="checkbox"/>	Q65.	Bandelettes pour évaluer la glucose urinaire (encore valides)	<input type="checkbox"/>
Q66.	Bandelettes pour évaluer la protéinurie	<input type="checkbox"/>	Q67.	Kit de diagnostic de tuberculose (Coloration de Ziehl-Neelsen, Test tuberculinique)	<input type="checkbox"/>
Q68.	TDR VIH (encore valide)	<input type="checkbox"/>	Q69.	Kit de diagnostic VIH avec lecteur, nettoyeur, incubateur et test (ELISA)	<input type="checkbox"/>
Q70.	Moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA)	<input type="checkbox"/>	Q71.	Kit d'accouchement	<input type="checkbox"/>
Q72.	Alcool modifié (éthanol dénaturé ; solution)	<input type="checkbox"/>			

Q73.	Avez-vous un protocole clinique ou ordinogramme (PCIME) disponible ? <i>Demandez à le voir</i> Oui (dans l'établissement) = 1 Oui (à la maison) = 2 → Q75 Non = 3 → Q75		Q74.	Quelle est l'année de publication du protocole clinique ou de l'ordinogramme (PCIME) ?	AAAA	
Vaccins et produits pharmaceutiques pour enfants 						
<i>Demandez à voir où se fournissent les services de vaccination pour enfants. Cherchez la personne maîtrisant le mieux le service de vaccination infantile dans la formation sanitaire, présentez-vous, expliquez le but de l'enquête et posez les questions suivantes.</i>						
Q75.	La structure est-elle équipée d'un service de vaccination ?				Oui = 1 Non = 2 → Module 2A	<input type="text"/>
Q76.	Cette formation sanitaire stocke-t-elle des vaccins ?				Oui = 1; Non = 2 Si non → Q56 et puis Module 2A. Si Oui → Q56.	<input type="text"/>
Q77.	Lors ce que les services de vaccins sont offerts, les vaccins nécessaires sont-ils récupérés et livrés à partir d'une autre formation sanitaire ?				Oui=1 Non=2	<input type="text"/>
Q78.	Cette formation sanitaire dispose-t-elle d'un réfrigérateur en état de fonctionnement pour le stockage des vaccins ? Jugez le fonctionnement par la température (2-8 degrés C)				Oui et observé = 1 Oui mais pas observé = 2 Non fonctionnel = 3 Non disponible = 4 Si non fonctionnel (3) → Q80. Si non disponible → Q82.	<input type="text"/>
Q79.	Inscrivez la température du réfrigérateur.				Température en degrés Fahrenheit	<input type="text"/>
Q80.	Est-ce que la feuille de température est à jour ? (Observez)				Oui et observé = 1 Oui mais pas observé = 2 Non = 3	<input type="text"/>
Q81.	Quelle est la source d'alimentation en courant de ce réfrigérateur ?				Réseau électrique (Nigélec) = 1 Groupe électrogène = 2 Batteries (voiture)=3 Pétrole=4 Gaz=5 Panneau solaire = 6 Autres (préciser) = 9	<input type="text"/>
Certains des vaccins suivants sont-ils disponibles dans ce service aujourd'hui ? 						
<i>Assurez-vous de leur validité. Ils doivent être non-périmés et la pastille ne doit pas avoir viré (changé de couleur).</i>						
Au moins un observe (ET non-périmés) =1		Disponible MAIS pas observé (non-périmé) =3		Jamais disponible =5		
Au moins un observé (MAIS TOUS périmé) =2		Non disponible aujourd'hui =4				
Q82.	Vaccin contre la rougeole et diluant	<input type="text"/>	Q83.	Vaccin oral contre la polio		<input type="text"/>
Q84.	DTP-Hib+HepB (pentavalent)	<input type="text"/>	Q85.	Vaccin contre la tuberculose (BCG) et diluant		<input type="text"/>
Q86.	Vaccin anti-pneumococcique conjugué (PCV10)	<input type="text"/>	Q87.	Vaccin antitétanique (VAT)		<input type="text"/>
Q65A.	Vaccin anti-pneumococcique conjugué (pneumo23)	<input type="text"/>				
Je voudrais savoir si matériel de vaccination ci-après est disponible dans ce service aujourd'hui. Pour chaque composant, veuillez me confirmer s'il est disponible aujourd'hui. Demandez à les voir. 						
Oui et observé = 1		Oui mais pas observé = 2		Non = 3		

Q88.	Seringues à usage unique avec aiguilles jetables		Q89.	Porte-vaccin(s)	
Q90.	Seringues autobloquantes		Q91.	Briquettes pour porte vaccins (NB : 4-5 briquettes de glace)	
Q92.	Boite de sécurité				

Module 2: Tableau des effectifs

Section F: Personnel soignant de la formation sanitaire

Identifier le personnel le plus important hiérarchiquement au moment de l'enquête. Demandez à voir la liste du personnel à jour si elle est disponible. Permettez-moi de vous poser quelques questions sur les employés de cette formation sanitaire.

Généralités

Q1	Quel est l'effectif total en personnel employé par cette formation sanitaire ?	<i>Note : Q1=Q2+Q3</i>	_ _ _ _
Q2	Quel est l'effectif du personnel soignant employé par cette formation sanitaire?		_ _ _ _
Q3	Quel est l'effectif du personnel administratif et d'appui employé dans cette formation sanitaire?		_ _ _ _

Liste des effectifs du personnel soignant

Permettez-moi de vous poser quelques questions au sujet de chaque personnel soignant qui travaille en permanence dans cette formation sanitaire en commençant par vous si vous êtes soignant. Pourriez-vous me donner les noms des employés dans les différentes catégories en commençant par le personnel médical?

Seulement le personnel de la Q2 figurera ci-dessous. N.B. : Module 2B tire parmi tous ceux qui figurent ci-dessous ; Module 3 tire de la liste si Q12=1 et Q13=1.

N°	Q4.		Q5.	Q6.	Q7.	Q8.	Q9.	Q10.	Q11.	Q12.	Q13.	Q14.	Q15.	Q16.
	Nom(s) et Prénom(s)		Poste	Fonction	Statut	Formation académique	Formation professionnelle	Sexe	Age	() effectue-t-il régulièrement des consultations externes (au moins 1 fois par semaine) ?	() est-il actuellement présent?	Motif de l'absence	Tiré pour ...	
	Nom	Prénom	Codes	Codes	Codes	Codes	Codes	H = 1 F = 2		Oui = 1 Non = 2	Oui=1 ; Non=2 (Si 1 → suivant)	Codes	Oui = 1 Non = 2	Mod 2B
1	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
2	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
3	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
4	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
5	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
6	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
7	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
8	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
9	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _
10	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _ _	_ _	_ _

	Q4.		Q5.	Q6.	Q7.	Q8.	Q9.	Q10.	Q11.	Q12.	Q13.	Q14.	Q15.	Q16.
N°	Nom(s) et Prénom(s) <i>(Personnel soignant uniquement)</i>		Poste	Fonction	Statut	Formation académique	Formation professionnelle	Sexe	Age	(__) effectue-t-il régulièrement des consultations externes (au moins 1 fois par semaine) ?	(__) est-il actuellement présent?	Motif de l'absence	Tiré pour...	
	Nom	Prénom											Codes	Codes
								H = 1 F = 2		Oui = 1 Non = 2	Oui=1 ; Non=2 (Si 1 → suivant)	Codes	Oui = 1 Non = 2	
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

	Q4.		Q5.	Q6.	Q7.	Q8.	Q9.	Q10.	Q11.	Q12.	Q13.	Q14.	Q15.	Q16.
N°	Nom(s) et Prénom(s) <i>(Personnel soignant uniquement)</i>		Poste	Fonction	Statut	Formation académique	Formation professionnelle	Sexe	Age	(__) effectue-t-il régulièrement des consultations externes (au moins 1 fois par semaine) ?	(__) est-il actuellement présent? (Si 1→suivant)	Motif de l'absence	Tiré pour...	
	Nom	Prénom											Codes	Codes
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														
49														
50														

Module 2: Tableau des effectifs

Section B: Détails sur le personnel

Inscrivez dans la grille ci-dessous les noms du responsable et de 10 personnes choisies au hasard avec leurs détails. Demandez à un membre du personnel de bien vouloir vous aider à identifier chaque membre du personnel de la liste et notez leur présence ou absence au centre de santé. Vous devez rencontrer la personne indiquée sauf si elle est absente. En cas d'absence, demandez au responsable ou la personne assurant son intérim.

Liste du personnel

Q1.	Q2.		Q3.	Q4.	Q5.	Q6.	Q7.	Q8.	Q9.	Q10.	Q11.
No	Nom(s) et Prénom(s)		Identifiant de la Section A du Module 2	Poste	Fonction	Formation académique	Formation professionnelle	Sexe	Age	() est-il actuellement présent dans l'établissement ? <i>Si 1 → Q12</i>	Motif de l'absence <i>Si renseigné → Q17</i>
	Nom	Prénom	Identifiant	Codes	Codes	Codes	Codes	H = 1 F = 2	Années révolues	Oui = 1 Non = 2	Codes
RESP	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(1)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(2)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(3)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(4)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(5)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(6)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(7)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(8)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(9)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____
(10)	_____	_____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____	____ ____	____ ____ ____

	Q12.	Q13.	Q14.	Q15.	Q16.	Q17.
No	Activité en cours	Avez-vous connu un retard dans le paiement de votre salaire (au cours des 3 derniers mois)?	Combien de temps mettez-vous depuis le domicile familial à la formation sanitaire ?	Depuis quelle année travaillez-vous dans la santé ?	Depuis quelle année êtes-vous dans cette formation sanitaire?	Source d'informations
	Codes	Oui = 1 Non = 2 Non applicable = -3	Heures et minutes	Année	Année	Individu=1 Responsable=2 Collègue=3 Autre (préciser)=9
RESP	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(1)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(2)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(3)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(4)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(5)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(6)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(7)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(8)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(9)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____
(10)	_ _ _	_	_ h _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _____

Codes des postes	Codes des fonctions	Codes des statuts	Codes de la formation académique	Codes de la formation médicale
Responsable=1 Responsable adjoint=2 Chef de service =3 Agent=5 Autre=9	Médecin spécialiste = 1 Médecin généraliste = 2 Technicien supérieur =3 Infirmier diplômée d'Etat= 4 Sage-femme diplômée d'Etat = 5 Techniciens de laboratoire = 6 Techniciens d'assainissement et d'hygiène = 7 Assistants sociaux = 8 Agent de santé de base = 9 Infirmier accoucheur = 10 Infirmier certifié = 11 Agent d'hygiène et d'assainissement = 12 Aide-assistant de l'action sociale = 13 Infirmier auxiliaire = 14 Technicien supérieur en chirurgie=15 Technicien supérieur en anesthésie=16 Agent de santé communautaire = 17 Autre (à préciser en bas de page) = 99	Fonctionnaire=1 Contractuel de l'Etat=2 Contractuel de la commune/communauté=3 Contractuel d'une ONG=4 Contractuel du privé=5 Appelé du service civique=6 Bénévole=7 Stagiaire=8 Autre (à préciser en bas de page)=9	L'école primaire (CFEPD) = 1 Le collège (BEPC) = 2 Le lycée (Bac) = 3 Licence = 4 Masters / Maîtrise / DEA / DESS / DES= 5 Doctorat = 6 Autre (à préciser en bas de page) = 9	Aucun diplôme médical (sur le tas) = 1 <u>Formation professionnelle</u> Formation de trois mois (ASC)=2 CFEPD + 2 ans (IC, AAAS, AHA) = 3 BEPC + 3 ans (ASB, SF, IDE, TL, THA, AS) = 4 BEPC + 3 ans + concours interne (IDE, TSS, IA)=5 <u>Formation supérieure</u> Bac + 3 ans (TSS, SFE) = 6 Bac + 7 ans (Médecin généraliste) = 7 Médecin spécialiste=8 Ne sait pas=9 Autre (à préciser en bas de page)=99

Motif de l'absence	Activité en cours
Maladie/maternité = 1 Formation/séminaire/réunion = 2 Mission officielle = 3 Absence autorisée (permission/congé) = 4 Repos de garde (pré-garde, sortie de garde) = 5 En stage= 6 Absence non autorisée = 7 Est allé retirer son salaire = 8 En grève = 9 Autres (à préciser en bas de la page) = 99	Consultation/visite de malade=1 Discussion avec collègues/réunion/Staff=2 Traitement de dossiers/élaboration de rapports=3 Laboratoires/examens/radios=4 Cherche des informations/formation=5 Sensibilisation des patients=6 Autre (à préciser en bas de page)=9

Fiche de programmation des vignettes

Numéro de séquence de sélection	Nom(s) et Prénom(s)	Numéro de ligne dans le Module 2A	Disponibilité (encerclez ce qui est possible)	Ordre de visite
1			Matin midi après-midi journée	
2			Matin midi après-midi journée	
3			Matin midi après-midi journée	
4			Matin midi après-midi journée	
5			Matin midi après-midi journée	
6			Matin midi après-midi journée	
7			Matin midi après-midi journée	
8			Matin midi après-midi journée	
9			Matin midi après-midi journée	
10			Matin midi après-midi journée	
11			Matin midi après-midi journée	
12			Matin midi après-midi journée	
13			Matin midi après-midi journée	

OBSERVATIONS DU MODULE 2:

Module 4. Gouvernance, Gestion et Direction

Section G: Gestion, direction et incitations

Contraintes			
	Question	Réponses possibles	Réponse
Q1.	Quelle est votre poste dans cette formation sanitaire ?	Responsable=1 Responsable adjoint=2 Autre (préciser)=9	_ _ _
Q2.	D'après vous, quelle est la contrainte la plus importante au bon fonctionnement de cette formation sanitaire? <i>Ne lisez pas les réponses à haute voix</i>	Non-disponibilité de médicaments =1 Non-disponibilité de personnel = 2 Manque d'infrastructures adéquates = 3 Manque d'équipement = 4 Manque de direction (leadership) = 5 Manque d'autonomie = 6 Pas de contraintes = 7 Gratuité = 8 Recouvrement des coûts =9 Autre (préciser) = 99	_ _ _
Rôles et responsabilités dans la structure :			
Question		Réponse	
Parlons de qui a quel rôle dans la prise de décisions. D'après vous, qui a le dernier mot dans les choix suivants?		A. Prépondérante	B. Vous avez quel degré d'influence ?
		Voir codes	Aucun =1 Un peu = 2 Beaucoup = 3
Q3.	Décision d'acquisition de médicaments pour la structure	_ _ _	Saut <i>Si A=5 → prochaine question</i>
Q4.	Décider de recruter du personnel pour la structure	_ _ _	
Q4A.	Décision sur la rotation du personnel	_ _ _	
Q4B.	Décision sur le planning du service (hebdomadaire, mensuel, etc.)	_ _ _	
Q5.	Décider de l'avancement en grade ou catégorie du personnel	_ _ _	
Q6.	Prendre des mesures disciplinaires contre un agent	_ _ _	
Q7.	Décider de peindre un mur ou de réparer le réfrigérateur	_ _ _	
Q8.	Approuver l'absence d'un agent	_ _ _	
Q9.	Décider de la participation d'un agent à une formation ponctuelle	_ _ _	
Q10.	Déterminer les frais de consultation	_ _ _	
Q11.	Décider l'utilisation des recettes propres de la structure	_ _ _	
Q12.	Décider de l'adoption finale du budget de la structure	_ _ _	
Codes pour Q3-Q12 :		Responsable de la structure =5	Personnel=9
		Secteur privé=14	

Ministère=1	Comité de gestion (COGES) =6	ONG non-confessionnelles = 10	Autre (préciser)=99
Direction régionale de la santé publique=2	Médecin chef si pas responsable=7	Organisations confessionnelles=11	
Equipe cadre du district (ECD)=3	Médecins=8	Politiciens=12	
Inspection=4		Bailleurs=13	

Utilisation du temps						
	Question	Réponses possibles	Réponse	Saut		
Q13.	Combien de jours par semaine travaillez-vous dans cette structure ?	Nombre (1-7)	__ __			
Q14.	En moyenne, combien d'heure par jours travaillez-vous dans cette structure ?	Nombre (1-24)	__ __ h __ __			
Q15.	A part être le responsable, avez-vous des activités cliniques ?	Oui = 1 Non = 2	__			
Q16.	Je vais citer des activités. Dans une journée normale, combien de temps passez-vous par activité ? <i>Vérifiez que la somme des Q16A-K est égale au nombre dans Q14. Si ce n'est pas le cas, vérifiez les éléments avec le responsable.</i>					
A.	Superviser les flux des patients (arrivés, triage, observation, hospitalisation, transferts, départs)	Nombre d'heures (1-24) et de minutes (0-59)	__ __ h __ __			
B.	Supervision des soins		__ __ h __ __			
C.	Gestion du personnel (présences et absences)		__ __ h __ __			
D.	Gérer le budget de la structure (recettes, dépenses, décaissement, rapport d'exécution, ...)		__ __ h __ __			
E.	Questions relatives aux médicaments et équipements		__ __ h __ __			
F.	Soins (<i>seulement si Q15.=1</i>)		__ __ h __ __			
G.	Relations avec le personnel, la communauté, le comité de gestion, le gouvernement et les bailleurs		__ __ h __ __			
H.	Animer des réunions du staff		__ __ h __ __			
I.	Faire le tour de salle (état des patients aussi le régime ou diète des patients)		__ __ h __ __			
J.	Temps passé en dehors de la structure sanitaire (courses, réunions, etc.)		__ __ h __ __			
K.	Autre (préciser) _____		__ __ h __ __			
Direction						
<p>Lisez à haute voix : maintenant, je voudrais savoir ce que vous feriez dans certaines situations qui pourraient survenir dans votre formation sanitaire. Je vais vous lire des exemples de situations. Pour chaque situation, je vous lirais 4 réactions possibles. Dites-moi, s'il vous plaît, laquelle correspond au mieux à ce que vous feriez dans cette situation. Vous ne pouvez sélectionner qu'une seule réponse par situation. Il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte ; je voudrais savoir quelle serait votre proposition.</p> <p><i>Note à l'enquêteur : chaque réponse a un code associé ; inscrivez la réponse retenue dans la dernière colonne.</i></p>						
	Situation	A	B	C	D	Réponse (A-D)

Q17.	Situation 1: un personnel qui s'absente régulièrement	Raisonner l'agent	Demande d'explications verbale	Demande d'explication écrite	Je ne peux rien faire	__
Q18.	Situation 2 : vous avez un manque de médicaments	Vérifier l'expression des besoins	Est-ce que la commande a été faite à temps ?	Vérifier la tenue correcte des outils de gestion	Vérifier le budget disponible	__
Q19.	Situation 3: une supervision externe constate qu'un soignant ne respecte pas les protocoles cliniques pour la prise en charge des patients.	Vous l'envoyez en formation ou l'encadrez de plus près.	Vous lui demandez de respecter les protocoles. S'il ne le fait pas, vous le sanctionnez.	Vous ne pouvez rien faire pour changer le comportement.	Vous demandez sa mutation ou son renvoi.	__

Incitations et sanctions : je voudrais maintenant parler des incitations et des sanctions dont vous disposez										
	De quelles incitations et sanctions disposez-vous pour motiver le personnel ? <i>Ne pas les lire à haute voix</i>	Citée Oui=1 Non=2	<i>Pour chaque élément cité, posez les deux questions pour chaque statut du personnel</i> <i>Oui=1 ; Non = 2</i>							
			a. Fonctionnaires		b. Contractuel commune		c. Contractuel ONG		d. Contractuel du privé	
			1. Incitation applicable	2. Usages l'an dernier (2014)	1. Incitation applicable	2. Usages l'an dernier (2014)	1. Incitation applicable	2. Usages l'an dernier (2014)	1. Incitation applicable	2. Usages l'an dernier (2014)
Incitations			Code	Nombre	Code	Nombre	Code	Nombre	Code	Nombre
Q20.	Promotion au grade ou augmentation de traitement	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Q21.	Proposer pour un témoignage de satisfaction par un responsable hors-formation sanitaire	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Q22.	Félicitations	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Q23.	Encouragements	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Sanctions										
Q24.	Révocation	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Q25.	Mise à pied (suspension)	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Q26.	Demande d'explication (lettre)	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Q27.	Avertissement verbal	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Expérience : permettez-moi de vous poser quelques questions sur votre parcours										
Q28.	En quelle année avez-vous commencé dans la santé (soins et/ou responsabilité)?							AAAA	__	__
Q29.	Depuis quelle année dirigez-vous cette structure ?							AAAA	__	__
Q30.	Est-ce la première fois que vous dirigez une structure sanitaire ?							Oui=1 Non=2	__	<i>Si oui → Q32</i>

Q31.	En quelle année avez-vous eu votre premier poste de responsabilité ?	AAAA	_ _ _ _	
Q32.	Combien d'années d'expérience avez-vous comme responsable dans la santé?	Nombre d'années	_ _ _ _	
Q33.	Avez-vous reçu une formation formelle dans la gestion d'une structure de santé ?	Oui=1 Non=2	_ _ _ _	<i>Si non → Q35</i>
Q34.	Quel type de formation avez-vous reçu ?	Formation par le MSP utilisant des module différents = 1 Participation à d'autres ateliers de renforcement de capacité = 2 Formation diplômante (p.ex. santé publique) = 3 Autre (préciser): _____ = 9	_ _ _ _	
Q35.	Avez-vous une expérience comme responsable ailleurs que dans la santé ?	Oui=1 Non=2	_ _ _ _	<i>Si non → prochaine section</i>
Q36.	Combien d'années d'expérience avez-vous dans ce secteur?	Nombre d'années	_ _ _ _	

Module 4. Gouvernance, Gestion et Direction

Section H: Supervision

Supervision du ministère				
	Question	Réponses possibles et instructions	Réponse	Saut
Q1.	Pendant l'année calendaire 2014 combien de visites avez-vous eues pour la supervision ou l'assistance technique par le district ?	Nombre de visites <i>Si zéro, inscrivez "0".</i>	_ _ _ _	
Q2.	Pendant l'année calendaire 2015, combien de visites avez-vous eues du district pour la supervision ou l'assistance technique ?	Nombre de visites <i>Si zéro, inscrivez "0".</i>	_ _ _ _	
Q3.	A quand remonte la dernière visite que vous avez reçue du district pour la supervision ou l'assistance technique ?	MM/AA mois (1-12) et année (00-14) <i>Si ne sait pas, mais venu, alors 97</i> <i>Si jamais, alors 98</i>	_ _ _ _ / _ _ _ _	<i>Si jamais → prochaine section</i>
Je voudrais vous poser des questions sur la dernière visite de supervision				
Q4.	Combien d'heures a-t-elle durée ?	Nombre d'heures (1-24) <i>Si ne sait pas, alors 97</i>	_ _ _ _	
Q4A.	Quelle était la composition de l'équipe de supervision ?	Membres de l'Equipe cadre de district=1 Points focaux des maladies=2 Autre (préciser) _____ = 9	_ _ _ _	
Q4B.	Combien de membres étaient dans l'équipe de supervision ?	a. Total [Nombre]	_ _ _ _	

		<i>Si ne sait pas, alors 97 → Q5</i>		
		b. Médecins	__ __	
		c. Gestionnaires	__ __	
		d. Epidémiologistes/SPIS	__ __	
		e. Communication	__ __	
		f. Paramédicaux (hormis ceux cités ci-dessus)	__ __	
		g. Autre (préciser)	__ __	
Q5.	Pendant cette visite, est-ce qu'ils ont utilisé une grille de supervision ?	Oui = 1 Non = 2	__	
Q6.	Pendant cette visite, est-ce que les documents suivants ont fait l'objet de revues ? <i>Lisez les différents documents à haute voix.</i>		Oui=1 Non=2	
A.	Informations sur la présence et l'absence du personnel (planning de garde, rotation, mouvement de personnel, etc.)		__	
B.	Stocks de médicaments		__	
C.	Rapports SNIS		__	
D.	Rapports financiers		__	
	Question	Réponses possibles et instructions	Réponse	Saut
Q7.	Pendant cette dernière visite, est-ce que la personne a écrit ses appréciations dans votre cahier journal ou un support que vous tenez ? <i>Si oui, demandez à voir le document et inscrivez la réponse en fonction.</i>	Oui, vu = 1 Oui, pas vu = 2 Non = 3	__	<i>Si non ou pas vu → Q9</i>
Q8.	<i>Utilisez le document (cahier journal ou un autre support) pour évaluer si les thèmes ci-dessous sont abordés ou pas.</i>		Mention=1 Sans mention =2	
A.	Informations financières : comptabilité, fonds disponibles, gestion des fonds, recouvrement de coûts		__	
B.	Equipement de la structure		__	
C.	Infrastructures (eau, électricité, assainissement, murs de clôture et bâtiments)		__	
D.	Consommables médicaux disponibles		__	
E.	Les stocks de médicaments : conditions de stockage, fiches de stock, disponibilité de médicaments		__	
F.	Surveillance épidémiologique		__	
G.	Rapports SNIS		__	
H.	La qualité des soins offerts par la structure		__	
I.	La performance des soignants		__	
J.	La performance du responsable de la structure		__	
K.	La gestion du personnel (absence, planning, congés, repos, permissions, rotations)		__	

L.	Les connaissances du personnel soignant		__	
M.	La formation du personnel soignant		__	
N.	La gestion des déchets (stockage, élimination, protocoles)		__	
O.	Autre (préciser)		__	
Q9.	Pendant cette visite, est-ce que la personne a rencontré les soignants?	Oui = 1 Non = 2	__	
Q10.	La personne a-t-elle fait des commentaires ou suggestions sur l'objet de sa visite ?	Oui = 1 Non = 2	__	
Q11.	Les commentaires de la personne ont-ils été partagés et discutés par le personnel de la structure?	Oui = 1 Non = 2	__	

Module 4. Gouvernance, Gestion et Direction

Section D: Implication de la communauté

Participation de la communauté locale				
Je voudrais vous parler du Comité de gestion				
Q1.	Avez-vous un comité de gestion (COGES) pour cette structure pendant l'année 2014?	Oui=1 Non=2	__	<i>Si non → Q13</i>
<i>Lisez : Je voudrais vous poser quelques questions sur le COGES.</i>				
Q2.	Combien de fois le comité s'est-il réuni au cours de l'année 2014?	Nombre	__ __	
Q2A.	A quand remonte la dernière réunion du COGES ?	MM/AA	__ __ / __ __	
Q3.	Avez-vous les PV des réunions? <i>Si oui, demandez à voir le document et inscrivez la réponse en fonction.</i>	Oui, vu = 1 Oui, pas vu = 2 Non = 3	__	
Q4.	Quels sont les 4 sujets courants qui ont fait l'objet de réunion du COGES ?	Disponibilité de médicaments = 1 Disponibilité de personnel = 2 Manque d'infrastructures adéquates = 3 Manque d'équipement = 4 Manque de direction (leadership) = 5 Manque d'autonomie = 6 Pas de contraintes = 7 Gratuité = 8 Recouvrement des coûts = 9 Autre (préciser) _____ = 99	A : __ __ B : __ __ C : __ __ D : __ __	
Q5.	Y-a-t-il un COGES en place ?	Oui = 1 Non = 2	__	<i>Si non → Q13</i>
Q6.	Si oui, combien de membres compte actuellement le COGES ?	[Nombre]	__ __	
Q7.	Comment les représentants de la communauté ont-ils été désignés ?	Nommés par les autorités locales = 1 Processus électoral = 2 Choisi sur recommandation du ministre = 3 Pas de membres de la communauté = 4	Nombre	
Q8.	Combien de membres du COGES ont fréquenté le secondaire ?	Nombre	__ __	
Q9.	Combien de membres du COGES ont fréquenté le supérieur ?	Nombre	__ __	
Q10.	Quelle est la fréquence effective des réunions du COGES ?	Mensuelle = 1 Trimestrielle = 2 Semestrielle = 3 Annuelle = 4	__	
Q11.	Y a-t-il des membres actuels du comité formés à la gestion des ressources de l'Etat ?	Oui = 1 Non = 2	__	<i>Si non → Q13</i>
Q12.	Si oui, combien ?	Nombre	__ __	
Q13.	Lesquels des comités ci-contre existent et fonctionnent ?	Oui = 1 ; Non = 2		
		A.	Comité des Finances	__

		B.	Comité de Passation de Marchés	__	
		C.	Comité de contrôle/audit	__	
		D.	Comité d'Assurance Qualité	__	
		E.	Comité contrôle des marchés	__	
		F.	Commission médicale consultative	__	
		G.	Comité de trésorerie	__	
		H.	Autre (préciser)	__	
Q14.	Y-a-t-il un COSAN en place ?		Oui = 1 Non = 2	__	<i>Si non → Q19</i>
Q15.	Quelle est la fréquence effective des réunions du COSAN ?		Mensuelle = 1 Trimestrielle = 2	Semestrielle = 3 Annuelle = 4	__
Q16.	Combien de membres compte actuellement le COSAN ?			Nombre	__ _ __ _ __
Q17.	Combien de membres du COSAN ont fréquenté le secondaire ?			Nombre	__ _ __
Q18.	Combien de membres du COSAN ont fréquenté le supérieur ?			Nombre	__ _ __
Restitution des informations					
Q19.	Est-ce que la structure partage des informations sur ses finances avec la communauté ?		Oui=1 Non=2	__	<i>Si non → Q20</i>
Q20.	Comment partagez-vous l'information ?		<i>Demandez à voir tout ce qui est cité, après avoir lu les réponses possibles.</i>	Oui et vu=1 Oui et pas vu=2 Non=3	
	a.		Affichage public (tableaux, affiches, lettre d'information)	__	
	b.		Réunions	__	
	c.		Sur demande	__	
	d.		Autre (préciser) _____	__	
Q21.	Est-ce que la structure partage des informations sur l'achat ou la réception de biens et matériaux avec la communauté ?		Oui = 1 Non = 2	__	<i>Si non → Q22</i>
Q22.	Comment partagez-vous l'information ?		<i>Demandez à voir tout ce qui est cité, après avoir lu les réponses possibles.</i>	Oui et vu=1 Oui et pas vu=2 Non=3	
	a.		Affichage public (tableaux, affiches, lettre d'information)	__	
	b.		Réunions	__	
	c.		Sur demande	__	
	d.		Autre (préciser) _____	__	
Redevabilité					

Q23.	Est-ce que la structure sollicite des appréciations des usagers d'une manière structurée ?	Oui = 1 Non = 2	_ _ _	<i>Si non → Section suivante</i>
Q24.	Quelles étaient les trois plaintes les plus fréquentes pendant l'année 2014?	Coût des soins=1 Disponibilité de médicaments=2 Etat de la structure=3 Manque de personnel soignant=4 Absentéisme du personnel soignant=5 Soignants impolis ou méchants=7 Mauvaise qualité des soins=8 Salubrité et hygiène de la structure=9 Autre (préciser : _____)=99	A : premier _ _ _ B : deuxième _ _ _ C : troisième _ _ _	
Q25.	Est-ce que vous avez un mécanisme formel pour informer les soignants des opinions des usagers?	Oui = 1 Non = 2	_ _ _	
Q26.	Lors de l'année 2014 est-ce qu'il y a eu des changements liés aux appréciations des usagers ?	Oui = 1 Non = 2	_ _ _	<i>Si non → Section suivante</i>
Q27.	Quels changements ? <i>Prenez les trois les plus importants.</i>	Coût des soins=1 Disponibilité de médicaments=2 Etat de la structure=3 Manque de personnel soignant=4 Absentéisme du personnel soignant=5 Soignants impolis ou méchants=7 Mauvaise qualité des soins=8 Salubrité et hygiène de la structure=9 Autre (préciser : _____)=99	A : _ _ _ _ B : _ _ _ _ C : _ _ _ _	

Module 3 – Clinical Knowledge Assessment

SUPRESSED CONTENT

In order to preserve the confidentiality of the clinical vignettes, this version of the questionnaire suppresses this module.

Module 4. Gouvernance, Gestion et Direction

Section E: Evaluation du personnel

Evaluation de la performance				
	Question	Réponses possibles	Réponse	Saut
Q1.	Tenez-vous des informations sur les absences et la présence du personnel <i>Si oui, demandez à voir le document et inscrivez la réponse en fonction.</i>	Oui, vu = 1 / Oui, pas vu = 2 Non= 3	_ _	
Q2.	Dans les 30 derniers jours, combien de jours d'absence du personnel (hommes/jour) est-ce que la structure a enregistré ?	Nombre de jours d'absence <i>Si zéro, inscrivez « 00 »</i>	_ _ _	<i>Si zéro → Q4.</i>
Q3.	De ces absences, pour combien de jours est-ce que la structure a eu un remplaçant ?	Nombre de jours <i>Si zéro, inscrivez « 00 »</i>	_ _ _	
Q4.	En 2014, avez-vous eu une réunion d'évaluation de performance individuelle avec chaque soignant?	Oui=1 Non=2	_ _	<i>Si non → Q6.</i>
Q5.	Quels facteurs influencent votre opinion de la performance du soignant? <i>Ne lisez pas les options à haute voix.</i>		Cité=1 /Pas cité=2	
A.	Observation directe lors des soins		_ _	
B.	Taux d'absences		_ _	
C.	Volume de consultations		_ _	
D.	Satisfaction des patients		_ _	
E.	Evolution de la santé des patients		_ _	
F.	Evaluation des connaissances du prestataire		_ _	
G.	Comportement du prestataire (volonté de s'améliorer, effort, etc.)		_ _	
H.	Les appréciations de la supervision externe sur le soignant		_ _	
I.	Autre (préciser) _____		_ _	
Q6.	En 2014, est-ce qu'une supervision externe a tenu une réunion avec chaque soignant sur sa performance ?	Oui=1 / Non=2	_ _	<i>Si non → Q9</i>
Q7.	Est-ce qu'ils ont partagé avec vous les résultats de la revue de performance?	Oui=1 / Non=2	_ _	<i>Si non → Q9</i>
Q8.	Quels facteurs ont été cités comme ayant influencés l'évaluation de la performance des soignants? <i>Ne lisez pas les réponses à haute voix.</i>		Cité=1 Pas cité=2	
A.	Observation directe lors des soins		_ _	
B.	Taux d'absences		_ _	
C.	Volume de consultations		_ _	
D.	Satisfaction des patients		_ _	
E.	Evolution de la santé des patients		_ _	
F.	Evaluation des connaissances du prestataire		_ _	
G.	Comportement du prestataire (volonté de s'améliorer, effort, etc.)		_ _	
H.	Vos appréciations du soignant		_ _	
I.	Autre (préciser) _____		_ _	

Q9.	Est-ce que le résultat de l'évaluation du personnel est lié aux salaires ou à des mesures de motivation ou sanction ?	Oui=1 Non=2	_
-----	---	----------------	---

Module 1 : Outil de vérification des données dans l'établissement (Revue documentaire)																
Visite de l'enquêteur																
Q101	Numéro de l'établissement	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
Q102	S'agit-il d'un contrôle de validation d'établissement par un superviseur?	VISITE ENQUÊTEUR POUR COLLECTE DE DONNÉES1 CONTRÔLE DE VALIDATION PAR UN SUPERVISEUR2														
Date Nom de l'enquêteur	1 _____ _____	2 _____ _____	3 _____ _____	VISITE FINALE JOUR MOIS ANNEE N ° ENQUÊTEUR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>												
Identification de l'établissement																
Q103	Nom de l'établissement	_____														
Q104	Localisation de l'établissement (ville/village)	_____														
Q105	Région/province	_														
Q106	District	_ _														
Q107	Type d'établissement	HÔPITAL DE RECOURS NATIONAL.....1 HÔPITAL DE DISTRICT/PROVINCIAL2 CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE3 POSTE DE SANTÉ.....4 CENTRE DE SANTÉ MÈRE/ENFANT.....5 AUTRE (PRÉCISER)9		_												

Q108	Instance gestionnaire	G GOUVERNEMENT/POUVOIRS PUBLICS.....1 ONG/À BUT NON LUCRATIF.....2 PRIVÉ À BUT LUCRATIF3 MISSION/ORGANISATION CONFESIONNELLE....4 AUTRE (PRÉCISER)9	_
Q109	Urbain/rural	URBAIN.....1 RURAL.....2	_

Coordonnées géographiques

ENREGISTREZ LES COORDONNEES GPS CONFORMEMENT AUX INSTRUCTIONS*.

RÉGLEZ LES PARAMÈTRES PAR DÉFAUT DU GPS :

1. RÉGLEZ LE FORMAT DES COORDONNÉES SUR DEGRÉS DÉCIMAUX (HDDD.DDDDD)
2. RÉGLEZ LE SYSTÈME GÉODÉSIQUE (DATUM) SUR WGS84
3. RÉGLEZ « UNITÉS » SUR MÉTRIQUE, « REF NORD » SUR MAGNÉTIQUE ET « ANGLE » SUR DEGRÉ

DIRIGEZ-VOUS VERS L'ENTRÉE PRINCIPALE DU BÂTIMENT. ARRÊTEZ-VOUS À MOINS DE 30 MÈTRES DE LA PORTE À UN ENDROIT OÙ LE CIEL EST BIEN DÉGAGÉ.

1. ALLUMEZ LE GPS ET ATTENDEZ QUE LA PAGE SATELLITES AFFICHE « PRÊT POUR NAVIGATION » (« READY TO NAVIGATE »).
2. ALLEZ À LA PAGE « MENU » ET APPUYEZ SUR « MARK » (MARQUER)
3. METTEZ EN SURBRILLANCE LE POINT DE CHEMINEMENT (« WAYPOINT NUMBER ») ET APPUYEZ SUR « ENTER »
4. ENTREZ LE NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT ET APPUYEZ SUR « ENTER » AFIN DE RETOURNER LA PAGE « MARK » (MARQUER)
5. METTEZ EN SURBRILLANCE « OK » ET APPUYEZ SUR « ENTER » AFIN D'ENREGISTRER LE POINT DE CHEMINEMENT
6. REVENEZ À LA PAGE DU MENU, METTEZ EN SURBRILLANCE « WAYPOINT LIST » (LISTE DE TOUS LES POINTS DE CHEMINEMENT) ET APPUYEZ SUR « ENTER »
7. METTEZ EN SURBRILLANCE VOTRE POINT DE CHEMINEMENT ET APPUYEZ « ENTER » POUR OUVRIR LES INFORMATIONS DÉTAILLÉES DU POINT DE CHEMINEMENT
8. COPIEZ LES INFORMATIONS À PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DE TOUS LES POINTS DE CHEMINEMENT DANS LE FORMULAIRE CI-DESSOUS

VEILLEZ À COPIER LE NOM DU POINT DE CHEMINEMENT (NUMÉRO DE L'ÉTABLISSEMENT) À PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DE TOUS LES POINTS DE CHEMINEMENT AFIN D'ÊTRE SÛR D'INSCRIRE LES BONNES INFORMATIONS SUR LE POINT DE CHEMINEMENT DANS LE FORMULAIRE

Q110	Nom du point de cheminement (numéro de l'établissement)	<input type="text"/>
Q111	Altitude	<input type="text"/> Mètres
Q112	Latitude	N/S..... a <input type="text"/> <input type="text"/>

		DEGRÉS/DÉC b .
Q113	Longitude	E/O..... a <input type="checkbox"/> DEGRÉS/DÉC b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Informations générales

N° ETABLISSEMENT

--	--	--	--	--	--

CODE ENQUÊTEUR

--	--

TROUVEZ LE DIRECTEUR, LA PERSONNE CHARGÉE DE LA GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT, OU LE CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ LE PLUS CONFIRMÉ RESPONSABLE DES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES QUI EST PRÉSENT DANS L'ÉTABLISSEMENT. LISEZ LA FORMULE DE SALUTATION SUIVANTE :

Bonjour ! Je m'appelle _____. Nous sommes ici au nom de [ORGANISME D'EXÉCUTION] pour réaliser une enquête sur les établissements de soins afin d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de santé au [PAYS].

Je vais maintenant vous lire quelques lignes qui vous expliqueront l'étude que nous menons.

Votre établissement a été sélectionné pour participer à cette étude. Nous allons vous poser des questions sur les divers services de santé qu'il propose ainsi que sur le système de rapportage. Les informations recueillies sur votre établissement pourront être utilisées par le [Ministère de la santé], par les organisations apportant un appui aux services dans votre établissement, et par les chercheurs, dans le but d'améliorer les services ou de réaliser des études plus approfondies sur les services de santé.

Ni votre nom ni celui des autres professionnels de santé interrogés participant à cette étude ne seront cités dans les données ou les rapports ; mais il y a peu de risques de pouvoir identifier plus tard l'une de ces personnes interrogées. Nous vous demandons ainsi votre aide pour nous assurer de l'exactitude des informations recueillies.

Vous êtes libre de refuser de répondre à n'importe quelle question ou de décider d'interrompre l'entretien à tout moment. Nous espérons cependant que vous répondrez à nos questions, dans l'intérêt des services que vous dispensez et de la nation.

S'il y a d'après vous des questions auxquelles une autre personne serait plus à même de répondre, nous vous serions reconnaissants de nous présenter cette personne pour qu'elle nous aide à obtenir les informations demandées.

Pour le moment, avez-vous des questions sur l'étude ? Ai-je votre accord pour débiter l'enquête ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR INDIQUANT LE CONSENTEMENT OBTENU

Q114	Puis-je commencer l'entretien ?	OUI.....1 NON.....2	<input type="checkbox"/> → Q600								
Q115	HEURE DE DÉBUT DE L'ENTRETIEN (utiliser le système de temps sur 24 heures)	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Heures</td> <td colspan="2">Minutes</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		Heures		Minutes		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heures		Minutes									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

Santé maternelle

Première consultation prénatale (CPN1)

Q116	Cet établissement offre-t-il des services de soins prénatals?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> → DV_200
Q117	Cet établissement communique-t-il des données sur les CPN à un système de notification/information?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> → DV_200
Q118	Sélectionnez dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification au(x)quel(s) cet établissement communique des données sur les CPN: Oui=1 Non=2		
	a. Système d'information et de gestion sanitaire	<input type="checkbox"/>	b. Organisations non-gouvernementales ou institutions
	c. Système de notification/information spécifique au programme de santé maternelle et infantile	<input type="checkbox"/>	d. Autre système de notification/information
			_____ _ PRÉCISER
Documents sources et rapports			
Q119	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de femmes enceintes recevant des soins prénatals ? Oui=1 Non=2		
	a. Registre CPN ou registre intégré CPN	<input type="checkbox"/>	b. Fiches de suivi des patients
	c. Feuilles de pointage CPN	<input type="checkbox"/>	d. Autre
			_____ _____ PRÉCISER
Q120	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle des consultations prénatales? nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total de visites CPN1 de cet établissement. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE CPN OU REGISTRE INTEGRE CPN 1 FEUILLES DE POINTAGE CPN..... 2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS..... 3 AUTRE (PRÉCISER) _____ _9	<input type="checkbox"/>

SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION DV_104, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION SUR LES CPN POUR LE RAPPORT MENSUEL (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS POUR MOIS1, MOIS2, et MOIS3.

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX CONSULTATIONS PRÉNATALES ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

Q121	Veillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de premières consultations prénatales (CPN1) consignées dans ce principal document source pour les mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) RECOMPTEZ LE NONMBRE DE CPN1 DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIES	NON	
01	Mois 1	1 → B	2 → B	3 02 ↙	4 02 ↙	
02	Mois 2	1 → B	2 → B	3 03 ↙	4 03 ↙	
03	Mois 3	1 → B	2 → B	3 Q122 ↙	4 Q122 ↙	

* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations

EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL DE CPN1 ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

Q122	Veillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour les consultations prénatales (MOIS1 à MOIS3). Si disponible, veuillez recopier le nombre de premières consultations prénatales figurant dans le rapport mensuel de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CPN1 FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIES	NON	
01	Mois 1	1 → B	2 → B	3 02 ↙	4 02 ↙	
02	Mois 2	1 → B	2 → B	3 03 ↙	4 03 ↙	
03	Mois 3	1 → B	2 → B	3 Q123 ↙	4 Q123 ↙	

* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations

Ecart observés			
Q123	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?	AUCUN ÉCART..... 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL..... 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S)..... 5 AUTRE (PRÉCISER) _____9	<input type="checkbox"/>
Indicateurs de vaccination			
Troisième dose de vaccin pentavalent/DTC (PENTA/DTC) chez les enfants de moins de 1 an			
Q124	Cet établissement offre-t-il des services de vaccination?	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> →DV_300
Q125	Cet établissement communique-t-il des données sur la vaccination à un système de notification/information?	OUI..... 1 NON 2	<input type="checkbox"/> →DV_300
Q126	Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quels cet établissement communique des données de vaccination: Oui=1 Non=2		
	a. Système d'information et de gestion sanitaire	<input type="checkbox"/>	b. Organisations non-gouvernementales ou institutions
	c. Programme vaccination/PEV	<input type="checkbox"/>	d. Autre système de notification/information _____ PRÉCISER
Documents sources et rapports			
Q127	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre d'enfants vaccinés? Oui=1 Non=2		
	Registre santé de l'enfant ou registre des vaccinations	<input type="checkbox"/>	Cartes santé de l'enfant/carte vaccination
	Feuilles de pointage vaccination	<input type="checkbox"/>	Autre _____ PRÉCISER

EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AU DTC3 (PENTA3) ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES

Q130	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour la vaccination DTC3/PENTA3 (MOIS1 à MOIS3). Si disponible recopiez le nombre de vaccinations DTC3 (PENTA3) figurant dans le rapport mensuel PEV de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE VACCINATIONS DTC3 (PENTA3) FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIES	NON	
01	Mois 1	1 → B	2 → B	3 02 ↙	4 02 ↙	
02	Mois 2	1 → B	2 → B	3 03 ↙	4 03 ↙	
03	Mois 3	1 → B	2 → B	3 DV_207 ↙	4 DV_207 ↙	

Ecart observés

Q131	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?	AUCUN ÉCART..... 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL..... 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S)..... 5 AUTRE (PRÉCISER) _____ 9	_
------	---	---	---

Indicateurs relatifs au VIH/SIDA

Patients sous traitement antirétroviral (TARV)

Q132	Cet établissement offre-t-il le traitement antirétroviral (TARV)?	OUI..... 1 NON 2	_ →DV_400
------	---	---------------------------	----------------

Q133	Cet établissement communique-t-il des données sur le nombre de patients sous TARV à un système de notification/information?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> → DV_400
Q134	Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quels cet établissement communique des données sur le TARV: Oui=1 Non=2		
	a. Système d'information et de gestion sanitaire	<input type="checkbox"/>	b. Organisations non-gouvernementales ou institutions
	c. Programme national VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	d. Autre système de notification/information _____ PRÉCISER
Documents sources et rapports			
Q135	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de patients sous TARV: Oui=1 Non=2		
	a. Registre pre-TARV	<input type="checkbox"/>	b. Registre TARV
	c. Feuilles de pointage TARV	<input type="checkbox"/>	d. Autre _____ PRÉCISER
	e. Fiches de suivi des patients (soins VIH/fiches de suivi du TARV)	<input type="checkbox"/>	
Q136	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle du nombre de patients sous TARV? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total de patients sous TARV dans cet établissement. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE PRE-TARV 1 FEUILLES DE POINTAGE TARV..... 2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS..... 3 REGISTRE TARV..... 4 AUTRE (PRÉCISER) _____ 9	<input type="checkbox"/>
SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION DV_304, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION SUR LE NOMBRE DE PATIENTS SOUS TARV POUR LE RAPPORT MENSUEL (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS POUR MOIS1, MOIS2, et MOIS3.			

EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE POUR LE TARV ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						
Q137	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de patients sous TARV consignés dans ce principal document source pour les mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) RECOMPTEZ LE NOMBRE DE PATIENTS SOUS TARV DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
01	Mois 1	1 → B	2 → B	3 02 ↙	4 02 ↙	
02	Mois 2	1 → B	2 → B	3 03 ↙	4 03 ↙	
03	Mois 3	1 → B	2 → B	3 Q138 ↙	4 Q138 ↙	
* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations						
Examinez le rapport mensuel pour le TARV et répondez aux questions suivantes						
Q138	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour le nombre de patients sous TARV (MOIS1 à MOIS3). Si disponible recopiez le nombre de patients sous TARV figurant dans le rapport mensuel de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE PATIENTS SOUS TARV FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
01	Mois 1	1 → B	2 → B	3 02 ↙	4 02 ↙	
02	Mois 2	1 → B	2 → B	3 03 ↙	4 03 ↙	
03	Mois 3	1 → B	2 → B	3 ↙	4 ↙	

				Q139	Q139	
* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations						
Ecart observés						
Q139	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?	AUCUN ÉCART..... 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL..... 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S)..... 5 AUTRE (PRÉCISER) _____ 9			_	
Tuberculose						
Taux de notification de la tuberculose						
Q140	Cet établissement offre-t-il des services de diagnostic et/ou traitement de la tuberculose?	OUI 1 NON 2			_ →DV_500	
Q141	Cet établissement communique-t-il des données sur le nombre total de cas de tuberculose (tous types) à un système de notification/information?	OUI 1 NON 2			_ →DV_500	
Q142	Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quels cet établissement communique des données sur le nombre total de cas de tuberculose (tous types): Oui=1 Non=2					
	Système d'information et de gestion sanitaire	_	Organisations non-gouvernementales ou institutions	_		
	Programme national tuberculose	_	Autre système de notification/information _____ PRÉCISER	_		
Documents sources et rapports (cas déclarés de tuberculose)						
Q143	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre total de cas de tuberculose (tous types): Oui=1 Non=2					
	a. Registre tuberculose	_	b. Registre consultations externes/ambulatoires	_		

	c. Registre cas présumés de TB (cas suspects)	<input type="checkbox"/>	d. Système électronique de dossier patient	<input type="checkbox"/>
	e. Fiches de suivi des patients (cartes suivi de traitement TB)	<input type="checkbox"/>	f. Autre _____ PRÉCISER	<input type="checkbox"/>
	g. Registre diagnostic tuberculose	<input type="checkbox"/>		
Q144	<p>Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration trimestrielle (Mois 1 à Mois 3) des cas déclarés de tuberculose? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler le nombre total trimestriel des cas de tuberculose (tous types). Veuillez signaler si des documents «improvisés» sont utilisés.</p> <p><i>Note: si plusieurs documents sont utilisés, veuillez indiquer quel est le document de synthèse (rassemblant toutes les informations) qui est utilisé comme document source.</i></p>		REGISTRE TUBERCULOSE..... 1 REGISTRE CAS PRESUMES DE TB..... 2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS..... 3 REGISTRE DIAGNOSTIC TUBERCULOSE4 REGISTRE AMBULATOIRE 5 SYSTEME ELECTRONIQUE DOSSIER PATIENT 6 AUTRE (PRÉCISER) _____ 9	<input type="checkbox"/>
Q145	DONNÉES MANQUANTES: Comptez le nombre de cas dans le trimestre (MOIS 1 à MOIS 3) qui ont des informations manquantes pour chacune des colonnes suivantes du registre de la tuberculose.		NOMBRE DE CAS (LIGNES) AYANT DES INFORMATIONS MANQUANTES <i>Si S/O(N/A) veuillez utiliser le code 9999</i>	
01	Année d'inscription	<input type="text"/>		
02	Sexe	<input type="text"/>		
03	Age	<input type="text"/>		
04	Classification de la maladie/site anatomique de la maladie	<input type="text"/>		
05	Type de patient /Antécédents des traitements TB/Groupe d'inscription du patient	<input type="text"/>		
06	Résultats bactériologiques	<input type="text"/>		

07	Nombre de cas ayant des informations manquantes dans au moins une des 6 colonnes listées ci-dessus.	<table border="1"><tr><td data-bbox="1131 113 1220 205"></td><td data-bbox="1220 113 1310 205"></td><td data-bbox="1310 113 1400 205"></td><td data-bbox="1400 113 1489 205"></td></tr></table>					

SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION DV_404, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION POUR LA NOTIFICATION MENSUELLE/TRIMESTRIELLE (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS OU TRIMESTRIELS POUR LE NOMBRE TOTAL DE CAS DE TUBERCULOSE (TOUS TYPES)

Examinez le document source relatif au cas de tuberculose et répondez aux questions suivantes

Q146	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez et recopiez le nombre de cas déclarés de tuberculose consignés dans ce principal document source pour le trimestre de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre pour le trimestre.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE				(B) RECOMPTEZ LE NOMBRE DE CAS DECLARES DE TUBERCULOSE DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
01	Trimestre	1 → B	2 → B	3 ↻ Q147	4 ↻ Q147	A = <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Q147	A partir du registre de la tuberculose, comptez le nombre total de cas de tuberculose qui ont été transférés pour la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Veuillez noter le nombre total pour le trimestre. SI LE REGISTRE DE LA TUBERCULOSE N'EST PAS DISPONIBLE, NOTEZ "N/A".	B = <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Q148	CALCULEZ C: NOMBRE TOTAL DE CAS DE TB CONSIGNÉS DANS LE REGISTRE DE LA TUBERCULOSE MOINS LES CAS TRANSFÉRÉS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT (LES CAS TRANSFÉRÉS NE SONT PAS INCLUS DANS LES CAS DES REGISTRES D'ADMISSION DU SERVICE).	CAS DE TB QUI DEVRAIENT ÊTRE DÉCLARÉS C = A - B = <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations

Examinez le rapport mensuel relatif aux cas de tuberculose et répondez aux questions suivantes

Q149	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport trimestriel pour le nombre de cas déclarés de tuberculose (MOIS1 à MOIS3). Si disponible,	(A) RAPPORT TRIMESTRIEL DISPONIBLE	(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE TUBERCULOSE DANS LE RAPPORT MENSUEL

	recopiez le nombre de cas déclarés de tuberculose figurant dans le rapport trimestriel de l'établissement pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).	OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
01	Trimestre	1 → B	2 → B	3 ↻ Q150	4 ↻ Q150	D = <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations

Ecarts observés

Q150	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre C et D?	AUCUN ÉCART..... 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL..... 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S)..... 5 AUTRE (PRÉCISER) _____96	<input type="text"/>
------	---	--	----------------------

Paludisme

Cas de paludisme

Q151	Cet établissement offre-t-il des services de diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ DV_600
Q152	Cet établissement communique-t-il des données sur les cas de paludisme à un système de notification/information?	OUI 1 NON 2	→ DV_600
Q153	Quelle définition d'indicateur est utilisée pour la notification des cas de paludisme?	NOMBRE TOTAL DES CAS DE PALU. TRAITÉS (PRÉSUMÉS ET CONFIRMÉS)..... 1 CAS CONFIRMÉS DE PALUDISME (PAR MICROSCOPIE OU TDR) 2 CAS SUSPECTÉS DE PALU. TESTÉS..... 3	

		AUTRE (SPÉCIFIEZ) _____ 96			
Q154	Veuillez sélectionner dans la liste ci-dessous le(s) système(s) de notification/information au(x)quels cet établissement communique des données sur les cas de paludisme: Oui=1 Non=2				
	a. Système d'information et de gestion sanitaire	<input type="checkbox"/>	b. Organisations non-gouvernementales ou institutions	<input type="checkbox"/>	
	c. Programme national paludisme	<input type="checkbox"/>	d. Autre système de notification/information _____ PRÉCISER	<input type="checkbox"/>	
Documents sources et rapports					
Q155	Veuillez préciser quels documents sont utilisés dans cet établissement pour enregistrer le nombre de cas de paludisme: Oui=1 Non=2				
	a. Registre des consultations externes/ambulatoires	<input type="checkbox"/>	b. Registre laboratoire	<input type="checkbox"/>	
	c. Feuilles de pointage	<input type="checkbox"/>	d. Autre _____ PRÉCISER	<input type="checkbox"/>	
	e. Fiches de suivi des patients	<input type="checkbox"/>			
Q156	Quel document source cet établissement utilise-t-il pour la déclaration mensuelle des cas de paludisme? Nous nous intéressons principalement au document source qui est utilisé pour compiler les cas de paludisme. Veuillez signaler si des documents « improvisés » sont utilisés.	REGISTRE CONSULTATIONS EXTERNES/AMBULATOIRES 1 FEUILLES DE POINTAGE 2 FICHES DE SUIVI DES PATIENTS..... 3 AUTRE (PRÉCISER) _____ 9			<input type="checkbox"/>
<i>SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION DV_505, VEUILLEZ DEMANDER À LA PERSONNE DANS L'ÉTABLISSEMENT QUI PRÉPARE RÉGULIÈREMENT DES RAPPORTS MENSUELS DE VOUS DONNER LE DOCUMENT SOURCE UTILISÉ POUR COMPILER ET RÉSUMER L'INFORMATION SUR LES CAS DE PALUDISME POUR LE RAPPORTS MENSUEL (i.e. REGISTRE, FEUILLES DE POINTAGE, ETC.) AINSI QUE LES RAPPORTS MENSUELS POUR MOIS1, MOIS2, et MOIS3.</i>					
EXAMINEZ LE DOCUMENT SOURCE RELATIF AUX CAS DE PALUDISME ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES					
Q157	Veuillez confirmer la disponibilité du document source. Si disponible, recomptez le nombre de cas de paludisme consignés dans ce principal document source pour les mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3). Saisissez le nombre mois par mois.	(A) DOCUMENT SOURCE DISPONIBLE			(B) RECOMPTEZ LE NOMBRE DE CAS DE PALUDISME DANS LE DOCUMENT SOURCE
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON
01	Mois 1	1 → B	2 → B	3	4

				02	02	
02	Mois 2	1 → B	2 → B	3 03 ↙	4 03 ↙	
03	Mois 3	1 → B	2 → B	3 Q158 ↙	4 Q158 ↙	
* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations						

EXAMINEZ LE RAPPORT MENSUEL RELATIF AUX CAS DE PALUDISME ET RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES						
Q158	Veuillez confirmer la disponibilité du rapport mensuel pour les cas de paludisme (MOIS1 à MOIS3). Si disponible recopiez le nombre de cas de paludisme figurant dans le rapport mensuel pour les trois mois de la période de vérification (MOIS 1 À MOIS 3).	(A) RAPPORT MENSUEL DISPONIBLE				(B) RECOPIEZ LE NOMBRE DE CAS DE PALUDISME FIGURANT DANS LE RAPPORT MENSUEL
		OUI, DISPONIBLE ET COMPLET	OUI, DISPONIBLE MAIS PARTIELLEMENT COMPLET*	OUI, DISPONIBLE MAIS DONNÉES NON SAISIÉS	NON	
01	Month1	1 → B	2 → B	3 02 ↙	4 02 ↙	
02	Month2	1 → B	2 → B	3 03 ↙	4 03 ↙	
03	Month3	1 → B	2 → B	3 Q159 ↙	4 Q159 ↙	
* PARTIELLEMENT : le document source est disponible mais il manque certaines informations						
Ecart observés						
Q159	Quelles raisons expliquent, le cas échéant, les écarts observés entre le document source et le rapport mensuel?	AUCUN ÉCART..... 1 ERREURS DANS LA SAISIE DES DONNÉES 2 ERREURS DE CALCUL..... 3 INFORMATION DES DIFFÉRENTS DOCUMENTS SOURCES NON COMPILÉE 4 4 DOCUMENT SOURCE ET/OU RAPPORT MENSUEL NON DISPONIBLE(S)..... 5 AUTRE (PRÉCISER) _____ 9				_

Module 3 : Outil d'évaluation du système d'information dans l'établissement

Structure et fonction du suivi et de l'évaluation

TROUVEZ LA PERSONNE QUI CONNAÎT LE MIEUX LE SYTEME DE ROUTINE POUR LE RAPPORTAGE DES DONNÉES. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DE CETTE ENQUÊTE, ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.

Q301	La responsabilité de l'enregistrement de la prestation des services dans les documents sources est-elle clairement attribuée au personnel concerné ?	Oui.....1 Partiellement (le personnel désigné n'est pas adapté) 2 Pas attribuée3	__	
Q302	Le personnel responsable du recueil des données et de la compilation des rapports a-t-il reçu la formation adaptée ?	Oui.....1 Dans une large mesure (tout le personnel a été formé, mais pas ces cinq dernières années).....2 Partiellement (certains collaborateurs ont été formés) 3 Pas du tout4	__	
Q303	Des collaborateurs ont-ils été chargés de revoir chiffres agrégés avant la transmission au niveau supérieur (par exemple au district, au bureau régional, au système national d'information sanitaire (SNIS), etc.) ?	Oui.....1 Partiellement (les données sont revues, mais personne n'est chargé de cette responsabilité)2 Pas du tout3	__	
Définitions des indicateurs et lignes directrices concernant la transmission d'informations				
Q304	L'établissement a-t-il des définitions écrites standard des indicateurs suivants : (Indicateurs recommandés : A adapter selon les besoins dans le pays) Oui=1 Non=2 S/O (Sans Objet)=3			
	a. Nombre de visites CPN1	__	b. Cas de tuberculose notifiés	__
	c. Nombre de vaccinations DTC3 (penta3)	__	d. Cas confirmés de paludisme traités	__
	e. Patients actuellement sous TARV	__	f. Autre (préciser)	__
Q305	Des lignes directrices écrites sont-elles disponibles dans l'établissement sur les protocoles de transmission d'informations pour le programme/SNIS, notamment sur:			
Q305a	Les informations qu'ils sont supposés transmettre	Oui.....1 Dans une large mesure (des lignes directrices existent, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement) ..2	__	

		Partiellement (des lignes directrices existent, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard)..3 Pas du tout4	
Q305b	La manière dont les rapports doivent être soumis (par exemple sous quelle forme précise)	Oui.....1 Dans une large mesure (des lignes directrices existent, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement) ...2 Partiellement (des lignes directrices existent, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard)..3 Pas du tout4	_
Q305c	À qui les rapports doivent être présentés	Oui.....1 Dans une large mesure (des lignes directrices existent, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement)... 2 Partiellement (des lignes directrices existent, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard)..3 Pas du tout4	_
Q305d	La date prévue à laquelle les rapports sont dus	Oui.....1 Dans une large mesure (des lignes directrices existent, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement) ...2 Partiellement (des lignes directrices existent, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard)..3 Pas du tout4	_

Outils de recueil de données et formulaires de transmission d'informations

Q306	Des instructions claires ont-elles été fournies sur la manière de compléter les formulaires/outils de recueil et de transmission de données ?	Oui.....1 Dans une large mesure (des instructions ont été fournies, mais elles manquent de précision)2 Partiellement (des instructions ont été fournies, mais elles sont incomplètes).....3 Pas du tout4	_
------	---	---	---

Veillez sélectionner dans la liste ci-dessous les documents sources standard qui sont supposés être utilisés et disponibles dans cet établissement. Si un document ci-dessous n'est pas disponible dans l'établissement parce que le service n'est pas assuré, prière de marquer « sans objet ». VEUILLEZ OBSERVER CES FORMULAIRES POUR A ET B ET POSER LA QUESTION AU RÉPONDANT POUR C ET D.

Q307	Document source <i>(Recommandation – adapter selon les besoins dans le pays)</i>	(A) Disponible			(B) Standard ou « improvisé » ?		(C) Les entrées dans le document source sont-elles à jour jusqu'à la date de l'enquête ?		(D) Y a-t-il eu rupture de stock du document source au cours des 12 derniers mois ?	
		Oui	Non	S/O	Standard	Improvisé	Oui	Non	Oui	Non
Q307a	Registre CPN	1 b ↙	2 02 ↙	3 02 ↙	1 c ↙	2 c ↙	1 d ↙	2 d ↙	1	2
Q307b	Feuilles de pointage des vaccinations	1 b ↙	2 03 ↙	3 03 ↙	1 c ↙	2 c ↙	1 d ↙	2 d ↙	1	2
Q307c	Registre TARV	1 b ↙	2 04 ↙	3 04 ↙	1 c ↙	2 c ↙	1 d ↙	2 d ↙	1	2
Q307d	Registre tuberculose	1 b ↙	2 05 ↙	3 05 ↙	1 c ↙	2 c ↙	1 d ↙	2 d ↙	1	2
Q307e	Fichier de vérification de diagnostic du paludisme	1 b ↙	2 06 ↙	3 06 ↙	1 c ↙	2 c ↙	1 d ↙	2 d ↙	1	2
Q307f	Autre (préciser) : _____	1 b ↙	2 Q308	3 Q308	1 c ↙	2 c ↙	1 d ↙	2 d ↙	1	2
Q308	Existe-t-il un formulaire standard en usage dans l'établissement pour transmettre les résultats mensuels ou trimestriels de tous les programmes de santé au SNIS ?	Oui.....1 Non2								_ →Q310

Q309	<p>Veillez répondre aux questions suivantes lorsqu'il existe des rapports mensuels séparés pour chaque programme.</p> <p>SI DEUX DES PROGRAMMES MENTIONNÉS SONT COMBINÉS AU SEIN D'UN SEUL FORMULAIRE, PAR EX. SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, VEUILLEZ ALLER A SAF_108_006 ET Y SAISIR L'INFORMATION <i>(Adaptation pays – ajouter d'autres domaines de programme si nécessaire)</i></p>	(A) Le formulaire est-il disponible ?			(B) S'agit-il d'un formulaire du SNIS ou de Programme ? 1= formulaire SNIS 2= formulaire de programme		(C) S'agit-il d'un formulaire standard ou « improvisé » ?		(D) Y a-t-il eu rupture de stock du formulaire ces 12 derniers mois ?	
		Oui	Non	S/O	SNIS	Programme	Standard	Improvisé	Oui	No
Q309a	Santé maternelle	1 b <input type="checkbox"/>	2 02 <input type="checkbox"/>	3 02 <input type="checkbox"/>	1 c <input type="checkbox"/>	2 c <input type="checkbox"/>	1 d <input type="checkbox"/>	2 d <input type="checkbox"/>	1	2
Q309b	Santé/vaccination de l'enfant	1 b <input type="checkbox"/>	2 03 <input type="checkbox"/>	3 03 <input type="checkbox"/>	1 c <input type="checkbox"/>	2 c <input type="checkbox"/>	1 d <input type="checkbox"/>	2 d <input type="checkbox"/>	1	2
Q309c	VIH/sida	1 b <input type="checkbox"/>	2 04 <input type="checkbox"/>	3 04 <input type="checkbox"/>	1 c <input type="checkbox"/>	2 c <input type="checkbox"/>	1 d <input type="checkbox"/>	2 d <input type="checkbox"/>	1	2
Q309d	Tuberculose	1 b <input type="checkbox"/>	2 05 <input type="checkbox"/>	3 05 <input type="checkbox"/>	1 c <input type="checkbox"/>	2 c <input type="checkbox"/>	1 d <input type="checkbox"/>	2 d <input type="checkbox"/>	1	2
Q309e	Paludisme	1 b <input type="checkbox"/>	2 06 <input type="checkbox"/>	3 06 <input type="checkbox"/>	1 c <input type="checkbox"/>	2 c <input type="checkbox"/>	1 d <input type="checkbox"/>	2 d <input type="checkbox"/>	1	2
Q309f	Autre domaine de programme (préciser) _____	1 b <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Q310	3 <input type="checkbox"/> Q310	1 c <input type="checkbox"/>	2 c <input type="checkbox"/>	1 d <input type="checkbox"/>	2 d <input type="checkbox"/>	1	2
Qualité des données et supervision										
Q310	L'établissement dispose-t-il d'un processus systématique et régulier de vérification de la qualité des rapports compilés ?	<p>Oui.....1</p> <p>Dans une large mesure (un système existe, mais il n'est pas appliqué de façon systématique dans l'établissement).2</p> <p>Partiellement (la qualité des données est vérifiée occasionnellement, mais pas systématiquement).....3</p> <p>Pas du tout.....4</p>								_

Q311	Des vérifications de l'exactitude des données (c'est-à-dire une nouvelle compilation des indicateurs prioritaires par un superviseur pour une période donnée et la comparaison avec les valeurs notifiées pour la même période) sont-elles réalisées régulièrement ?	Oui.....1 Partiellement (des vérifications de l'exactitude sont réalisées, mais pas de façon systématique).....2 Pas du tout3	<input type="checkbox"/>
Q312	Des vérifications de la cohérence des synthèses de données (par exemple l'évaluation des tendances) sont-elles menées régulièrement ?	Oui.....1 Partiellement (des vérifications de la cohérence sont réalisées, mais pas de façon systématique)..... 2 Pas du tout 3	<input type="checkbox"/>
Q313	Des vérifications de la ponctualité des entrées et de la complétude des documents sources (par exemple les registres) sont-elles réalisées régulièrement par les superviseurs ?	Oui.....1 Partiellement (des vérifications de la ponctualité des entrées et de la complétude sont réalisées, mais pas de façon systématique)..... 2 Pas du tout 3	<input type="checkbox"/>
Q314	L'établissement dispose-t-il d'une documentation écrite sur les résultats des contrôles de la qualité des données ?	Oui.....1 Non 2	<input type="checkbox"/>
Q315	L'établissement dispose-t-il d'une politique écrite ou d'un guide (par exemple une procédure opératoire normalisée) indiquant quand et comment réaliser des vérifications de la qualité des données ?	Oui.....1 Dans une large mesure (il y a un guide, mais il n'est pas disponible)2 Partiellement (il y a des conseils, mais informels) 3 Pas du tout4	<input type="checkbox"/>
Q316	L'établissement reçoit-il régulièrement des visites de supervision du niveau du district (ou supérieur) ?	Oui.....1 Partiellement (il y a des visites de supervision, mais elles ne sont pas régulières).....2 Pas du tout3	<input type="checkbox"/>

Q317	Une visite de supervision documentée a-t-elle été réalisée dans l'établissement ces six derniers mois ?	Oui.....1 Partiellement (il y a eu une visite, mais il n'y a pas de documents d'appui).....2 Non3	<input type="checkbox"/>
Gestion des données et confidentialité			
Q318	Des copies des rapports envoyés sont-ils disponibles dans l'établissement pour les 12 derniers mois ?	Oui.....1 Partiellement (seuls quelques-uns des rapports sont disponibles) 2 Pas du tout3	
Q319	Des formulaires remplis pour le recueil des données sont-ils disponibles pour les 12 derniers mois ?	Oui.....1 Partiellement (seuls quelques-uns des formulaires sont disponibles)2 Pas du tout3	
Q320	Les données archivées sont-elles organisées de façon à ce que les fichiers soient faciles à consulter (par exemple par service et date) ?	Oui.....1 Non2	
Q321	Un espace approprié (par exemple propre et sec) et adéquat (d'une taille suffisante) est-il disponible pour l'organisation et le stockage en toute sécurité des documents sources et rapports ?	Oui.....1 Dans une large mesure (l'espace est propre, mais insuffisant) 2 Partiellement (l'espace est assez grand, mais pas propre) 3 Pas du tout4	
Q322	L'accès aux données archivées est-il limité au personnel concerné (par exemple la zone de stockage peut être fermée à clé) ?	Oui.....1 Partiellement (l'accès est limité, mais pas tout le temps) 2 Pas du tout3	
Q323	Les systèmes informatiques disposent-ils d'une procédure d'administration de la base de données clairement documentée et activement appliquée ? Cela comprend-il un contrôle de l'accès et des procédures de sauvegarde/récupération ?	Oui.....1 Dans une large mesure (il y a une procédure, mais elle n'est pas documentée).....2 Partiellement (il y a une procédure, mais elle n'est pas suivie de façon systématique).....3 Pas du tout4	→SAF_125
Q324	Dans l'affirmative, la plus récente date de la sauvegarde est-elle appropriée, compte tenu de la fréquence de la mise à jour du système	Oui.....1 Non2	

	informatique (par exemple, les sauvegardes sont hebdomadaires ou mensuelles) ?		
Q325	Le système informatique est-il protégé par un mot de passe ?	Oui.....1 Non2	
Q326	Les données personnelles pertinentes sont-elles stockées conformément aux lignes directrices nationales ou internationales sur la confidentialité ?	Oui.....1 Non2	
Observations de l'enquêteur			
Q327	HEURE DE FIN DE L'ENTRETIEN (utiliser le système de temps sur 24 heures)	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q328	CODES DE RÉSULTAT (DERNIÈRE VISITE) :	ENTIÈREMENT REMPLI.....1 PERSONNE INTERROGÉE NON DISPONIBLE.....2 REFUSÉ.....3 PARTIELLEMENT REMPLI4 AUTRE (PRÉCISER) _____9	_
COMMENTAIRES:			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

Module 4 : Outil de vérification des données au niveau du district (revue documentaire)

Identification de l'unité du district

Visite de l'enquêteur

Q401	Numéro de l'unité	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Date Nom de l'enquêteur	1 _____	2 _____	3 _____	VISITE FINALE 	JOUR MOIS ANNEE N ° ENQUÊTEUR
Q402	Région/province		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Q403	District		<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Q404	Bureau(x) de district visité(s) (NOTE: IL EST POSSIBLE QUE L'INFORMATION SOIT COLLECTÉE DANS UN OU PLUSIEURS BUREAUX. MERCI DE LES LISTER ICI)		_____ _____ _____		
Q405	Lieu de l'unité (ville/village)		_____ _____		

Informations générales

N° UNITÉ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CODE ENQUÊTE	<input type="text"/> <input type="text"/>
----------	--	--------------	---

TROUVEZ LE DIRECTEUR, LA PERSONNE CHARGÉE DE LA GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT, OU LE CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ LE PLUS CONFIRMÉ RESPONSABLE DES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES QUI EST PRÉSENT DANS L'ÉTABLISSEMENT. LISEZ LA FORMULE DE SALUTATION SUIVANTE :

Bonjour ! Je m'appelle _____ . Nous sommes ici au nom de [ORGANISME D'EXÉCUTION] pour réaliser une enquête sur les bureaux de santé des districts de soins afin d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de santé au [PAYS].

Je vais maintenant vous lire quelques lignes qui vous expliqueront l'étude que nous menons.

Votre unité a été sélectionnée pour participer à cette étude. Nous allons vous poser des questions sur les divers services de santé ainsi que sur le système de rapportage. Les informations recueillies sur votre établissement pourront être utilisées par le [Ministère de la santé], par les organisations apportant un appui aux services de santé, et par les chercheurs, dans le but d'améliorer les services ou de réaliser des études plus approfondies sur les services de santé.

Ni votre nom ni celui des autres professionnels de santé interrogés participant à cette étude ne seront cités dans les données ou les rapports; mais il y a peu de risques de pouvoir identifier plus tard l'une de ces personnes interrogées. Nous vous demandons ainsi votre aide pour nous assurer de l'exactitude des informations recueillies. Vous êtes libre de refuser de répondre à n'importe quelle question ou de décider d'interrompre l'entretien à tout moment. Nous espérons cependant que vous répondrez à nos questions, dans l'intérêt des services que vous dispensez et de la nation.

S'il y a d'après vous des questions auxquelles une autre personne serait plus à même de répondre, nous vous serions reconnaissants de nous présenter cette personne pour qu'elle nous aide à obtenir les informations demandées.

Pour le moment, avez-vous des questions sur l'étude ? Ai-je votre accord pour débiter l'enquête ? _____

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR INDIQUANT LE CONSENTEMENT OBTENU (Jour/Mois/Année (ex. 22 /09/2017)) |_|_|/|_|_|/| 2 | 0 | 1 | 7 |

Q406	Puis-je commencer l'entretien ?	OUI 1 NON 2	_ _ → DVD_ 300
Q407	HEURE DE DÉBUT DE L'ENTRETIEN (utiliser le système de temps sur 24 heures)	_ _ : _ _	

Vérification des données (au niveau du district)

Performance en matière de transmission d'informations – prière de compléter pour le mois le plus récent de la période de rapportage sélectionnée

Q408	<p>Comment le district gère-t-il les données provenant des établissements de santé ?</p>	<p>Il inclut les indicateurs dans les totaux du district et envoie le rapport imprimé au niveau suivant 1</p> <p>Il saisit les données par établissement dans une base de données et les données sont transmises par voie électronique au niveau suivant..... 2</p> <p>Il saisit les totaux du district dans une base de données et les données sont transmises par voie électronique au niveau suivant 3</p> <p>Les établissements de santé envoient les données directement au niveau national et le district a accès aux données..... 4</p> <p>Le district n'a pas accès aux données..... 5</p>	_
------	---	--	---

LA SECTION SUIVANTE EXAMINE LA COMPLÉTUDE DU RAPPORTAGE DES RAPPORTS MENSUELS (OU TRIMESTRIELS) QUI SONT RECUS DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT ET QUI COMPRENNENT L'INFORMATION POUR LES INDICATEURS SÉLECTIONNÉS POUR LA VÉRIFICATION DES DONNÉES. SI L'INFORMATION POUR LES INDICATEURS SÉLECTIONNÉS EST CONSIGNÉE DANS DES FORMULAIRES DIFFÉRENTS, LA COMPLÉTUDE DES DIFFÉRENTS FORMULAIRES EST EXAMINÉE. SI LES INDICATEURS SÉLECTIONNÉS SONT TOUS RAPPORTÉS DANS LE MEME RAPPORT MENSUEL, LES QUESTIONS DVD_101-DVD_103 SERONT LES MEMES POUR TOUS LES INDICATEURS. CEPENDANT, LA QUESTION DVD_104 EXAMINE LA COMPLÉTUDE DE L'INDICATEUR EN LUI MEME. AINSI, BIEN QUE LE FORMULAIRE PUISSE ETRE COMPLET ET SOUMIS A TEMPS, L'INFORMATION SUR L'INDICATEUR PEUT ETRE MANQUANTE. PAR EXEMPLE, SI LA VACCINATION ET LES SOINS PRÉNATAUX SONT SUR LE MEME FORMULAIRE, LEUR COMPLÉTUDE MENSUELLE SERA LA MEME. CEPENDANT, SI L'INFORMATION SUR LES DOSES DE VACCIN DONNÉES (PAR EX DTC/PENTA) EST MANQUANTE, LA QUESTION SUR LA COMPLÉTUDE DE L'INDICATEUR (DVD_104) SERA DIFFÉRENTE.

Prière de compléter les questions suivantes pour chaque indicateur sélectionné. SI CERTAINS DES INDICATEURS SONT RAPPORTÉS SUR LE MEME FORMULAIRE, LES QUESTIONS (DVD_101-DVD_103) AURONT LA MEME RÉPONSE.		Domaine de programme 1	Domaine de programme 2	Domaine de programme 3	Domaine de programme 4	Domaine de programme 5
Q409	Combien de rapports devrait-il y avoir en provenance de tous les établissements de santé pour le Mois1 au Mois3? <i>(Adapter au context national)</i>	DVD_101a	DVD_101b	DVD_101c	DVD_101d	DVD_101e
		Valeur____	Valeur____	Valeur____	Valeur____	Valeur____
Q410	Combien de rapports y a-t-il ?	DVD_102a	DVD_102b	DVD_102c	DVD_102d	DVD_102e
		Valeur____	Valeur____	Valeur____	Valeur____	Valeur____
Q411		DVD_103a	DVD_103b	DVD_103c	DVD_103d	DVD_103e

	Vérifiez les dates sur les rapports reçus. Combien de rapports ont été reçus à temps ? (« à temps » signifie que le rapport a été reçu dans les délais prévus)	Valeur ____				
Q412	Combien de rapports étaient complets ? (« complet » signifie que le rapport contient le décompte déclaré correspondant à l'indicateur)	DVD_104a	DVD_104b	DVD_104c	DVD_104d	DVD_104e
		Valeur ____				

vérification des données: veuillez vérifier jusqu'à cinq indicateurs, un pour chacun des cinq domaines de programme, pour le mois le plus récent de la période de rapportage sélectionnée

Indicateur 1: _____

Q413	Agrégez de nouveau les chiffres provenant des rapports reçus de tous les établissements de santé dans le district. Quel est le chiffre global ?	Valeur _____	_ _ _
Q414	Quel était le résultat global contenu dans le rapport de synthèse préparé par le district (et présenté au niveau suivant de transmission des informations) ?	Valeur _____	_ _ _
Q415	Quelles sont les raisons observées qui expliquent l'écart (le cas échéant) ? (c'est-à-dire erreurs dans la saisie des données, erreurs arithmétiques, absence de documents sources, autre raison).	Pas d'écart 1 Erreurs dans la saisie des données ... 2 Erreurs arithmétiques 3 L'information tirée de rapports présentés n'a pas été compilée correctement 4 Rapports mensuels non disponibles . 5 Autre (préciser) _____ 9	_

Indicateur 2: _____

Q416	Agrégez de nouveau les chiffres provenant des rapports reçus de tous les établissements de santé dans le district. Quel est le chiffre global ?	Valeur _____	_ _ _
Q417	Quel était le résultat global contenu dans le rapport de synthèse préparé par le district (et présenté au niveau suivant de transmission des informations) ?	Valeur _____	_ _ _
Q418	Quelles sont les raisons observées qui expliquent l'écart (le cas échéant) ? (c'est-à-dire erreurs dans la saisie des données, erreurs arithmétiques, absence de documents sources, autre raison).	Pas d'écart 1 Erreurs dans la saisie des données ... 2 Erreurs arithmétiques 3 L'information tirée de rapports présentés n'a pas été compilée correctement 4 Rapports mensuels non disponibles . 5 Autre (préciser) _____ 9	_

<i>Indicateur 3 :</i> _____			
Q419	Agrégez de nouveau les chiffres provenant des rapports reçus de tous les établissements de santé dans le district. Quel est le chiffre global ?	Valeur _____	_ _ _
Q420	Quel était le résultat global contenu dans le rapport de synthèse préparé par le district (et présenté au niveau suivant de transmission des informations) ?	Valeur _____	_ _ _
Q421	Quelles sont les raisons observées qui expliquent l'écart (le cas échéant) ? (c'est-à-dire erreurs dans la saisie des données, erreurs arithmétiques, absence de documents sources, autre raison).	Pas d'écart 1 Erreurs dans la saisie des données ... 2 Erreurs arithmétiques 3 L'information tirée de rapports présentés n'a pas été compilée correctement 4 Rapports mensuels non disponibles . 5 Autre (préciser) _____ 9	_
<i>Indicateur 4 :</i> _____			
Q422	Agrégez de nouveau les chiffres provenant des rapports reçus de tous les établissements de santé dans le district. Quel est le chiffre global ?	Valeur _____	_ _ _
Q423	Quel était le résultat global contenu dans le rapport de synthèse préparé par le district (et présenté au niveau suivant de transmission des informations) ?	Valeur _____	_ _ _
Q424	Quelles sont les raisons observées qui expliquent l'écart (le cas échéant) ? (c'est-à-dire erreurs dans la saisie des données, erreurs arithmétiques, absence de documents sources, autre raison).	Pas d'écart 1 Erreurs dans la saisie des données ... 2 Erreurs arithmétiques 3 L'information tirée de rapports présentés n'a pas été compilée correctement 4 Rapports mensuels non disponibles . 5 Autre (préciser) _____ 9	_
<i>Indicateur 5 :</i> _____			
Q425	Agrégez de nouveau les chiffres provenant des rapports reçus de tous les établissements de santé dans le district. Quel est le chiffre global ?	Valeur _____	_ _ _

Q426	Quel était le résultat global contenu dans le rapport de synthèse préparé par le district (et présenté au niveau suivant de transmission des informations) ?	Valeur _____	_ _ _
Q427	Quelles sont les raisons observées qui expliquent l'écart (le cas échéant) ? (c'est-à-dire erreurs dans la saisie des données, erreurs arithmétiques, absence de documents sources, autre raison).	Pas d'écart 1 Erreurs dans la saisie des données ... 2 Erreurs arithmétiques 3 L'information tirée de rapports présentés n'a pas été compilée correctement 4 Rapports mensuels non disponibles . 5 Autre (préciser) _____ 9	_

Réagrégation des valeurs figurant dans les rapports mensuels des établissements de santé

Valeurs des indicateurs pour chacune des indicateurs sélectionnés prioritaires (jusqu'à 5) par établissement de sante pour la période de rapportage sélectionnée

Q428 : Prière de saisir les valeurs des indicateurs pour tous les établissements dans le district pour le mois le plus récent de la période de rapport sélectionnée

No.	(a) Nom de l'établissement de santé	(b) Identification de l'établissement (si disponible)	(c) Indicateur 1	(d) Indicateur 2	(e) Indicateur 3	(f) Indicateur 4	(g) Indicateur 5
001							
002							
003							
004							
005							
006							
007							
008							
009							
011							
012							
013							
014							
015							
016							
017							
018							
019							
020							
021							
022							
023							
024							
025							
026							

027							
028							
029							
030							
031							
032							
033							
034							
035							
036							
037							
038							
039							
040							

Q429 : Prière de saisir les valeurs des indicateurs pour tous les établissements dans le district pour le mois le plus récent de la période de rapport sélectionnée

No.	(a) Nom de l'établissement de santé	(b) Identification de l'établissement (si disponible)	(c) Indicateur 1	(d) Indicateur 2	(e) Indicateur 3	(f) Indicateur 4	(g) Indicateur 5
041							
042							
043							
044							
045							
046							
047							
048							
049							
050							
051							
052							
053							
054							
055							

056							
057							
058							
059							
060							
061							
062							
063							
064							
065							
066							
067							
068							
069							
070							
071							
072							
073							
074							
075							
076							
077							
078							
079							
080							

Module 5 : Outil d'évaluation du système au niveau du district

Structure et fonction du système

Q501	La responsabilité de la compilation des données provenant des établissements de santé et de leur transmission au niveau supérieur est-elle clairement attribuée au personnel concerné ?	Oui 1 Partiellement (le personnel désigné ne convient pas)2 Pas du tout..... 3	_
Q502	Le personnel responsable de la compilation des données provenant des établissements de santé et de leur transmission au niveau supérieur a-t-il reçu la formation adaptée ?	Oui 1 Dans une large mesure (tout le personnel a suivi une formation, mais pas ces cinq dernières années)..... 2 Partiellement (une partie du personnel a été formée) 3	_
Q503	Des collaborateurs sont-ils chargés d'examiner la qualité (c'est-à-dire l'exactitude, la complétude et la promptitude) des données reçues depuis les niveaux inférieurs (par exemple les établissements de santé) ?	Oui 1 Partiellement (les données sont examinées, mais personne n'a été investi de cette responsabilité) 2 Pas du tout..... 3	_
Q504	Des collaborateurs sont-ils chargés d'examiner les nombres agrégés avant de les présenter au niveau supérieur (par exemple aux bureaux régionaux, ou au SNIS central, etc.) ?	Oui 1 Partiellement (les données sont examinées, mais personne n'a été investi de cette responsabilité) 2 Pas du tout..... 3	_
Q505	Les données reçues des établissements de santé sont-elles enregistrées dans un outil standard (par exemple une base de données informatique) sans retard (par exemple, l'outil contient des entrées jusqu'au jour de l'enquête) ?	Oui 1 Dans une large mesure (les données sont enregistrées sans retard, mais l'outil n'est pas standard)..... 2 Partiellement (l'outil est standard, mais il y a des retards dans la saisie des données) 3 Pas du tout..... 4	_

Définition des indicateurs et lignes directrices concernant la transmission d'informations

Q506	Le district possède-t-il les définitions écrites standard des indicateurs suivants : (Indicateurs recommandés A adapter selon les besoins dans le pays) Oui=1 Non=2 S/O=3			
	a. Nombre de visites CPN1	_	b. Cas de tuberculose notifiés	_
	c. Nombre de vaccinations DTC3 (penta3)	_	d. Cas confirmés de paludisme traités	_
	e. Patients actuellement sous TARV	_		
Q507	Des lignes directrices écrites sont-elles disponibles dans le district sur les protocoles de transmission des informations pour le programme/SNIS, notamment sur:			

Q507a	Les informations qu'ils sont supposés transmettre	Oui 1 Dans une large mesure (il y a des lignes directrices, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement)... 2 Partiellement (il y a des lignes directrices, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard) 3 Pas du tout..... 4	<input type="checkbox"/>
Q507b	Comment (par exemple sous quelle forme spécifique) les rapports doivent être soumis	Oui 1 Dans une large mesure (il y a des lignes directrices, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement) ...2 Partiellement (il y a des lignes directrices, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard) 3 Pas du tout..... 4	<input type="checkbox"/>
Q507c	À qui les rapports doivent être soumis	Oui 1 Dans une large mesure (il y a des lignes directrices, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement)... 2 Partiellement (il y a des lignes directrices, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard) 3 Pas du tout..... 4	<input type="checkbox"/>
Q507d	La date prévue à laquelle les rapports sont dus	Oui 1 Dans une large mesure (il y a des lignes directrices, mais elles ne sont pas imprimées, ou disponibles dans l'établissement) ...2 Partiellement (il y a des lignes directrices, mais elles sont informelles – c'est-à-dire non écrites ou non standard) 3 Pas du tout..... 4	<input type="checkbox"/>
Outils de recueil de données et formulaire de transmission d'informations			
Q508	Les documents sources et les formulaires/outils de transmission de données prévues par la Direction du SNIS sont-ils utilisés régulièrement par le district et tous les établissements dans le district ?	Oui 1 Dans une large mesure (les outils/formulaires standard sont utilisés par la plupart des établissements du district)..... 2 Partiellement (les outils/formulaires standard sont utilisés par quelques établissements du district)..... 3 Pas du tout..... 4	

Q509	Des instructions claires ont-elles été fournies sur la manière de compléter les formulaires/outils de recueil et de transmission de données ?	Oui 1 Dans une large mesure (des instructions ont été données, mais elles manquent de précision) 2 Partiellement (des instructions ont été données, mais elles sont incomplètes) 3 Pas du tout 4	
Q510	Si le district approvisionne les établissements de santé du district en outils vierges de recueil des données (par exemple registres, formulaires de transmission de données), y-a-t-il suffisamment d'exemplaires disponibles dans le district pour satisfaire les besoins de tous les établissements de santé (c'est-à-dire pas d'indication de rupture de stock ces 12 derniers mois) ?	Oui 1 Partiellement (il y a suffisamment d'exemplaires, mais il y a des problèmes avec leur acheminement dans les établissements) 2 Pas du tout 3	
Qualité des données et supervision			
Q511	Le district surveille-t-il la ponctualité et la complétude des rapports reçus des établissements de santé du district (par exemple, il existe un registre à jour ou un dossier informatique avec les dates de réception des rapports des établissements et/ou des graphiques montrant la performance en matière de transmission d'informations) ?	Oui 1 Dans une large mesure (le district surveille la ponctualité et la complétude, mais il n'est pas à jour) 2 Partiellement (le district surveille la ponctualité et la complétude, mais sans les documenter) 3 Pas du tout 4	
Q512	Des commentaires écrits sont-ils adressés aux établissements de santé sur la qualité des rapports présentés au district ?	Oui 1 Dans une large mesure (le district fournit des commentaires écrits, mais pas toujours) 2 Partiellement (le district fournit des commentaires, mais ils ne sont pas documentés) 3 Pas du tout 4	
Q513	Le district dispose-t-il d'un processus systématique de vérification de la qualité des données dans les établissements de santé ?	Oui 1 Dans une large mesure (il y a un système, mais il n'est pas appliqué de façon routinière dans l'établissement) 2 Partiellement (la qualité des données est vérifiée occasionnellement, mais pas systématiquement) 3 Pas du tout 4	

Q514	Des vérifications de l'exactitude des données (c'est-à-dire une nouvelle compilation des indicateurs prioritaires par un superviseur pour une période donnée et la comparaison avec les valeurs notifiées pour la même période) sont-elles réalisées régulièrement dans les établissements ?	Oui 1 Partiellement (des vérifications de l'exactitude sont réalisées, mais pas de façon systématique) 2 Pas du tout..... 3	
Q515	Des vérifications de la cohérence des synthèses de données (par exemple l'évaluation des tendances) sont-elles menées régulièrement ?	Oui 1 Partiellement (des vérifications de la cohérence sont réalisées, mais pas de façon systématique) 2 Pas du tout..... 3	
Q516	Existe-t-il une politique écrite ou un guide (par exemple une procédure opératoire normalisée) dans le district indiquant quand et comment réaliser des vérifications de la qualité des données dans les établissements de santé ?	Oui 1 Dans une large mesure (il y a des lignes directrices, mais elles ne sont pas disponibles dans le district) 2 Partiellement (il y a des lignes directrices, mais elles ne sont pas écrites) 3 Non..... 4	
Q517	Le district réalise-t-il régulièrement des visites de supervision dans les établissements de santé du district ?	Oui 1 Dans une large mesure (le district réalise des visites dans tous les établissements, mais pas de façon systématique) 2 Partiellement (le district réalise des visites de routine dans les établissements, mais seulement dans certains d'entre eux) 3 Pas du tout..... 4	
Q518	Le personnel du district s'est-il déjà rendu dans chaque établissement de santé au moins une fois ces 12 derniers mois ?	Oui 1 Non..... 2	
Q519	Existe-t-il une documentation écrite sur les résultats des visites de supervision menées dans les établissements de santé ?	Oui 1 Partiellement (il y a des résultats documentés pour certaines, mais pas pour toutes les visites de supervision) 2 Non..... 3	
Q520	Le district reçoit-il régulièrement des visites de supervision du niveau régional ou national ?	Oui 1 Partiellement (il y a des visites, mais elles ne sont pas régulières) 2 Pas du tout..... 3	→DVD_221 →DVD_221

Q521	Dans l'affirmative, une visite de supervision a-t-elle été réalisée dans le district ces six derniers mois ?	Oui 1 Non 2	
Gestion des données et confidentialité			
Q522	Des copies des rapports mensuels envoyés par le district au niveau suivant sont-ils disponibles pour les 12 derniers mois ?	Oui 1 Partiellement (seulement quelques-uns des rapports sont disponibles) 2 Pas du tout 3	
Q523	Les rapports mensuels archivés que les établissements de santé ont présentés au district sont-ils disponibles pour les 12 derniers mois ?	Oui 1 Partiellement (seuls certains formulaires sont disponibles) 2 Pas du tout 3	
Q524	Les données archivées sont-elles organisées de façon à ce que les fichiers soient faciles à consulter (par exemple par service et date) ?	Oui 1 Non 2	
Q525	Un espace approprié (par exemple propre et sec) et adéquat (de taille suffisante) est-il disponible pour l'organisation et le stockage en toute sécurité des documents sources et rapports ?	Oui 1 Dans une large mesure (l'espace est propre, mais insuffisant) 2 Partiellement (l'espace est assez grand, mais pas propre) 3 Pas du tout 4	
Q526	Les systèmes informatiques disposent-ils d'une procédure d'administration de la base de données clairement documentée et activement appliquée. Cela comprend un contrôle de l'accès et des procédures de sauvegarde/récupération ?	Oui 1 Dans une large mesure (il y a une procédure, mais elle n'est pas documentée) 2 Partiellement (il y a une procédure, mais elle n'est pas suivie de façon systématique) 3 Pas du tout 4	→ DVD_228 → DVD_228
Q527	Dans l'affirmative, la plus récente date de la sauvegarde est-elle appropriée, compte tenu de la fréquence de la mise à jour du système informatique (par exemple, les sauvegardes sont hebdomadaires ou mensuelles) ?	Oui 1 Non 2	
Q528	Le système informatique est-il protégé par un mot de passe ?	Oui 1 Non 2	

Informations démographiques			
Q529	Le district a-t-il des populations cibles pour les indicateurs prioritaires (par exemple la couverture vaccinale) ?	Oui 1 Partiellement (des populations cibles sont définies pour certains, mais pas tous les indicateurs prioritaires)..... 2 Pas du tout..... 3	
Q530	Existe-t-il une carte du district montrant les établissements de santé et les services qu'ils assurent ?	Oui 1 Partiellement (il y a une carte, mais elle n'est pas actualisée) 2 Pas du tout..... 3	
Q531	Le district possède-t-il des données sur le nombre de naissances et de décès se produisant dans le district pour chaque année (par exemple un registre ou une liste en ligne des naissances/décès) ?	Oui 1 Partiellement (il existe un registre des naissances ou des décès, mais pas des deux) 2 Pas du tout..... 3	
Utilisation des données			
Q532	Le district surveille-t-il la couverture des indicateurs prioritaires ?	Oui1 Partiellement (le district surveille la couverture de certains indicateurs prioritaires, mais pas tous).....2 Pas du tout3	
Q533	Le district suit-il les progrès accomplis en vue d'atteindre des objectifs réalistes pour les indicateurs prioritaires ?	Oui1 Partiellement (le district suit les progrès pour certains indicateurs prioritaires, mais pas tous)2 Pas du tout3	
Q534	Du personnel a-t-il été affecté à l'interprétation et l'analyse des données/résultats ?	Oui1 Partiellement (les données sont analysées, mais la responsabilité n'est pas attribuée à des collaborateurs particuliers) 2 Pas du tout3	
Q535	Les décisions programmatiques prises par le district (par exemple le changement des produits de base commandés, les modifications de stratégie, telles que l'augmentation des services de proximité, etc.) sont-elles fondées sur l'analyse des données/résultats. (Demandez à voir des exemples) ?	Oui1 Partiellement (les décisions sont fondées sur les données, mais il n'y a pas de documentation le montrant).....2 Pas du tout3	

Q536	Existe-t-il un mécanisme par lequel le personnel SNIS du district peut obtenir un appui pour l'analyse et l'interprétation des données (par exemple des réunions d'examen par les pairs, des visites de supervision, une assistance technique à distance) ?	Oui1 Partiellement (il y a un mécanisme, mais il n'est pas facilement accessible).....2 Pas du tout3	
Observations de l'enquêteur			
Q537	HEURE DE FIN DE L'ENTRETIEN (utiliser le système de temps sur 24 heures)	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Q538	CODES DE RÉSULTAT (DERNIÈRE VISITE):	ENTIÈREMENT REMPLI..... 1 PERSONNE INTERROGÉE NON DISPONIBLE 2 REFUSÉ..... 3 PARTIELLEMENT REMPLI..... 4 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
COMMENTAIRES:			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			