

# SÉNÉGAL



## Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS)

2014



# RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



## SÉNÉGAL : ENQUÊTE CONTINUE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ (ECPSS)

2014

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie  
Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

The DHS Program  
ICF International  
Rockville, Maryland, USA

Février 2015



Ce rapport présente les résultats de la deuxième année de l'ECPSS réalisée en 2014 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie et le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

L'assistance technique a été fournie par ICF International dans le cadre du projet The DHS Program.

L'ECPSS 2014 a été réalisée avec l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'United Nations Population Fund (UNFPA), l'United Nations Children Fund (UNICEF) et le Micronutrient Initiative (MI). Ce rapport est l'œuvre des auteurs et ne représente pas nécessairement la politique de l'USAID.

Pour tous renseignements concernant l'ECPSS 2014, contacter : L'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) ; Rocade Fann Bel-air Cerf-volant- B.P. 116, Dakar RP (Sénégal) ; Téléphone : (221) 33 869 21 39/33 869 21 60 ; Fax : (221) 33 824 36 15 ; E-mail : statsenegal@ansd.sn/ statsenegal@yahoo.fr ; Site web : www.ansd.sn

Concernant le projet The DHS Program, des renseignements peuvent être obtenus auprès de : ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850 USA ; Téléphone : (301) 407-6500 ; Fax : (301) 407-6501 ; E-mail : reports@dhsprogram.com ; Internet : <http://www.dhsprogram.com>

Citation recommandée :

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal] et ICF International. 2015. *Sénégal : Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) 2014*. Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF International.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>TABLEAUX ET GRAPHIQUES</b> .....	<b>v</b>
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>vii</b>
<b>CARTE ADMINISTRATIVE DU SENEGAL</b> .....	<b>x</b>
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
1.1 Présentation.....	1
1.2 Objectifs de l'enquête .....	1
<b>2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE</b> .....	<b>3</b>
2.1 Échantillonnage.....	3
2.2 Questionnaires.....	5
2.3 Formation, pré-test et collecte des données .....	6
2.4 Analyse des données .....	7
<b>3 RESULTATS</b> .....	<b>9</b>
3.1 Disponibilité des services de base.....	9
3.2 Disponibilité des infrastructures de base pour les patients.....	10
3.3 Équipements standard pour le contrôle des infections nosocomiales.....	11
3.4 Capacité de diagnostic des laboratoires .....	14
3.5 Répartition du personnel dans les établissements enquêtés .....	17
3.6 Les services de santé de l'enfant.....	17
3.7 La planification familiale .....	21
3.8 Disponibilité des services de santé maternelle et soins pour le nouveau-né .....	29
3.9 VIH/Sida et IST .....	38
3.10 Maladies non transmissibles .....	45
3.11 Tuberculose (TB).....	47
3.12 Paludisme.....	48
<b>ANNEXE A PERSONNEL DE L'ECPSS, 2014</b> .....	<b>53</b>
<b>ANNEXE B QUESTIONNAIRES DE L'ECPSS, 2014</b> .....	<b>55</b>



## TABLEAUX ET GRAPHIQUES

---

Tableau 2.1	Distribution des structures dans l'échantillonnage final par région.....	4
Tableau 2.2	Distribution des structures enquêtées, selon certaines caractéristiques .....	5
Tableau 2.3	Distribution des consultations observées.....	8
Tableau 3.1	Disponibilité des services de base .....	9
Tableau 3.2	Disponibilité des infrastructures de base pour répondre aux besoins des clients .....	11
Tableau 3.3.1	Eléments de base pour le contrôle des infections par type de structure et autorité de gestion.....	12
Tableau 3.3.2	Eléments de base pour le contrôle des infections par région.....	13
Tableau 3.4.1	Capacité de diagnostic des laboratoires par type de structure et autorité de gestion .....	15
Tableau 3.4.2	Capacité de diagnostic des laboratoires par région.....	16
Tableau 3.5	Configuration de personnel dans les structures interviewées .....	17
Tableau 3.6	Disponibilité des services de santé infantile.....	18
Tableau 3.7	Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - soins curatifs infantiles et suivi de la croissance .....	19
Tableau 3.8	Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - services de vaccination ...	20
Tableau 3.9	Disponibilité des vaccins.....	21
Tableau 3.10	Disponibilité des services de planification familiale .....	22
Tableau 3.11.1	Méthodes de planification familiale offerte par type de structure et autorité de gestion..	23
Tableau 3.11.2	Méthodes de planification familiale offerte par région .....	24
Tableau 3.12.1	Méthodes de planification familiale fournies <sup>1</sup> par type de structure et autorité de gestion dans les structures offrant des services de planification familiale.....	25
Tableau 3.12.2	Méthodes de planification familiale fournies <sup>1</sup> par région dans les structures offrant des services de planification familiale.....	26
Tableau 3.13.1	Disponibilité des produits de planification familiale par type de structure et autorité de gestion.....	27
Tableau 3.13.2	Disponibilité des produits de planification familiale par région.....	28
Tableau 3.14	Disponibilité des services de santé maternelle .....	30
Tableau 3.15	Disponibilité des services de consultation prénatale .....	31
Tableau 3.16	Disponibilité des médicaments pour la consultation prénatale de routine.....	32
Tableau 3.17	Normes et protocoles, personnel formé, et équipements des services d'accouchement...	33
Tableau 3.18.1	Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés par type de structure et autorité de gestion.....	34
Tableau 3.18.2	Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés par région .....	35
Tableau 3.19	Activités essentielles en cas d'alerte pour les soins d'urgence obstétricale .....	37
Tableau 3.20	Normes et protocoles, personnel formé, et éléments des services des infections sexuellement transmissibles .....	39
Tableau 3.21	Disponibilité des services de counseling et test de dépistage du VIH.....	40
Tableau 3.22	Normes et protocoles, personnel formé, et éléments pour les services de thérapie antirétrovirale .....	42
Tableau 3.23	Disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les structures offrant les services de consultation prénatale .....	44
Tableau 3.24	Capacité de diagnostic et médicaments essentiels du diabète .....	45
Tableau 3.25	Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies cardiovasculaires .....	46
Tableau 3.26	Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies respiratoires chroniques.....	47

Tableau 3.27	Capacité de diagnostic et disponibilité des médicaments pour le traitement de la tuberculose.....	48
Tableau 3.28	Disponibilité des services du paludisme et disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et de la capacité de diagnostic dans les structures offrant des services du paludisme.....	49
Tableau 3.29	Disponibilité des médicaments et produits antipaludiques dans les structures offrant des services du paludisme.....	52

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

<b>ACT</b>	Artemisinin Combinaison Thérapeutique (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine)
<b>ANSD</b>	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>ART</b>	Antiretroviral Therapy (thérapie antirétrovirale)
<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>ASC</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>BCG</b>	Bacille de Calmette et Guérin
<b>CDV</b>	Conseil Dépistage Volontaire
<b>CMG</b>	Centre Médical de Garnison
<b>CPN</b>	Consultation Prénatale
<b>DIU</b>	Dispositif Intra-Utérin
<b>DLSI</b>	Division de Lutte Contre le SIDA et les IST
<b>DSRSE</b>	Direction de la Santé de Reproduction et de la Survie de l'Enfant
<b>DTC/PENTA</b>	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche/Pentavalent
<b>ECPSS</b>	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>ELISA</b>	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
<b>EM</b>	Enfants Malades
<b>GPS</b>	Global Positioning System
<b>ICP</b>	Infirmier Chef de Poste
<b>ISAARV</b>	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MAC</b>	Maison d'Arrêt et de Correction
<b>MI</b>	Micronutrient Initiative
<b>MII</b>	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
<b>MJF</b>	Méthode des Jours Fixes
<b>MNT</b>	Maladies Non Transmissibles
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
<b>NV</b>	Naissance Vivante
<b>OIP</b>	Offre Initiale de Pilule
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non-Gouvernementale
<b>PCIGA</b>	Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PNSD</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RPR</b>	Reactive Protein Reagent Test

<b>SIDA</b>	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SP</b>	Sulfadoxine-Pyriméthamine
<b>SPA</b>	Service Provision Assessment
<b>TA</b>	Tension Artérielle
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TDR</b>	Test de Diagnostic Rapide
<b>TPC</b>	Taux de Prévalence Contraceptive
<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent
<b>TPHA</b>	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>UNFPA</b>	United Nations Population Fund
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund
<b>VAT</b>	Vaccin Anti-tétanique
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine



# CARTE ADMINISTRATIVE DU SÉNÉGAL



# **1 INTRODUCTION**

## **1.1 Présentation**

L'Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2014 a été réalisée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).

Cette enquête a bénéficié de l'assistance technique d'ICF International Inc. dans le cadre du projet The DHS Program.

Elle a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'United Nations Population Fund (UNFPA), l'United Nations Children's Fund (UNICEF) et de Micronutrient Initiative (MI).

Il s'agit d'une enquête portant sur un échantillon national des structures sanitaires formelles. Elle est conçue pour fournir des informations détaillées sur la prestation des services et le fonctionnement des divers éléments du système de santé pouvant affecter la qualité des services. La collecte a duré dix mois et s'est déroulée de janvier 2014 à octobre 2014. Les différents services de santé prioritaires inclus dans l'ECPSS sont :

- Les services de la santé de l'enfant comprenant les soins curatifs, la vaccination et le suivi de la croissance
- Les services de maternité comprenant les consultations prénatales (CPN), l'accouchement, les soins obstétricaux d'urgence, le post-partum et les soins du nouveau-né
- Les services de planification familiale (PF)
- Les services pour les maladies transmissibles comprenant les IST, le Paludisme, la tuberculose (TB), le VIH/ SIDA et les services associés
- Les services pour les maladies non transmissibles comprenant le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques.

Les informations issues de l'ECPSS du Sénégal 2014 aideront les décideurs et les responsables des programmes de santé à prioriser les interventions.

Ce rapport présente les résultats de la deuxième année de l'ECPSS relatifs aux principaux aspects des équipements, des infrastructures et des prestations de services sur lesquels les données ont été collectées et montre leur tendance par rapport à la première année de l'enquête.

## **1.2 Objectifs de l'enquête**

Les objectifs de l'ECPSS 2014 étaient de :

- Décrire l'aptitude des structures de santé dans le pays à fournir des services de santé de qualité en droite ligne avec les normes et protocoles du pays.
- Identifier les lacunes dans les services d'appui, au niveau des ressources et dans les processus utilisés pour fournir les services aux clients, lesquelles pouvant avoir des répercussions sur la capacité des structures sanitaires à fournir des services de santé de qualité.
- Décrire le niveau d'adhésion des prestataires qui fournissent les soins aux enfants, aux mères et des services de santé de la reproduction, aux standards de qualité des services.

- Fournir des comparaisons des résultats entre différents types de structures de santé et régions du pays et entre les structures gérées par différentes autorités de gestion (publique ou privée).
- Décrire à quel point les clients comprennent ce qu'ils doivent faire pour le suivi des services reçus afin d'être dans un meilleur état de santé.

## 2 RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

### 2.1 Échantillonnage

Les données de l'ECPSS du Sénégal ont été collectées à partir d'un échantillon de structures de santé. Dans chaque structure, un échantillon de prestataires de services de santé, un échantillon d'enfants malades et un échantillon de clients de services de consultation prénatale ont été sélectionnés.

Les structures de santé incluses dans l'échantillon ont été classées en fonction de leur autorité de gestion. Il s'agit des structures :

- publiques
- privées
- privées sans but lucratif (ONG Entreprises)
- privées confessionnelles.

Sur un total de 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé, 1 250 postes de santé et 1 506 cases de santé), l'échantillon a inclus 50 % des hôpitaux, 50 % des centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 20 % des postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et des cases de santé liées aux postes choisis.

Cet échantillonnage est similaire à celui de la première année, toutefois, aucune structure sélectionnée à la première année n'était incluse à la deuxième année.

Le tableau 2.1 présente la distribution des structures dans l'échantillonnage final selon la région et le tableau 2.2 présente la répartition des structures enquêtées et leur effectif selon le type, l'autorité de gestion et la région.

Ainsi sur un total de 464 structures sélectionnées pour l'ECPSS 2014 ; 452 ont été enquêtées avec succès ; soit une participation de 97,41 % (contre 95,6 % pour la première année).

L'échantillon des structures enquêtées comprend 35 hôpitaux (4 %), 62 centres de santé (8 %), 266 postes de santé (88 %) et 89 cases de santé.

Par ailleurs un peu plus des trois quarts des structures de l'échantillon appartiennent au secteur public (81 %), tandis que les structures privées représentent 19 %.

La répartition des structures dans les régions n'est pas identique.

Les régions de Dakar et Thiès représentent à elles seules le tiers de l'échantillon avec respectivement 19 % et 13 %, tandis que celles de Kédougou (2 %), Sédhiou (3 %), Kaffrine (4 %), Matam (5 %), et Kolda (5 %) ont les plus faibles pourcentages. Par ailleurs, la répartition est à peu près identique dans les sept autres régions variant entre 6 et 8 %.

La répartition de l'échantillon des structures enquêtées est pareille à celle de la première année du point de vue type de structure, autorité de gestion et régions.

Tableau 2.1 Distribution des structures dans l'échantillonnage final par région

Effectif de chaque type de structures sélectionnées pour l'échantillon de l'enquête, par région, Sénégal ECPSS 2014

Type de structure	Région														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	
<b>Type de structure</b>															
Hôpital	22	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	5	1	42
Centre de santé	18	2	3	3	3	2	4	7	2	2	2	6	7	5	66
Poste de santé	39	17	16	19	16	16	13	14	13	20	16	16	31	20	266
Case de santé	0	3	5	6	6	9	6	5	5	7	4	4	15	8	90
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>58</b>	<b>34</b>	<b>464</b>

Tableau 2.2 Distribution des structures enquêtées, selon certaines caractéristiques

Répartition (en %) des structures enquêtées et effectif des structures enquêtées selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Répartition en pourcentage pondéré des structures enquêtées	Effectif des structures enquêtées	
		Pondéré	Non pondéré
<b>Type de structure</b>			
Hôpital	4	15	35
Centre de santé	8	29	62
Poste de santé	88	319	266
<b>Autorité de gestion</b>			
Publique	81	295	293
ONG/Privé sans but lucratif	4	14	13
Privé	9	32	38
Privé confessionnel	6	22	19
<b>Région</b>			
Dakar	19	69	72
Diourbel	7	25	21
Fatick	6	23	20
Kaffrine	4	14	21
Kaolack	6	23	21
Kédougou	2	9	18
Kolda	5	17	17
Louga	6	23	22
Matam	5	17	16
Saint Louis	8	29	24
Sédhiou	3	12	19
Tambacounda	7	25	23
Thiès	13	48	43
Ziguinchor	8	30	26
Total	100	363	363
Case de santé	NA	89	89

## 2.2 Questionnaires

Les outils de collecte utilisés sont basés sur les questionnaires mis au point par le projet The DHS Program et ont été adaptés pour le Sénégal de commun accord avec les services techniques du MSAS avant le démarrage de l'enquête continue en 2012-2013. Pour la deuxième année le questionnaire CPN a été adapté par le chef de la division mère-enfant de la DSRSE et des corrections ont été apportées sur les autres questionnaires en se basant sur l'expérience de la première année.

Au cours de l'ECPSS du Sénégal 2014, quatre types d'instruments de collecte des données ont été utilisés.

- **L'inventaire de la structure sanitaire :** ce questionnaire comprend une couverture pour identifier la structure sanitaire et un formulaire de la liste du personnel sur lequel tous les prestataires de santé présents le jour de l'interview ont été enregistrés. L'inventaire de la structure sanitaire est conçu pour obtenir des informations sur la capacité de la structure à fournir chacun des services prioritaires. Il rassemble l'information sur la disponibilité d'articles spécifiques (incluant leur localisation et leur état de fonctionnement), les composants des systèmes de soutien (logistique, entretien, gestion) et l'infrastructure de la structure sanitaire y compris l'environnement de travail où les services sont offerts. Les ressources évaluées sont celles exigées pour fournir le service selon les normes et protocoles internationalement admis. Les services évalués représentent ceux qui sont généralement reconnus comme essentiels pour assurer des services de santé.
- **L'interview des prestataires de santé :** l'interview des prestataires de santé est conçue pour obtenir des informations sur les qualifications individuelles des prestataires, le type de service qu'ils fournissent, le type de formation qu'ils ont reçue. Un échantillon de prestataires de santé a été choisi à partir de la liste du personnel pour être interrogé à l'aide du questionnaire d'interview de l'agent de santé.

- **Les listes de contrôle de l'observation** : elles évaluent le niveau d'adhésion des prestataires aux standards de qualité des services basés sur les normes et protocoles internationalement et nationalement acceptés. Les composantes de l'observation comprennent le processus utilisé en menant certaines étapes spécifiques telles que les examens physiques et le contenu de l'entretien entre le prestataire et le client (histoire de la maladie, symptômes et conseils). Pour cette deuxième année, les clients de services suivants ont été choisis pour l'observation : **consultation prénatale et enfants malades**.
- **Les interviews de sortie** : les interviews de sortie ont été conçues pour évaluer le niveau de compréhension par le client du service offert portant aussi bien sur la consultation, l'examen, que sur les instructions et conseils reçus en rapport avec le traitement ou les mesures préventives. La compréhension des principaux messages par les clients augmente la probabilité de réussite du traitement ou du respect des **comportements** préventifs, ce qui favorise des résultats optimaux au niveau de leur santé. La perception du client quant à l'environnement de travail a été également évaluée. Les interviews de sortie sont conduites auprès des clients dont les consultations ont fait l'objet d'observation.
- **Questionnaire spécial pour la case de santé comprenant** :
  - l'inventaire de la case de santé conçu pour évaluer les services spécifiques de la case ;
  - la revue des cahiers, registres et documents liés à la PF, à la promotion de la croissance, à la consultation générale et à la maternité ; et
  - l'interview des prestataires de santé, utilisant le même questionnaire que pour les autres types de structures.

### 2.3 Formation, pré-test et collecte des données

Tous les questionnaires de l'ECPSS ont été pré-testés au cours de la formation initiale en 2012. Pour la deuxième année seule une révision a été organisée du 02 au 10 septembre 2013 puis du 16 au 18 décembre 2013.

La formation avait inclus :

- Des sessions théoriques sur le manuel de l'enquêteur et les questionnaires, ainsi que des simulations et des jeux de rôles ;
- Des stages pratiques au sein de structures non sélectionnées pour l'enquête composées d'un centre de santé, de trois postes de santé, tous du secteur publique (4 structures visitées à la révision) ;
- Des sessions de révision et débriefing après la pratique ;
- Des tests d'évaluation ainsi que des supervisions pendant la pratique ;
- Formation en GPS ;
- Formation à l'utilisation des tablettes PC utilisées pour la collecte des données ;
- Il s'agit d'une formation intensive liant étroitement la théorie et la pratique ;
- Deux consultants d'ICF International, des cadres de l'ANSD, ainsi qu'un conseiller en EDS continue de l'USAID ont réalisé cette formation de révision ;

- Sur les 12 enquêteurs ayant participé à la révision 09 ont été retenus et organisés en 3 équipes de trois enquêteurs en plus d'un chauffeur pour chaque équipe ;
- La supervision du travail sur le terrain a été coordonnée au niveau de l'ANSD et réalisée par le médecin recruté comme coordinateur technique de l'ECPSS et un ingénieur en informatique avec l'appui du conseiller en EDS continue de l'USAID qui visitaient les équipes périodiquement et suivaient la qualité des données.

## 2.4 Analyse des données

**Disponibilité des éléments :** dans l'ECPSS 2014 seuls les éléments qui ont été observés sont considérés comme disponibles. Tout élément déclaré mais non vu par l'enquêteur n'a pas été considéré comme disponible.

**Observation :** dans de nombreuses structures, des services comme la prise de la tension artérielle (TA) et la prise de la température sont fournis sur une base régulière. Par conséquent, chaque fois que ces services ont été observés alors qu'ils étaient fournis en dehors de la salle de consultation le jour de l'enquête, on considère que le patient observé avait reçu ces services. Le prestataire qui établit le diagnostic et prescrit un traitement est considéré comme le prestataire principal.

**Information du prestataire :** il est arrivé fréquemment que des prestataires indiquent qu'ils fournissaient un service en dehors du cadre de la structure. Dans le cadre de l'ECPSS, seuls les prestataires qui offraient le service en question dans le cadre de la structure ont été inclus dans l'analyse concernant ce service.

**Inventaire de la structure :** il a consisté à collecter des informations sur la disponibilité d'équipements particuliers ainsi que leur fonctionnalité, les composants des systèmes de support (logistique, entretien, gestion), mais aussi l'environnement de la prestation des services. Pour cela, l'enquêteur interrogeait la personne la plus indiquée au sein de l'organisation de la structure et / ou le prestataire de chaque service le mieux informé présent le jour de l'interview.

**Observation des services aux patients :** les enquêteurs ont observé des consultations des services concernés (enfants malades, consultation prénatale) au moment où elles avaient lieu. Ici, l'échantillon est opportuniste et les nombres ne reflètent pas toujours les proportions de structures visitées. Il s'agit d'un échantillon dans lequel les patients ont été sélectionnés au fur et à mesure qu'ils arrivaient dans la structure pour la consultation avec leur consentement éclairé. Là où les patients étaient nombreux et éligibles pour l'observation, la règle était d'observer au maximum 5 patients par prestataire de service avec un maximum de 15 observations par structure pour chaque service. Pour les consultations d'enfants, seuls ceux de moins de 5 ans qui étaient malades ont été sélectionnés. Lorsque plusieurs clientes éligibles attendaient pour une consultation CPN, l'enquêteur a sélectionné 2 patientes en première visite pour une patiente en 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> visite.

Le tableau 2.3 présente la répartition (en %) des consultations observées et l'effectif des consultations observées pour les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade et la consultation prénatale.

Pour l'ECPSS 2014, le nombre total de patients dont la consultation a fait l'objet d'observation est de 1212 enfants malades (EM) et de 1211 clientes des services de la consultation prénatale (CPN).

La grande majorité de ces observations a été effectuée dans les postes de santé (81 % des EM et 81 % des CPN), suivi des centres de santé (13 % des EM et 15 % des CPN) avec un faible taux d'observations au niveau des hôpitaux (6 % des EM et 4 % des CPN).

**Tableau 2.3 Distribution des consultations observées**

Répartition (en %) des consultations observées et effectif des consultations observées pour les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade et la consultation prénatale, selon le type de structure, Sénégal ECPSS 2014

Type de structure	Pourcentage de la répartition des consultations observées	Effectif des consultations observées	
		Pondéré	Non pondéré
<b>SOINS CURATIFS AMBULATOIRES POUR ENFANTS MALADES</b>			
Hôpital	6	76	127
Centre de santé	13	160	260
Poste de santé	81	976	825
Total	100	1 212	1 212
<b>CONSULTATION PRENATALE</b>			
Hôpital	4	54	114
Centre de santé	15	179	289
Poste de santé	81	978	808
Total	100	1 211	1 211

### 3 RESULTATS

#### 3.1 Disponibilité des services de base

Les services de base comprennent les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade, les services de vaccination infantile au sein de la structure, le suivi de la croissance infantile, toute méthode moderne de planification familiale, la consultation prénatale et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

La disponibilité d'une offre de services comprenant les services de santé maternelle et infantile et de santé de la reproduction, et la fréquence à laquelle ces services sont fournis, sont les éléments clé qui influencent l'utilisation des services par les patients. Les patients sont plus enclins à rechercher des soins dans une structure s'ils sont sûrs que les services seront disponibles à leur arrivée.

Le tableau 3.1 présente les données sur la disponibilité des services de base, détaillées selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région.

L'ECPSS 2014 du Sénégal a révélé une disponibilité satisfaisante des services de base de 74 % quelles que soient les caractéristiques. Les services de soins curatifs pour les enfants et les IST sont, en moyenne, disponibles dans presque toutes les structures (respectivement 96 % et 97 %), alors que les soins prénatals sont prodigués dans 91 % des structures et la planification familiale est proposée dans 87 % des structures. Par ailleurs, plus des trois quarts des structures offrent des services de vaccination et de suivi de la croissance (84 %).

Tableau 3.1 Disponibilité des services de base

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant des services de base indiqués et tous les services de base, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Soins curatifs infantiles	Services de suivi de la croissance des enfants	Services de vaccination infantile	Méthodes modernes de planification familiale	Services de soins prénatals (CPN)	Services pour les IST	Tous les services à la clientèle de base <sup>1</sup>	Effectif des structures
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	83	40	28	73	79	94	16	15
Centre de santé	99	63	73	84	84	100	57	29
Poste de santé	97	88	87	88	92	97	78	319
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	99	90	91	94	94	99	86	295
Privé	84	57	50	57	77	88	24	68
<b>Région</b>								
Dakar	86	55	61	82	84	89	45	69
Diourbel	100	98	89	100	100	100	89	25
Fatick	100	88	99	99	99	100	88	23
Kaffrine	100	100	100	92	100	100	92	14
Kaolack	98	90	92	83	94	96	75	23
Kédougou	100	90	90	85	91	100	80	9
Kolda	91	66	71	79	82	90	64	17
Louga	100	98	86	90	88	100	84	23
Matam	100	100	99	100	100	100	99	17
Saint Louis	100	100	93	95	95	100	93	29
Sédhiou	100	87	87	97	97	100	87	12
Tambacounda	100	80	80	86	86	100	80	25
Thiès	96	92	86	80	92	100	70	48
Ziguinchor	100	86	87	75	84	100	67	30
Total	96	84	84	87	91	97	74	363
Case de santé	96	90	57	64	31	16	10	89

<sup>1</sup> Les services de base comprennent les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade, le suivi de la croissance infantile, les services de vaccination infantile au sein de la structure, n'importe quelle méthode moderne de planification familiale, de la consultation prénatale et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

On constate comme pour la première année que si les services de soins curatifs infantiles, ceux d'IST et de consultation prénatale sont généralement disponibles dans pratiquement toutes les structures quel que soit le type, les services de vaccination, et dans une moindre mesure ceux de suivi de la croissance et de

planification familiale, sont surtout offerts dans les centres de santé et les postes de santé. Ces résultats sont le reflet de la politique de santé selon laquelle les services de santé préventifs sont généralement fournis dans les centres de santé et les postes de santé, tandis que les hôpitaux restent des structures de référence.

On note une plus grande disponibilité des services de base dans les structures publiques que dans les structures privées, avec respectivement 86 % et 24 % pour tous les services de bases.

En outre, les services de base sont moins disponibles, dans les régions de Dakar, Kolda et Ziguinchor (respectivement 45 %, 64 % et 67 %).

### **3.2 Disponibilité des infrastructures de base pour les patients**

Bien que l'on puisse fournir des services de santé de qualité dans des structures qui disposent d'un équipement rudimentaire, certaines infrastructures et équipements de base contribuent à la satisfaction du patient et des prestataires et, également, à l'amélioration de la qualité et du niveau des services. Ces éléments peuvent contribuer à inciter le patient à utiliser la structure ; de même, ils peuvent motiver le personnel et l'encourager ainsi à suivre les normes pour assurer des services de qualité.

Le tableau 3.2 présente la disponibilité des infrastructures de base pour répondre aux besoins des patients.

On note une bonne disponibilité des infrastructures de base répondant aux besoins des patients, notamment les sources d'eau améliorée (94 % contre 90 % la première année), une intimité visuelle et auditive (98 %), et la disponibilité de toilettes pour les patients (95 % contre 87% la première année), contrairement aux équipements de communication (50 %), ordinateur avec internet (51 %), mais aussi et surtout le transport d'urgence dont un peu plus d'une structure sur deux en dispose (54 %) surtout dans les régions de Saint-Louis et Matam ; à Thiès, Fatick, et Diourbel moins d'une structure sur deux en dispose. Par ailleurs, seulement un peu plus d'une structure sur deux dispose régulièrement d'électricité (53 %) ; ceci est beaucoup plus accentué dans les régions de Kaolack (20 %), Louga (22 %) et de Saint Louis (37 %) où seulement une structure sur trois parfois une structure sur cinq seulement en dispose.

Tableau 3.2 Disponibilité des infrastructures de base pour répondre aux besoins des clients

Parmi toutes les structures, pourcentage ayant des infrastructures de base indiquées pour permettre un service de qualité, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Infrastructures							Effectif des structures
	Électricité régulière <sup>1</sup>	Source d'eau améliorée <sup>2</sup>	Intimité visuelle et auditive <sup>3</sup>	Latrine pour les patients <sup>4</sup>	Équipement de communication <sup>5</sup>	Ordinateur avec internet <sup>6</sup>	Transport d'urgence <sup>7</sup>	
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	98	100	100	100	98	94	86	15
Centre de santé	65	100	98	100	80	74	85	29
Poste de santé	50	93	98	94	45	47	50	319
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	54	93	98	94	45	45	56	295
Privé	51	99	100	98	75	77	47	68
<b>Région</b>								
Dakar	53	100	99	96	87	78	55	69
Diourbel	46	100	100	100	42	63	45	25
Fatick	44	94	100	100	50	14	46	23
Kaffrine	49	95	100	81	44	30	76	14
Kaolack	20	100	100	94	45	55	66	23
Kédougou	73	89	100	67	38	37	50	9
Kolda	45	100	100	74	66	40	52	17
Louga	22	100	100	100	20	66	78	23
Matam	61	86	100	100	11	40	43	17
Saint Louis	37	100	100	100	33	67	41	29
Sédhiou	83	61	100	94	33	22	83	12
Tambacounda	73	83	90	90	28	22	62	25
Thiès	64	100	100	100	76	59	43	48
Ziguinchor	85	72	90	95	22	26	53	30
Total	53	94	98	95	50	51	54	363
Case de santé	26	64	96	57	26	1	23	89

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « équipements de base » pour l'évaluation du niveau de préparation général des services au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> La structure est raccordée à un réseau électrique central et il n'y a pas eu d'interruption de l'alimentation électrique qui a duré pour plus de deux heures à la fois pendant les heures normales de travail dans les 7 jours précédant l'enquête, ou la structure a un générateur fonctionnel avec du carburant disponible le jour de l'enquête, ou encore la structure a de l'énergie solaire de secours.

<sup>2</sup> L'eau est acheminée dans la structure ou dans la cour par un robinet, ou encore l'eau d'une borne fontaine public, puits-citerne ou forage, puits protégés, ou de l'eau de pluies, et l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible à moins de 500 mètre de la structure.

<sup>3</sup> Une salle privée ou un endroit avec paravent disponible dans le service général de consultation externe qui est à une distance suffisante des autres clients de sorte qu'une conversation normale pourrait avoir lieu sans que le client ne soit vu ou ni entendu par d'autres.

<sup>4</sup> La structure a une toilette fonctionnelle avec chasse d'eau / chasse manuelle, une fosse/latrine améliorée auto-aérée avec ou sans dalle, ou une toilette à compostage.

<sup>5</sup> La structure a un téléphone fixe fonctionnel, un téléphone portable de la structure fonctionnel, un téléphone portable personnel fonctionnel pris en charge par la structure ou un émetteur-radio à courtes ondes disponible dans la structure.

<sup>6</sup> La structure a un ordinateur fonctionnel avec accès à l'internet qui n'est pas interrompu pendant plus de deux heures à la fois pendant les heures normales de travail, ou la structure a l'accès à l'internet par un téléphone portable dans la structure.

<sup>7</sup> La structure a une ambulance fonctionnelle ou un autre véhicule pour le transport d'urgence qui est stationné à la structure et a du carburant disponible le jour de l'enquête, ou la structure a accès à une ambulance ou un autre véhicule qui est stationné dans une autre structure ou qui part d'une autre structure pour le transport d'urgence des patients.

### 3.3 Équipements standard pour le contrôle des infections nosocomiales

Les infections nosocomiales compliquent très souvent la prestation des services de santé dans toutes les structures, d'où la nécessité d'appliquer des mesures strictes de contrôle pour prévenir leur propagation. L'ECPSS 2014 a permis d'évaluer la disponibilité d'équipements de stérilisation, d'élimination finale des déchets piquants, coupants ou tranchants, la disponibilité de savon et d'eau courante, de lave-main, de gants en latex, de masque et de blouses mais aussi et surtout des normes et protocoles pour les mesures de précaution de base.

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 présentent la disponibilité des éléments de base pour le contrôle des infections, selon le type de structure, l'autorité de gestion, et la région.

La gestion des déchets biomédicaux dans les structures sanitaires est généralement bonne et s'améliore davantage. En effet, l'enquête montre que (94 %) des structures, quelle que soit leur caractéristique, sont capables de procéder à l'élimination finale et en toute sécurité, des déchets piquants/coupants/tranchants (contre 80 % objectivés par l'ECPSS 2012-2013), 67 % sont aptes à l'élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux, alors que 85 % sont en mesure d'assurer le

stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants et que seulement 36 % sont en mesure d'assurer le stockage des déchets infectieux.

Tableau 3.3.1 Eléments de base pour le contrôle des infections par type de structure et autorité de gestion

Pourcentage des structures disposant des équipements de stérilisation quelque part dans la structure et d'autres éléments de base pour le contrôle des infections disponibles dans le lieu principal de consultation externe de la structure le jour de l'enquête, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2014

Eléments	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
Équipement de stérilisation <sup>1</sup>	50	7	4	5	10	6	NA
Équipement pour la désinfection à haut niveau <sup>2</sup>	97	90	89	91	83	90	NA
Élimination finale en toute sécurité des déchets piquants/coupants/tranchants <sup>3</sup>	89	83	95	94	91	94	47
Élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux <sup>4</sup>	77	69	67	66	74	67	50
Stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants <sup>5</sup>	77	77	86	88	72	85	68
Stockage approprié des déchets infectieux <sup>6</sup>	37	17	38	36	38	36	40
Désinfectant/Antiseptique <sup>7</sup>	87	82	90	90	86	90	85
Seringues et aiguilles <sup>8</sup>	73	64	73	73	71	72	NA
Savon	92	79	88	88	88	88	80
Eau courante <sup>9</sup>	92	81	88	88	88	88	65
Savon et eau courante	92	77	86	85	88	85	57
Lave-main à base d'alcool	78	53	70	66	81	69	32
Savon et eau courante ou lave-mains à base d'alcool	92	90	95	95	94	95	70
Gants en latex <sup>10</sup>	92	87	96	95	96	96	77
Masques	66	33	30	27	53	32	NA
Blouses	89	93	95	94	97	95	NA
Protège-yeux	14	3	8	7	13	8	NA
Normes et protocoles pour les mesures de précautions de base <sup>11</sup>	32	38	58	58	40	55	39
Effectif des structures	15	29	319	295	68	363	89

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « précautions standard » pour l'évaluation du niveau de préparation général des services, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et la structure dispose d'un stérilisateur électrique à chaleur sèche fonctionnel, un autoclave électrique fonctionnel, ou un autoclave non-électrique avec une source de chaleur fonctionnel disponible n'importe où dans la structure.

<sup>2</sup> La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et la structure dispose d'une bouilloire électrique fonctionnelle ou autre casserole avec une source de chaleur pour la désinfection à haut niveau par ébullition ou la désinfection à haut niveau à la vapeur, ou encore la structure a le chlore, le formaldéhyde ou le glutaraldéhyde pour la désinfection à haut niveau chimique disponible quelque part dans la structure le jour de l'enquête.

<sup>3</sup> Le processus d'élimination des déchets piquants/coupants/tranchants est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets piquants/coupants/tranchants au moyen de feux à ciel ouvert dans un endroit protégé, le dépôt sur décharge sans combustion dans un endroit protégé, ou l'élimination hors de la structure avec stockage dans un environnement protégé avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>4</sup> Le processus d'élimination des déchets infectieux est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets infectieux au moyen de feux à ciel ouvert dans un endroit protégé, le dépôt sur décharge sans combustion dans un endroit protégé, ou l'élimination hors de la structure avec stockage dans un environnement protégé avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>5</sup> La boîte pour objets tranchants (boîte de sécurité) est observée dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit où la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>6</sup> Les poubelles sont observées dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit où la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>7</sup> Désinfectant à base de chlore ou à base d'autres produits spécifiques au pays utilisé pour la désinfection de l'environnement, disponible dans le service principal de consultation externe.

<sup>8</sup> Seringues jetables à usage unique avec aiguilles ou seringues autobloquantes avec aiguilles disponible à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>9</sup> Robinet, l'eau dans un seau avec robinet, ou un pichet disponible à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>10</sup> Les gants équivalents pas en latex sont acceptables.

<sup>11</sup> N'importe quels normes et protocoles sur le contrôle des infections dans la structure disponible à l'endroit principal de consultation externe.

Tableau 3.3.2. Eléments de base pour le contrôle des infections par région

Pourcentage des structures disposant des équipements de stérilisation quelque part dans la structure et d'autres éléments de base pour le contrôle des infections disponibles dans le lieu principal de consultation externe de la structure le jour de l'enquête par région, Sénégal ECPSS 2014

Eléments	Région													Total	
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès		Ziguinchor
Équipement de stérilisation <sup>1</sup>	13	3	21	2	6	0	0	2	0	2	11	4	8	0	6
Équipement pour la désinfection à haut niveau <sup>2</sup>	78	100	100	77	90	94	75	100	100	95	100	100	82	94	90
Élimination finale en toute sécurité des déchets	96	95	92	95	94	100	99	94	90	100	87	97	83	95	94
Élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux <sup>4</sup>	70	84	55	56	53	64	60	66	61	72	60	83	63	76	67
Stockage approprié des déchets piquants/coupants/tranchants <sup>5</sup>	77	47	98	92	100	94	94	76	90	80	100	94	86	95	85
Stockage approprié des déchets infectieux <sup>6</sup>	31	26	22	53	59	62	32	52	60	42	75	17	23	26	36
Désinfectant/Antiseptique <sup>7</sup>	83	88	100	73	67	78	90	80	97	96	100	94	98	100	90
Seringues et aiguilles <sup>8</sup>	73	52	100	63	61	78	69	52	50	40	100	98	76	100	72
Savon	87	79	100	92	87	89	100	82	57	73	100	100	89	100	88
Eau courante <sup>9</sup>	84	84	100	92	94	89	100	82	57	78	94	100	89	94	88
Savon et eau courante	82	79	100	92	87	89	100	82	50	68	94	100	86	94	85
Lave-main à base d'alcool	68	66	62	87	77	74	81	78	66	64	91	18	84	65	69
Savon et eau courante ou lave-mains à base d'alcool	89	95	100	92	94	89	100	98	86	89	100	100	99	98	95
Gants en latex <sup>10</sup>	95	87	100	92	94	94	90	98	100	92	100	100	96	100	96
Masques	43	44	76	11	14	27	0	8	14	12	33	41	39	32	32
Blouses	97	62	100	100	100	100	100	98	86	94	100	100	94	100	95
Protège-yeux	10	0	33	2	2	0	0	0	7	0	28	22	6	2	8
Normes et protocoles pour les mesures de précautions de base <sup>11</sup>	44	29	97	59	47	43	50	44	50	54	95	72	57	60	55
Effectif des structures	69	25	23	14	23	9	17	23	17	29	12	25	48	30	363

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « précautions standard » pour l'évaluation du niveau de préparation général des services, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et la structure dispose d'un stérilisateur électrique à chaleur sèche fonctionnel, un autoclave électrique fonctionnel, ou un autoclave non-électrique avec une source de chaleur fonctionnel disponible n'importe où dans la structure.

<sup>2</sup> La structure déclare que certains instruments sont traités dans la structure et la structure dispose d'une bouilloire électrique fonctionnelle ou autre casserole avec une source de chaleur pour la désinfection à haut niveau par ébullition ou la désinfection à haut niveau à la vapeur, ou encore la structure a le glutaraldéhyde pour la désinfection à haut niveau chimique disponible quelque part dans la structure le jour de l'enquête.

<sup>3</sup> Le processus d'élimination des déchets piquants/coupants/tranchants est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets piquants/coupants/tranchants au moyen de feux à ciel ouvert dans un endroit protégé, le dépôt sur décharge sans combustion dans un endroit protégé, ou l'élimination hors de la structure avec stockage dans un environnement protégé avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>4</sup> Le processus d'élimination des déchets infectieux est l'incinération et la structure a un incinérateur fonctionnel avec du carburant le jour de l'enquête, ou encore la structure élimine les déchets infectieux au moyen de feux à ciel ouvert dans un endroit protégé, le dépôt sur décharge sans combustion dans un endroit protégé, ou l'élimination hors de la structure avec stockage avant l'enlèvement hors de la structure.

<sup>5</sup> La boîte pour objets tranchants (boîte de sécurité) est observée dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit ou la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>6</sup> Les poubelles sont observées dans le service principal de consultation externe, à l'endroit où le dépistage du VIH se fait si la structure fait le dépistage du VIH, ainsi qu'à l'endroit où la chirurgie mineure se fait, si la structure fait des chirurgies mineures.

<sup>7</sup> Désinfectant à base de chlore ou à base d'autres produits spécifiques au pays utilisé pour la désinfection de l'environnement, disponible dans le service principal de consultation externe.

<sup>8</sup> Seringues jetables à usage unique avec aiguilles ou seringues autobloquantes avec aiguilles disponibles à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>9</sup> Robinet, l'eau dans un seau avec robinet, ou un pichet disponible à l'endroit principal de consultation externe.

<sup>10</sup> Les gants équivalents pas en latex sont acceptables.

<sup>11</sup> N'importe quels normes et protocoles sur le contrôle des infections dans la structure disponible à l'endroit principal de consultation externe.

S'agissant des équipements de stérilisation, on note que seulement (6 %) des structures en disposent ; il s'agit généralement des hôpitaux (50 %). L'enquête a aussi permis d'évaluer la présence de savon et la disponibilité d'eau courante pour se laver les mains, de gants en latex, de masque et protège-yeux (protection oculaire), de normes et protocoles pour les mesures de précaution de base. Il convient également de noter qu'au moment de l'enquête, 95 % des structures disposent d'eau courante et de savon ou lave-main à base d'alcool et seulement (8 %) de protège-yeux contrairement à la première année avec respectivement 90 % et 4 %.

En ce qui concerne les régions, l'élimination finale en toute sécurité des déchets infectieux était beaucoup plus assuré dans les régions de Diourbel (84 %), Tambacounda (83 %), Ziguinchor (76 %), Saint Louis (72 %) et Dakar (70 %) que dans les autres régions du pays. Par contre le stockage approprié des déchets infectieux est meilleurs dans Sédhiou (75 %), Kédougou (62 %), Matam (60 %), Kalolack (59 %), Kaffrine (53 %) et Louga (52 %).

### **3.4 Capacité de diagnostic des laboratoires**

L'aide au diagnostic est dans beaucoup de situations une étape déterminante pour une prise en charge correcte des patients.

Les tableaux 3.4.1 et 3.4.2 présentent la capacité de diagnostic des laboratoires en ce qui concerne les tests de base et de diagnostic avancé, de même que la disponibilité des équipements d'imagerie diagnostique, selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région.

L'ECPSS 2014 a permis de révéler une excellente capacité des structures sanitaires publiques comme privées à effectuer les tests de diagnostic de laboratoire de base et avancés. En effet, on note que les structures sont généralement capables de faire les tests pour le diagnostic du paludisme et du VIH (respectivement 94 % et 89 % au niveau national contre 83 et 82 % la première année), de même que la glycémie (65 % contre 17 % la première année). Par contre, (4 %) seulement disposent d'appareil de radiographie. À noter que la plupart des moyens de diagnostic ne sont généralement disponibles que dans les hôpitaux ; les équipements d'imagerie diagnostique en général étaient disponibles dans un peu plus d'un hôpital sur trois la première année ; par contre cette année un peu plus d'un hôpital sur deux dispose d'une machine/système à ultrason, un hôpital sur quatre dispose d'un appareil de radiographie et seulement 8 % des hôpitaux disposent d'un CT scan. Il faut aussi noter que le TDR du paludisme était disponible dans plus des trois quarts des cases de santé visitées (78 % contre 53 % la première année).

Tableau 3.4.1 Capacité de diagnostic des laboratoires par type de structure et autorité de gestion

Parmi toutes les structures, pourcentage des structures ayant la capacité d'effectuer les tests de diagnostic de laboratoire de base et avancés dans la structure, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2014

Tests de laboratoire	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
<b>Tests de base</b>							
Hémoglobine	69	55	5	10	18	11	NA
Glycémie	30	70	66	68	51	65	NA
Test de diagnostic du paludisme	90	98	93	98	74	94	78
Protéinurie	70	57	50	53	43	51	NA
Glycosurie	70	60	49	52	45	51	NA
Test de diagnostic du VIH	85	81	90	93	71	89	NA
Collection de tache de sang séché	23	43	2	7	2	6	NA
Microscopie de la TB	25	48	3	7	9	8	NA
Test de diagnostic rapide de la syphilis	28	10	2	3	7	4	NA
Microscopie générale	63	71	8	13	25	15	NA
Test de grossesse urinaire	59	67	58	62	45	59	NA
Test de la fonction hépatique ou rénale (ALT ou Créatinine)	62	52	3	8	15	10	NA
<b>Tests diagnostiques avancés</b>							
Électrolytes sériques	62	53	2	8	12	9	NA
Numération formule sanguine complète avec différentiels	62	53	2	8	12	9	NA
Groupage sanguin et compatibilité	27	17	1	3	3	3	NA
Comptage de CD4	25	19	0	3	0	3	NA
Sérologie de la syphilis	3	2	0	0	0	0	NA
Coloration de Gram	56	48	3	7	14	9	NA
Microscopie des selles	53	57	5	10	20	11	NA
LCR <sup>1</sup> /Numération du fluide corporel	64	60	5	10	21	12	NA
<b>Équipement pour l'imagerie diagnostique</b>							
Appareil de radiographie	41	20	1	3	10	4	NA
Machine/Système à ultrason	53	32	3	5	17	8	NA
CT Scan	8	3	0	0	3	1	NA
<b>Effectif des structures</b>	<b>15</b>	<b>29</b>	<b>319</b>	<b>295</b>	<b>68</b>	<b>363</b>	<b>89</b>

Note : Les indicateurs de test de base présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « diagnostic » pour évaluer le niveau de préparation des services généraux au sein des structures de santé selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> LCR = liquide céphalo-rachidien.



### 3.5 Répartition du personnel dans les établissements enquêtés

Normalement, chaque structure de santé devrait disposer d'un nombre minimum de prestataires en poste, en fonction du niveau de complexité des services offerts. Le tableau 3.5 présente le nombre médian de prestataires engagés par ou affectés à la structure selon le type de prestataire et le type de structure.

L'ECPSS 2014 a montré que ce sont les hôpitaux et les centres de santé qui disposent du personnel le plus nombreux, le plus varié et le plus qualifié. Les prestataires du type 1, regroupant les médecins généralistes, les spécialistes et les chirurgiens, et ceux du type 3, regroupant les techniciens supérieurs, se retrouvent spécifiquement au niveau des hôpitaux et des centres de santé. Les prestataires du type 4 qui regroupent les infirmiers, et les sages-femmes se retrouvent dans toutes les structures sauf au niveau des cases de santé. Le personnel communautaire, représentant le type 6 et regroupant tous les Agents de Santé Communautaire (ASC) se retrouve généralement dans les centres, postes et cases de santé.

Le nombre median du personnel est presque identique durant ces deux années d'enquête à l'exception des prestataires de type 1, au niveaux des hôpitaux dont le nombre median est le double cette année.

Tableau 3.5 Configuration de personnel dans les structures interviewées

Nombre médian<sup>1</sup> des prestataires, engagés par, ou affectés à la structure, selon le type de prestataire et le type de structure, Sénégal ECPSS 2014

Type de structure	Nombre médian de prestataires affectés à/ employés par/détachés auprès de la structure				Effectif des structures
	Prestataire type 1 - médecin gen/chir/spec	Prestataire type 3 - technicien supérieur	Prestataire type 4 - infirmier(e)/sage femme	Prestataire type 6 - matrone/relais/ASC	
Hôpital	4	5	16	6	15
Centre de santé	2	3	10	9	29
Poste de santé	-	-	2	6	319
Total	-	-	2	6	363
Case de santé	NA	NA	NA	3	89

NA = Non applicable

- = Nombre médian est inférieur à un

<sup>1</sup> Chiffres fournis par le responsable de la structure

### 3.6 Les services de santé de l'enfant

Le Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, a consenti des efforts importants pour réduire la mortalité infanto juvénile. Au regard du niveau des indicateurs de l'EDS Continue de 2012-2013, l'état de santé des enfants reste toujours préoccupant, particulièrement celui des nouveau-nés malgré une amélioration progressive. L'ECPSS 2014 a permis d'évaluer :

- la disponibilité des services de santé infantile ;
- la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile : soins curatifs infantiles et suivi de la croissance ;
- la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile : service de vaccination ;
- la disponibilité des vaccins.

#### *Disponibilité des services de santé infantile*

Le tableau 3.6 décrit la disponibilité des services de santé infantile : les soins curatifs infantiles, le suivi de la croissance et la vaccination infantile selon le type de structures, l'autorité de gestion et la région.

Près de neuf structures publiques sur dix offrent les trois services de santé infantile (87 %) contre seulement un peu plus de quatre sur dix dans le privé (44 %). Les postes de santé sont les structures qui offrent dans une plus grande proportion les trois services avec 84 % contre 60 % pour les centres de santé et 16 % pour les hôpitaux. Les hôpitaux sont des structures de référence où le service infantile le plus offert correspond aux soins curatifs (83 %). Par contre, pour la vaccination, les postes de santé sont plus performants que toutes les autres structures avec 87 % de disponibilité. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans la première année.

La disponibilité des services de soins curatifs et de suivi de la promotion de la croissance est meilleure dans les structures de proximité que sont les cases de santé et les postes ce qui constitue un atout pour la population du fait de leur accessibilité géographique et socioculturelle. Malgré le fait que 96 % des cases de santé proposent les services de soins curatifs et 90 % ceux de suivi de la promotion de la croissance, la vaccination n'est offerte que dans 57 % des cases en stratégie avancée (45 % la première année).

Tableau 3.6 Disponibilité des services de santé infantile

Parmi toutes les structures, pourcentages offrant des services de santé infantile spécifiques dans la structure, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant :					Effectif des structures
	Soins curatifs infantiles	Suivi de la croissance	Vaccination infantile <sup>1</sup>	Tous les 3 services de santé infantile de base	Supplémentation de routine en vitamine A	
<b>Type de structure</b>						
Hôpital	83	40	28	16	46	15
Centre de santé	99	63	73	60	66	29
Poste de santé	97	88	87	84	86	319
<b>Autorité de gestion</b>						
Publique	99	90	91	87	90	295
Privé	84	57	50	44	55	68
<b>Région</b>						
Dakar	86	55	61	47	53	69
Diourbel	100	98	89	89	98	25
Fatick	100	88	99	88	99	23
Kaffrine	100	100	100	100	100	14
Kaolack	98	90	92	86	94	23
Kédougou	100	90	90	90	90	9
Kolda	91	66	71	66	68	17
Louga	100	98	86	86	100	23
Matam	100	100	99	99	93	17
Saint Louis	100	100	93	93	94	29
Sédhiou	100	87	87	87	91	12
Tambacounda	100	80	80	80	83	25
Thiès	96	92	86	85	85	48
Ziguinchor	100	86	87	81	82	30
Total	96	84	84	79	83	363
Case de santé	96	90	57	50	64	89

<sup>1</sup> L'offre routinière des vaccins de DTC/Pentavalent, polio et le vaccin contre la rougeole dans la structure

En ce qui concerne la supplémentation de routine de la vitamine A, les postes de santé sont les structures qui offrent le plus fréquemment ce service avec 86 %, suivi des centres de santé avec 66 % et des cases de santé avec 64 %.

Par ailleurs, on note une bonne répartition de tous les services de santé infantile de base sur l'ensemble du territoire national allant de 66 % à Kolda à 100 % dans la région de Kaffrine, Dakar fait exception où moins d'une structure sur deux les offre. Au niveau national, la disponibilité des 3 services infantiles de base se situe à 79 % pour l'ensemble des structures.

Le tableau 3.7 présente la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - soins curatifs infantiles et suivi de la croissance en fonction du type de structure, de l'autorité de gestion et de la région.

Généralement, toutes les structures offrant des soins curatifs infantiles le font à une fréquence de 5 jours ou plus par semaine (99 %), surtout au niveau des postes de santé et centres de santé et ceci dans toutes les régions. Le plus faible pourcentage étant noté à Dakar avec 95 %.

Par contre, pour le suivi de la croissance, seul un peu plus d'un poste de santé sur deux assure le suivi de la croissance à cette fréquence parmi les structures qui offrent ce service (57 %), et très peu de cases de santé offrent ce service : 18 % le font 5 jours ou plus par semaine.

Tableau 3.7 Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile - soins curatifs infantiles et suivi de la croissance

Parmi toutes les structures offrant les soins curatifs infantiles et le suivi de la croissance, pourcentages des structures offrant ce service dans la structure et à une fréquence spécifique, selon certaines caractéristiques. Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Soins curatifs infantiles				Suivi de la croissance			
	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine	Effectif des structures	1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine	Effectif des structures
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	8	4	88	12	6	0	90	6
Centre de santé	0	2	98	29	15	0	75	18
Poste de santé	0	0	100	308	15	1	57	280
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	0	0	100	292	14	1	58	266
Privé	4	1	95	58	22	0	60	39
<b>Région</b>								
Dakar	4	1	95	59	17	0	76	38
Diourbel	0	0	100	25	12	11	78	24
Fatick	0	0	100	23	36	0	24	20
Kaffrine	0	0	100	14	19	0	42	14
Kaolack	0	0	100	23	20	0	59	21
Kédougou	0	0	100	9	28	0	29	8
Kolda	0	0	100	15	19	0	19	11
Louga	0	0	100	23	19	0	63	22
Matam	0	0	100	17	0	0	100	17
Saint Louis	0	0	100	29	0	0	100	29
Sédhiou	0	0	100	12	26	6	13	10
Tambacounda	0	0	100	25	28	0	44	20
Thiès	0	0	100	46	7	0	70	44
Ziguinchor	0	2	98	30	6	0	5	26
Total	1	0	99	350	15	1	58	305
Case de santé	3	0	95	86	14	0	18	80

<sup>1</sup> Certaines structures n'offrent le service que moins d'un jour par semaine, ce qui explique que la somme de pourcentage n'atteint pas toujours 100 %.

Ziguinchor se retrouve encore cette année comme étant la région où le suivi de la croissance est le plus rarement disponible 5 jours sur 7 avec 5 %. A Sédhiou (13 %) et Kolda (19 %) les valeurs sont aussi basses.

### Fréquence de la disponibilité des services de santé infantile : service de vaccination

Le tableau 3.8 montre la fréquence de la disponibilité des services de santé infantile/services de vaccination et fournit les proportions de structures qui offrent des services de vaccination de routine aux enfants.

Globalement, même si les services de vaccination de routine sont disponibles dans l'ensemble des structures, ils sont rarement offerts cinq jours et plus dans la semaine.

Alors que les vaccins réutilisables (polio et DTC/PENTA) sont administrés pratiquement tous les jours ouvrables de la semaine dans un peu plus d'une structure sur trois (37 %), ceux contre la rougeole, la tuberculose et la fièvre jaune le sont dans deux structures sur dix (2 %) parmi toutes les structures offrant les services de routine de vaccination infantile (vaccins jetés six heures après ouverture des flacons).



## Disponibilité des vaccins

Le tableau 3.9 décrit la disponibilité des vaccins selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région. Cette disponibilité n'a été évaluée que dans les structures qui stockent des vaccins.

Parmi les structures qui offrent les services de vaccination infantile et stockent des vaccins en routine, La disponibilité des vaccins s'est améliorée et la moyenne nationale est de 87 % contre 71 % en 2012-2013 et il n'y a pas de grandes disparités entre les régions. En effet toutes les régions ont des disponibilités supérieures à 65 %. Huit régions sur 14 sont au-dessus de la moyenne contre 6 en 2012-2013. Les régions de Tambacounda (67 %), Matam (69 %) et Kaffrine (73 %) ont les taux les plus faibles et cette disponibilité est meilleure au niveau des hôpitaux et centre de santé (100 % et 94 %). Elle est de 86 % au niveau des postes de santé contre 69 % en 2012-2013.

Tableau 3.9 Disponibilité des vaccins

Parmi les structures qui offrent les services de vaccination infantile et stockent les vaccins de façon routinière dans la structure, pourcentages ayant des vaccins indiqués et non périmés observés le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant des services de vaccination infantile et stockant les vaccins où les vaccins suivants ont été observés								Effectif des structures offrant des services de vaccination infantile et stockant les vaccins
	Pentavalent <sup>1</sup>	Vaccin oral de la polio	Vaccin de la rougeole	Tous les vaccins infantiles de routine <sup>2</sup>	Vaccin BCG	Tous les vaccins infantiles de routine+ BCG <sup>3</sup>	Vaccin fièvre jaune	Tous les vaccins infantiles de base <sup>4</sup>	
<b>Type de structure</b>									
Hôpital	100	100	100	100	100	100	100	100	3
Centre de santé	100	100	100	100	94	94	100	94	21
Poste de santé	97	95	97	92	92	86	96	85	255
<b>Autorité de gestion</b>									
Publique	98	95	96	92	92	86	96	85	251
Privé	97	100	100	97	94	94	100	94	28
<b>Région</b>									
Dakar	100	100	100	100	93	93	100	93	41
Diourbel	100	94	100	94	100	94	100	94	21
Fatick	100	94	100	94	100	94	100	94	23
Kaffrine	89	89	95	84	84	73	100	73	12
Kaolack	100	100	92	92	100	92	92	92	17
Kédougou	100	100	100	100	87	87	94	87	7
Kolda	100	91	100	91	91	91	82	82	12
Louga	92	100	100	92	100	92	92	92	17
Matam	100	84	84	69	92	69	100	69	16
Saint Louis	100	100	100	100	95	95	95	90	27
Sédhiou	100	100	100	100	100	100	100	100	10
Tambacounda	84	84	84	84	67	67	84	67	17
Thiès	100	92	100	92	92	85	100	85	36
Ziguinchor	96	100	94	90	78	78	100	78	25
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>95</b>	<b>97</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>87</b>	<b>97</b>	<b>86</b>	<b>279</b>

Note Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation à fournir des services de vaccination infantile de routine au sein de la structure de santé selon la méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012).

<sup>1</sup> Pentavalent = DTC + hépatite B + hémophilus influenza B

<sup>2</sup> Au moins un flacon ou une ampoule non périmé de chacun des vaccins DTC/Pentavalent, vaccin oral contre la polio et vaccin contre la rougeole.

<sup>3</sup> Au moins un flacon ou une ampoule non périmé de chacun des vaccins DTC/Pentavalent, vaccin oral contre la polio, vaccin contre la rougeole et vaccin du BCG et avec diluants disponibles.

<sup>4</sup> Au moins un flacon ou une ampoule non périmé de chacun des vaccins DTC/Pentavalent, vaccin oral contre la polio, vaccin contre la rougeole, vaccin BCG avec diluants disponibles et vaccin contre la fièvre jaune.

## 3.7 La planification familiale

Au cours de l'ECPSS 2014, des données ont été collectées sur la disponibilité des services de planification familiale et les normes et protocoles liés aux services offerts, de même que sur la gestion et les composantes techniques qui garantissent des services de bonne qualité et le respect par les prestataires des directives et des normes et protocoles pour la prestation des services de PF.

## Disponibilité des services de PF selon les caractéristiques de base

Une structure qui offre une gamme étendue de méthodes de planification sera davantage en mesure de répondre aux besoins des utilisatrices.

Le tableau 3.10 présente la disponibilité des services de planification familiale.

Tableau 3.10 Disponibilité des services de planification familiale

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant des méthodes temporaires de planification familiale (PF), stérilisation masculine ou féminine, et pourcentage offrant n'importe quelle méthode de PF, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Méthodes temporaires de planification familiale (PF)						Effectif des structures
	Pourcentage des structures offrant une méthode moderne de PF <sup>1</sup>	Pourcentage des structures offrant des conseils sur l'abstinence périodique/méthode du rythme	Pourcentage des structures offrant une méthode temporaire de PF <sup>2</sup>	Pourcentage offrant la stérilisation masculine ou féminine <sup>3</sup>	Pourcentage santé offrant une méthode moderne de PF <sup>4</sup>	Pourcentage offrant de la PF <sup>5</sup>	
<b>Type de structure</b>							
Hôpital	73	50	73	53	73	73	15
Centre de santé	84	63	84	49	84	84	29
Poste de santé	88	70	88	49	88	88	319
<b>Autorité de gestion</b>							
Publique	94	76	94	53	94	94	295
Privé	57	39	57	29	57	57	68
<b>Région</b>							
Dakar	82	63	82	53	82	82	69
Diourbel	100	95	100	73	100	100	25
Fatick	99	82	99	51	99	99	23
Kaffrine	92	56	92	28	92	92	14
Kaolack	83	50	83	31	83	83	23
Kédougou	85	58	85	33	85	85	9
Kolda	79	27	79	21	79	79	17
Louga	90	78	90	56	90	90	23
Matam	100	97	100	69	100	100	17
Saint Louis	95	90	95	48	95	95	29
Sédhiou	97	80	97	32	97	97	12
Tambacounda	86	79	86	63	86	86	25
Thiès	80	55	80	46	80	80	48
Ziguinchor	75	63	75	44	75	75	30
Total	87	69	87	49	87	87	363
Case de santé	64	48	66	NA	64	66	89

NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure fourni, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes : pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositif intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes ou autres méthodes modernes telles que le diaphragme ou spermicides.

<sup>2</sup> La structure fourni, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes : pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositifs intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes, la stérilisation féminine (ligature des trompes) ou la stérilisation masculine (vasectomie).

<sup>3</sup> Les prestataires performant la stérilisation masculine ou féminine dans la structure, ou conseillent les clients sur la stérilisation masculine ou féminine.

<sup>4</sup> La structure fourni, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes : pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositif intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes, la stérilisation féminine (ligature des trompes) ou la stérilisation masculine (vasectomie).

<sup>5</sup> La structure fourni, prescrit ou conseille les clients sur l'une des méthodes suivantes : pilules contraceptives (combinées ou progestatives seulement), injections (combinées ou progestatives seulement), implants, dispositif intra utérin (DIU), condom masculin, condom féminin, Collier du cycle pour la méthode des jours fixes, la stérilisation féminine (ligature des trompes) ou la stérilisation masculine (vasectomie) ou conseille sur l'abstinence périodique/rythme.

Plus de trois quarts des structures de santé (87 %) offrent certaines méthodes temporaires, y compris la Méthode des Jours Fixes (MJF) ou une méthode moderne quelconque de PF. Il est plus fréquent de trouver des méthodes temporaires dans les centres et postes de santé (respectivement 84 % et 88 %) que dans les hôpitaux (73 %). De même, les structures publiques (94 %) offrent plus fréquemment ces méthodes temporaires que les structures privées (57 %). Par ailleurs, la disponibilité de la stérilisation masculine (la vasectomie) ou féminine (la ligature des trompes) est présente dans toutes les régions mais reste faible dans les régions de Kolda (21 %), Kaffrine (28 %), Kaolack (31 %), Sédhiou (32 %), et Kédougou (33 %) avec une nette amélioration par rapport à la première année. Les résultats montrent aussi que par rapport au pourcentage des structures offrant une méthode moderne de PF, les structures publiques offrent beaucoup plus de méthodes modernes de PF que le secteur privé. Ils représentent respectivement 94 % pour le public

et 57 % pour le privé. Ce qui signifie que l'accent doit aussi être mis sur les structures privées qui peuvent constituer des potentialités pour le recrutement de nouvelles clientes PF. Il convient de signaler une amélioration considérable de la disponibilité de service de PF au niveau de la case de santé, aussi bien pour les méthodes temporaires que pour les méthodes modernes.

### *Structures de santé fournissant, prescrivant ou conseillant les clients sur une méthode quelconque de PF*

On attend des prestataires de méthodes de PF qu'ils communiquent à leurs clients certaines informations de base, notamment celles concernant l'utilisation de la méthode, les changements possibles, et les effets secondaires éventuels et mesures à prendre quand surviennent des problèmes liés à la méthode.

Les tableaux 3.11.1 et 3.11.2 présentent, pour les structures offrant un service quelconque de planification familiale, le pourcentage de celles qui fournissent, prescrivent ou conseillent les clients sur une méthode quelconque de PF, selon le type de structure, l'autorité de gestion, et selon la région.

On constate que dans pratiquement toutes les structures offrant un service quelconque de PF, les pilules contraceptives orales combinées (97 %), les pilules orales progestatives seulement (97 %) et les injectables progestatifs seuls (95 %) sont de loin les plus fournies, prescrites ou conseillées aux patients. La ligature des trompes l'est dans une structure sur deux (56 %) et la vasectomie ne l'est que dans une de ces structures sur cinq (19 %). Ce tableau aussi montre une bonne disponibilité des pilules contraceptives orales combinées au niveau des cases (96 %) et la présence d'au moins 2 méthodes modernes temporaires (97 %) en milieu communautaire.

**Tableau 3.11.1 Méthodes de planification familiale offerte par type de structure et autorité de gestion**

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit, prescrit ou conseille les clients sur une méthode quelconque de planification familiale, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2014

Méthode fournies, prescrites ou conseillées	Type de structure			Autorité de gestion			Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé	Total	
Pilule contraceptive orale combinée	86	100	98	99	83	97	96
Pilule orale progestative seulement	86	100	98	99	83	97	87
Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois)	83	94	96	97	83	95	63
Injectable combinée	13	22	8	10	3	9	8
Condom masculin	68	81	94	95	67	92	89
Condom féminin	46	75	75	76	56	74	58
Dispositif intra-utérin (DIU)	88	100	93	96	77	93	NA
Implant	88	100	95	97	80	95	NA
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	86	94	90	91	84	91	88
Ligature des trompes	72	59	55	56	50	56	NA
Vasectomie	22	14	20	19	22	19	NA
Au moins 2 méthodes modernes temporaires <sup>1</sup>	95	100	99	100	89	99	97
Au moins 4 méthodes modernes temporaires <sup>1</sup>	91	100	98	100	84	98	82
Contraception d'urgence	80	91	86	86	83	86	NA
L'abstinence périodique/ Rythme	69	76	80	81	69	79	73
<b>Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>280</b>	<b>277</b>	<b>39</b>	<b>316</b>	<b>59</b>

NA = Non applicable

<sup>1</sup> N'importe quelle méthode autre que la stérilisation masculine ou féminine.

Par ailleurs, on constate une diminution importante de l'injectable combinée à tous les niveaux, par type de structure, par autorité de gestion, par régions.

Tableau 3.1.1.2. Méthodes de planification familiale offerte par région

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit, prescrit ou conseille les clients sur une méthode quelconque de planification familiale, selon la région, Sénégal ECPSS 2014

Méthode fournies, prescrites ou conseillées	Région														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kafrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint-Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	
Pilule contraceptive orale combinée	98	92	91	100	100	100	98	100	100	99	100	100	99	93	97
Pilule orale progestative seulement	98	92	91	100	100	93	98	100	100	99	100	93	99	100	97
Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois)	94	74	91	100	100	100	98	100	100	99	100	100	94	100	95
Injectable combinée	28	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	9
Condom masculin	89	92	77	98	98	88	73	100	100	100	88	91	91	98	92
Condom féminin	74	92	55	93	90	73	54	100	78	100	42	18	80	59	74
Dispositif intra-utérin (DIU)	93	92	85	95	92	87	88	100	100	99	100	88	99	87	93
Implant	93	92	91	95	92	93	88	100	100	99	100	93	99	93	95
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	90	95	94	90	92	81	72	100	86	100	100	67	99	83	91
Ligature des trompes	64	73	51	31	38	39	26	62	69	51	33	74	54	59	56
Vasectomie	18	33	0	31	38	39	26	16	43	32	0	0	17	0	19
Au moins 2 méthodes modernes temporaires <sup>1</sup>	100	94	91	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100	99
Au moins 4 méthodes modernes temporaires <sup>1</sup>	100	92	91	100	100	100	88	100	100	100	100	100	99	100	98
Contraception d'urgence	84	92	77	98	100	80	66	100	78	95	94	65	92	72	86
L'abstinence périodique/ Rythme	76	95	83	62	60	68	34	87	97	95	83	92	69	85	79
Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale	57	25	23	13	19	7	13	21	17	27	12	21	38	22	316

<sup>1</sup> N'importe quelle méthode autre que la stérilisation masculine ou féminine.

## Structures de santé fournissant une méthode spécifique de PF aux clients

Les tableaux 3.12.1 et 3.12.2 présentent, pour les structures offrant un service quelconque de planification familiale, les pourcentages de celles qui fournissent une méthode moderne spécifique, respectivement selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

Les trois-quarts des structures offrant un service quelconque de PF (72 %) fournissent au moins deux méthodes temporaires modernes et seulement 2 % proposent la ligature.

Cependant, parmi les cases de santé qui offrent un service quelconque de PF l'Offre Initiale de Pilule (OIP) est une réalité dans plus de six cases sur dix (66 % pour la pilule contraceptive orale combinée et 63 % pour les pilules orales progestatives seules).

Il faut aussi noter encore cette année la non disponibilité de certaines méthodes spécifiques dans les régions de Ziguinchor, Sédhiou, Fatick, et Tambacounda.

**Tableau 3.12.1 Méthodes de planification familiale fournies<sup>1</sup> par type de structure et autorité de gestion dans les structures offrant des services de planification familiale**

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit aux clients une méthode moderne spécifique de planification familiale, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2014

Méthodes fournies, prescrites ou conseillées	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
Pilule contraceptive orale combinée	31	49	59	62	22	57	66
Pilule orale progestative seulement	31	49	58	61	22	56	63
Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois)	31	46	55	58	22	53	4
Injectable combinée	4	10	5	6	0	5	3
Condom masculin	44	62	86	90	34	83	68
Condom féminin	24	57	61	65	18	59	30
Dispositif intra-utérin (DIU)	36	47	41	43	26	41	NA
Implant	36	47	43	46	26	43	NA
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	27	27	41	42	18	39	25
Ligature des trompes	6	2	1	2	0	2	NA
Au moins 2 méthodes modernes temporaires <sup>2</sup>	39	64	74	78	32	72	68
Au moins 4 méthodes modernes temporaires <sup>2</sup>	31	47	58	60	25	56	33
Contraception d'urgence	26	31	39	42	13	38	NA
<b>Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>280</b>	<b>277</b>	<b>39</b>	<b>316</b>	<b>59</b>

NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs. Dans le cas de vasectomie et de la ligature des trompes, la structure déclare que les prestataires performant ces procédures dans la structure.

<sup>2</sup> N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine au féminine

Tableau 3.12.2. Méthodes de planification familiale fournies<sup>1</sup> par région dans les structures offrant des services de planification familiale

Parmi les structures offrant un service quelconque de planification familiale, pourcentage qui fournit aux clients une méthode moderne spécifique de planification familiale, selon la Région, Sénégal ECPSS 2014

Méthodes fournies, prescrites ou conseillées	Région													Total	
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès		Ziguinchor
Pilule contraceptive orale combinée	36	86	6	95	95	100	86	100	100	99	0	7	55	0	57
Pilule orale progestative seulement	36	86	6	95	95	93	86	100	100	99	0	0	55	0	56
Injectable progestatif seul (2 ou 3 par mois)	33	68	0	95	95	100	86	100	100	99	0	0	48	2	53
Injectable combinée	12	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	5
Condom masculin	65	86	77	87	93	72	73	100	86	94	88	91	76	98	83
Condom féminin	49	81	49	93	78	44	46	73	57	94	37	18	55	52	59
Dispositif intra-utérin (DIU)	29	60	0	74	80	48	62	87	35	70	0	7	44	0	41
Implant	35	60	0	79	80	55	70	87	43	80	0	0	44	0	43
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	36	68	0	58	70	45	62	60	47	68	0	0	39	0	39
Ligature des trompes	0	0	6	0	0	0	0	2	1	7	0	0	4	0	2
Au moins 2 méthodes modernes temporaires <sup>2</sup>	58	86	55	95	95	100	86	100	100	99	37	31	62	52	72
Au moins 4 méthodes modernes temporaires <sup>2</sup>	39	86	0	95	95	94	86	100	93	99	0	0	55	0	56
Contraception d'urgence	27	78	0	88	88	52	46	44	11	75	0	0	41	0	38
Effectif des structures offrant une quelconque méthode de planification familiale	57	25	23	13	19	7	13	21	17	27	12	21	38	22	316

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs. Dans le cas de vasectomie et de la ligature des trompes, la structure déclare que les prestataires performant ces procédures dans la structure.

<sup>2</sup> N'importe quelle méthode moderne autre que la stérilisation masculine au féminin

## Disponibilité des produits de PF

Les tableaux 3.13.1 et 3.13.2 présentent, pour les structures qui offrent chaque méthode moderne de planification familiale, la disponibilité des produits de PF, respectivement selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

Pratiquement toutes les méthodes déclarées comme étant fournies dans les structures offrant la méthode de PF indiquée étaient disponibles dans plus de trois quarts des structures enquêtées (86 %). Cependant, la disponibilité était plus faible dans les régions de Matam (60 %), Louga (60 %), Saint Louis (70 %).

**Tableau 3.13.1 Disponibilité des produits de planification familiale par type de structure et autorité de gestion**

Parmi les structures qui offrent<sup>1</sup> la méthode moderne de planification familiale indiquée, pourcentage ou les produits étaient observés disponibles le jour de l'enquête, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2014

Méthode	Type de structure			Autorité de gestion		Total	Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé		
Pilules contraceptives orales combinées	100	100	97	97	95	97	74
Pilules orales progestatives seulement	100	100	97	97	100	97	76
Progestatifs injectables (2 ou 3 par mois)	100	100	96	96	100	96	100
Injectable combiné	100	77	100	96	-	96	100
Préservatif masculin	100	89	94	93	100	93	96
Préservatif féminin	73	84	89	89	80	88	95
Dispositif intra-utérin (DIU)	100	100	96	97	100	97	NA
Implant	94	96	96	96	100	96	NA
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	100	81	98	98	80	97	100
Toutes les méthodes offertes par la structure étaient disponibles le jour de l'enquête	88	79	87	85	93	86	83

NA = Non applicable

Note : Les dénominateurs pour chaque combinaison de produit / méthode sont différents et ne sont pas présentés dans le tableau. Les mesures des pilules contraceptives orales combinées, des injections contraceptives et du préservatif masculin présentées dans ce tableau sont incluses dans le domaine « médicaments et produits » pour l'évaluation du niveau de préparation des services en vue de proposer des services de planification familiale au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012). Chaque combinaison de produit/méthode présentée dans ce tableau, était observée et était disponible dans l'endroit du service ou c'est stocké, et au moins une combinaison de produit/méthode observée était non périmée.

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs.

Tableau 3.13.2. Disponibilité des produits de planification familiale par région

Parmi les structures qui offrent<sup>1</sup> la méthode moderne de planification familiale indiquée, pourcentage ou les produits étaient observés disponibles le jour de l'enquête, selon la Région, Sénégal ECPSS 2014

Méthode	Région														Total
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou	Tambacounda	Thiès	Ziguinchor	
Pilules contraceptives orales combinées	100	100	100	100	100	94	91	100	86	95	-	100	100	-	97
Pilules orales progestatives seulement	100	100	100	100	100	94	91	93	86	100	-	-	100	-	97
Progestatifs injectables (2 ou 3 par mois)	100	100	-	100	100	94	100	100	86	85	-	-	100	100	96
Injectable combiné	100	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	96
Préservatif masculin	94	100	100	100	100	100	100	87	80	79	93	91	100	93	93
Préservatif féminin	93	97	100	100	100	87	82	51	70	87	78	54	100	88	88
Dispositif intra-utérin (DIU)	100	100	-	100	100	86	87	100	60	100	-	100	100	-	97
Implant	98	100	-	100	100	88	100	100	63	100	-	-	92	-	96
Collier du cycle (méthode des jours fixes)	98	100	-	100	100	85	100	85	100	100	-	-	97	-	97
Toutes les méthodes offertes par la structure étaient disponibles le jour de l'enquête	90	94	100	100	100	85	84	60	60	70	85	86	96	90	86

Note : Les dénominateurs pour chaque combinaison de produit / méthode sont différents et ne sont pas présentés dans le tableau. Les mesures des pilules contraceptives orales combinées, des injections contraceptives et du préservatif masculin présentées dans ce tableau sont incluses dans le domaine « médicaments et produits » pour l'évaluation du niveau de préparation des services en vue de proposer des services de planification familiale au sein des structures de santé, méthodologie d'évaluation proposée par l'OMS et l'USAID (OMS 2012). Chaque combinaison de produit/méthode présentée dans ce tableau, était observée et était disponible dans l'endroit du service ou c'est stocké, et au moins une combinaison de produit/méthode observée était non périmée.

<sup>1</sup> La structure déclare que les produits contraceptifs sont stockés dans la structure et qu'ils sont disponibles aux clients sans que ceux-ci ne soient obligés de les obtenir ailleurs.

### 3.8 Disponibilité des services de santé maternelle et soins pour le nouveau-né

L'ECPSS 2014 a permis d'évaluer :

- la disponibilité des services de santé maternelle spécifique ;
- la disponibilité des lignes directrices, des moyens de transport et des équipements pour les services d'accouchement ;
- les médicaments et produits de base pour la prise en charge des accouchements et nouveau-nés ;
- le pourcentage de structures ayant offert des soins obstétricaux d'urgence au moins durant les trois derniers mois précédant l'enquête.

#### *Disponibilité des services de santé maternelle spécifique*

Le tableau 3.14 présente la disponibilité des services de santé maternelle.

Globalement, près de neuf structures sur dix offrent des services de consultation prénatale (91 %) et près d'un tiers (31 %) des cases de santé en stratégie avancée. Dans tous les cas, ces services sont plus fréquemment offerts dans les postes de santé (92 %) et beaucoup plus fréquemment dans les structures publiques que privées (94 % contre 77 %). Toutes les régions sont suffisamment couvertes en CPN allant de 82 % à Kolda à 100 % à Diourbel, Kaffrine et Matam.

Les services d'accouchement normal sont offerts dans 77 % des structures et dans au moins trois-quarts des structures des régions, sauf à Dakar où seulement 40 % des structures offrent ce service. Par ailleurs ce service était offert dans 79 % des cases de santé visitées.

Quant à la césarienne, seules 4 % des structures enquêtées offraient ce service ; elle est seulement offerte dans les hôpitaux (71 %) et certains centres de santé (8 %) avec une répartition inégale selon les régions – à Kédougou et Kolda aucune des structures visitées n'offre ce service, contre 10 % à Dakar.

Par ailleurs, la grande majorité (97 %) des structures enquêtées qui offrent des services d'accouchement normal ont déclaré qu'un prestataire des soins d'accouchement est disponible dans la structure ou sur appel 24 heures sur 24. Toutefois, un programme journalier n'a pu être observé que dans seulement 16 % de ces structures avec de très faibles pourcentages dans les régions de Saint Louis (2 %) et Tambacounda (3 %).

Globalement, la tendance de la disponibilité des services de santé maternelle n'a pas changé au cours de ces deux dernières années.

Tableau 3.14 Disponibilité des services de santé maternelle

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant les services spécifiques de maternité et les services complets de maternité et, parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant un prestataire qualifié disponible dans la structure ou sur appel 24hrs/24 pour faire les accouchements, avec ou sans tableau de permanence/programme journalier d'affectation/visite d'appel observé, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant					Effectif des structures	Pourcentage des structures offrant les services d'accouchement normal qui ont :			Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal
	Soins prénatals (CPN)	Service d'accouchement normal	Césarienne	CPN et services d'accouchement normal	CPN, accouchement normal et césarienne		Prestataire de soins d'accouchement sur le lieu ou de garde 24hrs/24, avec programme journalier observé	Prestataire de soins d'accouchement sur le lieu ou de garde 24hrs/24, avec ou sans programme journalier observé	Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal	
<b>Type de structure</b>										
Hôpital	79	76	71	76	67	15	70	98	11	
Centre de santé	84	70	8	70	8	29	69	98	20	
Poste de santé	92	78	1	78	1	319	9	97	248	
<b>Autorité de gestion</b>										
Publique	94	85	3	85	3	295	15	99	251	
Privé	77	42	11	42	11	68	25	85	29	
<b>Région</b>										
Dakar	84	40	10	40	10	69	58	95	28	
Diourbel	100	94	5	94	5	25	21	100	23	
Fatick	99	99	2	99	2	23	4	98	23	
Kaffrine	100	100	2	100	2	14	16	92	14	
Kaolack	94	81	4	81	2	23	20	100	19	
Kédougou	91	85	0	85	0	9	10	88	7	
Kolda	82	70	0	70	0	17	15	98	12	
Louga	88	88	2	88	2	23	15	100	20	
Matam	100	100	1	100	1	17	4	100	17	
Saint Louis	95	90	2	90	2	29	2	100	26	
Sédhiou	97	97	2	97	2	12	5	100	12	
Tambacounda	86	86	4	86	4	25	3	100	21	
Thiès	92	73	6	73	6	48	19	92	35	
Ziguinchor	84	74	2	74	2	30	4	100	22	
Total	91	77	4	77	4	363	16	97	279	
Case de santé	31	79	NA	28	NA	89	NA	87	71	

NA = Non applicable

## Disponibilité de soins prénatals

Le tableau 3.15 présente la disponibilité des services de consultations prénatales (CPN) selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région, de même que le nombre de jours par semaine de disponibilité.

Globalement, 91 % des structures de santé offrent des services de CPN et, parmi celles offrant ces services, 94 % les offrent au moins cinq jours par semaine. Parmi les structures qui offrent les services de CPN, on note que ces services sont offerts plus régulièrement dans le public que dans le privé. En effet, 96 % de ces structures publiques offrent les services de CPN au moins cinq jours par semaine contre 83 % pour le privé (63 % des privées en 2013). Par ailleurs le VAT était disponible dans ces structures presque tous les jours de CPN (94 %).

Tableau 3.15 Disponibilité des services de consultation prénatale

Parmi toutes les structures, pourcentage qui offre les services de consultation prénatale (CPN), et parmi les structures offrant les services de CPN, pourcentage qui offrent ces services le nombre de jours indiqués par semaine, et pourcentage ayant le vaccin anti tétanique disponible tous les jours que le service CPN est offert, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services de CPN :	Effectif des structures	Pourcentage des structures offrant les services de soins prénatals où ces services CPN sont offerts le nombre de jours indiqué par semaine <sup>1</sup>			Vaccin antitétanique tous les jours de CPN	Effectif des structures de santé offrant les services de CPN
			1-2 jours par semaine	3-4 jours par semaine	5 jours et plus par semaine		
<b>Type de structure</b>							
Hôpital	79	15	4	0	96	70	12
Centre de santé	84	29	11	0	89	94	24
Poste de santé	92	319	4	0	94	95	293
<b>Autorité de gestion</b>							
Publique	94	295	3	1	96	97	277
Privé	77	68	15	0	83	77	52
<b>Région</b>							
Dakar	84	69	8	2	90	88	58
Diourbel	100	25	6	0	94	94	25
Fatick	99	23	0	0	100	100	23
Kaffrine	100	14	8	0	92	100	14
Kaolack	94	23	9	0	87	98	22
Kédougou	91	9	12	0	88	81	8
Kolda	82	17	3	0	97	86	14
Louga	88	23	0	0	100	93	20
Matam	100	17	0	0	100	93	17
Saint Louis	95	29	0	0	100	93	27
Sédhiou	97	12	6	0	94	100	12
Tambacounda	86	25	0	0	100	93	21
Thiès	92	48	7	0	93	95	44
Ziguinchor	84	30	7	0	87	100	25
Total	91	363	5	0	94	94	329
Case de santé	31	89	25	0	34	NA	28

NA = Non applicable

<sup>1</sup> Certaines structures n'offrent les services de CPN que moins d'un jour par semaine, ce qui explique que la somme des pourcentages n'atteint pas toujours 100 %.

## Disponibilité des médicaments et produits essentiels pour la CPN

Le tableau 3.16 présente la disponibilité des médicaments essentiels et du vaccin antitétanique pour la CPN dans les structures qui offrent les services de CPN.

Généralement, les comprimés combinés de fer et d'acide folique (92 %) et le vaccin antitétanique (94 %) étaient disponibles dans pratiquement toutes les structures visitées offrant les services de CPN et ceci dans toute les régions aussi bien dans le public que dans le privé.

Tableau 3.16 Disponibilité des médicaments pour la consultation prénatale de routine

Parmi les structures offrant les services de consultation prénatale (CPN), pourcentage ayant des médicaments essentiels et de vaccin antitétanique pour la CPN observés et disponibles le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage d'es structures offrant les services de CPN qui disposent des médicaments indiqués				Effectif des structures de santé offrant les services de CPN
	Comprimés de fer	Comprimés d'acide folique	Comprimés combinés (fer + acide folique)	Vaccin antitétanique	
<b>Type de structure</b>					
Hôpital	41	20	89	81	12
Centre de santé	29	7	89	96	24
Poste de santé	24	7	92	94	293
<b>Autorité de gestion</b>					
Publique	21	5	92	96	277
Privé	47	20	92	83	52
<b>Région</b>					
Dakar	38	25	88	91	58
Diourbel	5	2	98	94	25
Fatick	44	0	100	100	23
Kaffrine	23	0	76	100	14
Kaolack	0	13	85	93	22
Kédougou	12	6	81	76	8
Kolda	16	12	97	80	14
Louga	0	0	86	93	20
Matam	29	14	97	93	17
Saint Louis	6	0	94	95	27
Sédhiou	54	0	100	100	12
Tambacounda	38	2	93	93	21
Thiès	32	3	89	95	44
Ziguinchor	34	0	100	100	25
Total	25	7	92	94	329
Case de santé	0	9	68	NA	28

NA = Non applicable

Note : Les médicaments et le vaccin présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et des produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir les services CPN selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et de l'USAID (2012).

### Disponibilité des lignes directrices, des moyens de transport et des équipements pour les services d'accouchement

Le tableau 3.17 présente la disponibilité des normes et protocoles, de personnel formé et d'équipements dans les structures de santé offrant des services d'accouchement selon le type de structure, l'autorité de gestion et la région

Parmi les structures offrant des services d'accouchement normal, les normes et protocoles en Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement (PCIGA) ne sont disponibles que dans environ deux structures sur trois (65 %) et beaucoup moins fréquemment dans le privé (40 %) que dans le public (68 %) et ceci dans toutes les régions allant de 4 % à Thiès à 100 % à Kaolack.

Le personnel n'est formé sur ces normes que dans un quart des cas (25 %) avec aucune formation pour le personnel des structures visitées de la région de Kédougou. La première année, 38 % du personnel étaient formés sur ces normes.

Dans ces structures qui offrent des services d'accouchement, la logistique d'urgence et les équipements indispensables à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale sont en nombre insuffisant : 58 % des structures disposent de transport d'urgence, 57 % de lampes d'examen, 32 % d'aspirateur pour lutter contre l'asphyxie du nouveau-né, 3 % de ventouse pour combattre le travail difficile, 44 % d'aspirateur manuel ou kit D&C pour les soins après avortement contrairement au matériel pour la délivrance qui était disponible dans toutes les structures visitées et dans pratiquement toutes les cases de santé.

Tableau 3.17 Normes et protocoles, personnel formé, et équipements des services d'accouchement

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant les normes et protocoles, au moins un personnel récemment formé en matière d'accouchement et équipement de base pour l'accouchement de routine disponible dans la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures de santé offrant les services d'accouchement normal qui ont :											Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal
	Normes et protocoles sur la PCIGA <sup>1</sup>		Équipement									
Type de structure	Personnel formé en PCIGA <sup>2</sup>	Transport d'urgence <sup>3</sup>	Lampe d'examen <sup>4</sup>	Matériel pour la délivrance <sup>5</sup>	Aspirateur cathéter	Ventouse obstétricale	Aspirateur manuel ou Kit D&C <sup>6</sup>	Ballon et masque respiratoire	Partogramme <sup>7</sup>	Gants <sup>8</sup>		
Hôpital	45	29	75	100	78	26	39	81	89	100	11	
Centre de santé	67	25	74	100	72	16	33	70	98	100	20	
Poste de santé	66	25	55	100	26	1	45	45	81	96	248	
<b>Autorité de gestion</b>												
Publique	68	26	56	100	29	3	44	46	83	97	251	
Privé	40	21	66	100	54	8	43	70	75	91	29	
<b>Région</b>												
Dakar	63	40	73	100	65	6	37	60	92	100	28	
Diourbel	56	38	50	100	47	5	6	50	94	100	23	
Fatick	55	6	38	100	19	0	56	49	72	100	23	
Kafrine	59	27	71	100	30	2	44	35	92	92	14	
Kaolack	100	31	69	100	31	5	36	23	100	92	19	
Kédougou	60	0	61	100	13	0	13	20	93	93	7	
Kolda	64	18	64	100	43	0	46	28	89	100	12	
Louga	59	13	39	100	36	2	59	57	77	86	20	
Matam	60	35	56	100	28	4	57	57	57	78	17	
Saint Louis	76	46	51	100	20	7	43	36	90	95	26	
Sédhiou	85	12	56	100	8	0	46	71	83	100	12	
Tambacounda	74	8	42	100	20	0	21	26	81	100	21	
Thiès	45	29	64	100	48	5	58	61	88	100	35	
Ziguinchor	78	13	70	100	0	0	74	67	50	100	22	
Total	65	25	57	100	32	3	44	48	82	96	279	
Case de santé	42	5	34	98	3	NA	NA	NA	NA	56	71	

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « personnel, formation et équipement » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services d'accouchement selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

- NA = Non applicable  
<sup>1</sup> PCIGA (Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement) ou autres normes et protocoles spécifiques au pays.  
<sup>2</sup> La structure a au moins un personnel interviewé qui fournit les services et qui a reçu une formation continue en matière de PCIGA durant les 24 mois ayant précédés l'enquête. La formation doit impliquer une session structurée, et n'inclut pas une instruction individuelle reçue au cours d'une visite de supervision de routine.  
<sup>3</sup> La structure a une ambulance fonctionnelle ou un autre véhicule pour le transport d'urgence qui est stationné dans la structure même et a du carburant disponible le jour de l'enquête, ou la structure a accès à une ambulance ou autre véhicule pour le transport d'urgence qui est stationné dans une autre structure ou part d'une autre structure.  
<sup>4</sup> Une lampe torche fonctionnelle est acceptable.  
<sup>5</sup> Soit la structure a une boîte stérile de délivrance disponible au lieu d'accouchement ou soit tous les équipements individuels suivant doivent être présents : fils de clampage pour cordon ombilical, ciseaux pour épisiotomie, ciseaux ou lames pour cordon ombilical, matériel et aiguilles pour suture, et porte-aiguille.  
<sup>6</sup> La structure a un aspirateur manuel fonctionnel ou kit de dilatation et curetage (D&C) disponible.  
<sup>7</sup> Un partogramme vierge au lieu du service  
<sup>8</sup> Les gants jetables en latex ou équivalents disponibles au lieu du service.

Le partogramme élément indispensable pour la surveillance du travail, est disponible dans plus de huit structures sur dix (82 %, comme à la première année), mais moins fréquemment dans les structures des régions de Ziguinchor (50 % contre 60 % à la première année) et Matam (57 % contre 71 % à la première année) contrairement à celle de Kaolack où le partogramme était disponible dans toutes les structures visitées. On note une amélioration de la disponibilité du partogramme aux régions de Louga 77 % contre 71 % à la première année, Kolda 89 % contre 68 % à la première année et Dakar 92 % contre 75 % à la première année.

### Médicaments et produits de base pour la prise en charge des accouchements et nouveau-nés

Les tableaux 3.18.1 et 3.18.2 présentent la disponibilité des médicaments et produits pour l'accouchement et les soins aux nouveau-nés dans les structures de santé offrant des services d'accouchement, respectivement selon le type de structure et l'autorité de gestion, et selon la région.

Tableau 3.18.1 Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés par type de structure et autorité de gestion

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits pour l'accouchement, médicaments essentiels pour les nouveau-nés, et les médicaments prioritaires pour les mères observés et disponibles le jour de l'enquête, selon le type de structure et autorité de gestion, Sénégal ECPSS 2014

Médicaments	Type de structure			Autorité de gestion			Case de santé
	Hôpital	Centre de santé	Poste de santé	Publique	Privé	Total	
<b>Médicaments essentiels pour l'accouchement<sup>1</sup></b>							
Utérotonique injectable (ocytocine) <sup>2</sup>	83	82	77	77	85	78	NA
Antibiotique injectable <sup>3</sup>	67	64	52	50	79	53	NA
Sulfate de magnésium injectable <sup>2</sup>	85	56	31	33	55	35	NA
Diazépam injectable	83	86	67	69	74	69	NA
Désinfectant de la peau	96	91	94	93	100	93	83
Fluides intraveineux avec set de perfusion <sup>4</sup>	87	75	68	68	79	70	NA
<b>Médicaments essentiels pour les nouveau-nés</b>							
Pommade antibiotique pour les yeux <sup>1</sup>	47	55	53	52	61	53	45
Solution chlorhexidine à 4 % <sup>1</sup>	61	53	48	49	55	49	82
Gentamicine injectable <sup>2</sup>	52	66	44	46	50	46	NA
Ceftriaxone poudre pour injection	56	53	16	19	24	20	NA
Amoxicilline suspension	39	59	52	53	49	52	NA <sup>NA</sup>
<b>Médicaments prioritaires pour les mères<sup>5</sup></b>							
Solution saline isotonique	58	84	78	78	70	77	NA
Gluconate de calcium injectable	45	9	2	4	5	5	NA
Poudre d'ampicilline pour injection	65	79	90	90	76	88	NA
Métronidazole injectable	69	67	34	37	45	38	NA
Capsules ou comprimés de misoprostol	10	2	1	1	7	1	0
Capsules, comprimés ou suspension liquide d'azithromycine	9	2	4	4	6	4	NA
Capsules ou comprimés de céfixime	50	40	19	20	31	21	NA
Poudre benzathine benzylpénicilline pour injection	42	78	73	75	46	72	NA
Bétaméthasone/dexaméthasone injectable	23	4	3	3	17	4	NA
Capsules ou comprimés de nifédipine	32	35	13	16	16	16	NA
Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal	11	20	248	251	29	279	71

Note : Les médicaments essentiels et la pommade antibiotique pour les yeux pour les enfants présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médecine » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services d'accouchement selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

NA = Non applicable

<sup>1</sup> Tous les médicaments essentiels pour l'accouchement, la pommade antibiotique des yeux, et la solution de Chlorhexidine à 4 % étaient évalués et devaient être disponible au lieu du service d'accouchement.

<sup>2</sup> Utérotonique injectable (ocytocine), sulfate de magnésium injectable, et gentamicine injectable sont aussi classifiés comme médicaments prioritaires pour les mères.

<sup>3</sup> Pénicilline injectable, gentamycine injectable, ampicilline injectable, ou ceftriaxone injectable.

<sup>4</sup> Solution saline isotonique, solution de Ringer lactate, ou solution dextrose à 5 %.

<sup>5</sup> Les médicaments prioritaires pour les mères sont définis par l'OMS, la liste est publiée à <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>

Tableau 3.18.2. Médicaments et produits pour l'accouchement et soins aux nouveau-nés par région

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits pour l'accouchement essentiels et produits pour les nouveau-nés, et les médicaments prioritaires pour les mères observés et disponibles le jour de l'enquête, selon la région, Sénégal ECPSS 2014

Médicaments	Région											Total			
	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaffrine	Kaolack	Kédougou	Kolda	Louga	Matam	Saint Louis	Sédhiou		Tambacounda	Thiès	Ziguinchor
<b>Médicaments essentiels pour l'accouchement<sup>1</sup></b>															
Utérotonique injectable (ocytocine) <sup>2</sup>	80	17	100	95	100	93	100	55	54	62	94	93	86	91	78
Antibiotique injectable <sup>3</sup>	63	5	77	67	82	68	39	18	10	2	94	100	60	85	53
Sulfate de magnésium injectable <sup>2</sup>	46	5	42	63	38	42	64	25	33	29	22	33	35	39	35
Diazépam injectable	83	19	79	95	100	88	91	27	35	41	77	87	83	91	69
Désinfectant de la peau	80	86	100	91	100	100	91	91	90	100	100	100	91	98	93
Fluides intraveineux avec set de perfusion <sup>4</sup>	76	30	57	95	92	81	82	41	54	62	88	80	79	81	70
<b>Médicaments essentiels pour les nouveau-nés</b>															
Pommade antibiotique pour les yeux <sup>1</sup>	55	0	77	86	100	87	89	0	7	0	100	77	48	91	53
Solution chlorhexidine à 4 % <sup>1</sup>	60	3	100	27	44	40	18	9	11	10	100	100	55	98	49
Gentamicine injectable <sup>2</sup>	37	70	49	67	41	60	46	57	39	58	11	46	42	24	46
Ceftriaxone poudre pour injection	32	9	27	43	28	68	18	27	9	4	12	6	14	22	20
Amoxicilline suspension	36	82	72	67	49	62	37	59	29	54	63	87	36	19	52
<b>Médicaments prioritaires pour les mères<sup>5</sup></b>															
Solution saline isotonique	72	81	89	71	64	80	80	79	86	63	80	85	74	85	77
Gluconate de calcium injectable	10	3	0	5	0	0	0	4	18	2	2	1	10	0	5
Poudre d'ampicilline pour injection	68	93	83	91	90	78	89	100	93	89	94	90	97	80	88
Métronidazole injectable	41	50	27	44	10	48	34	73	57	25	25	54	29	21	38
Capsules ou comprimés de misoprostol	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	4	0	1
Capsules, comprimés ou suspension liquide d'azithromycine	8	11	0	5	8	0	0	0	14	0	0	0	5	0	4
Capsules ou comprimés de céfixime pour injection	38	14	10	21	36	7	34	11	11	9	39	38	27	4	21
Bétaméthasone/dexaméthasone injectable	50	70	81	89	59	75	80	84	100	84	69	67	68	56	72
Capsules ou comprimés de nifédipine	10	3	13	0	0	0	0	2	0	0	0	5	9	0	4
Capsules ou comprimés de nifédipine	8	5	49	14	5	0	0	9	4	0	37	24	19	33	16
Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal	28	23	23	14	19	7	12	20	17	26	12	21	35	22	279

Note : Les médicaments essentiels et la pommade antibiotique pour les yeux pour les enfants présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médecine » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services d'accouchement selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Tous les médicaments essentiels pour l'accouchement, la pommade antibiotique des yeux, et la solution de Chlorhexidine à 4 % étaient évalués et devaient être disponibles au lieu du service d'accouchement.

<sup>2</sup> Utérotonique injectable (ocytocine), sulfate de magnésium injectable, et gentamicine injectable sont aussi classifiés comme médicaments prioritaires pour les mères.

<sup>3</sup> Pénicilline injectable, gentamicine injectable, ampicilline injectable, ou ceftriaxone injectable.

<sup>4</sup> Solution saline isotonique, solution de Ringier lactate, ou solution dextrose à 5 %.

<sup>5</sup> Les médicaments prioritaires pour les mères sont définis par l'OMS, la liste est publiée à <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>

Sur l'ensemble du territoire national, parmi les structures offrant des services d'accouchement normal, on a observé une faible disponibilité des antibiotiques injectables (53 %), du sulfate de magnésium (35 %), du gluconate de calcium (5 %), du misoprostol (1 %) et de la dexaméthasone (4 %) contrairement aux solutés de perfusion avec le nécessaire à la perfusion disponibles dans une structure sur sept (70 %) contre 54 % la première année .

La disponibilité des produits essentiels pour le nouveau-né est faible dans toutes les régions allant de 20 à 53 % pour tous les produits.

Le misoprostol n'est disponible qu'au niveau des régions de Dakar, Matam, Sédhiou et Thiès.

### *Pourcentage de structures ayant offert des soins obstétricaux d'urgence au moins durant les trois derniers mois*

Le tableau 3.19 présente, pour les structures de santé offrant des services d'accouchement, les activités essentielles en cas d'alerte pour les soins obstétricaux d'urgence.

Durant les trois derniers mois ayant précédé l'enquête, une transfusion sanguine n'a été effectuée que dans seulement 4 % de l'ensemble des structures offrant des services d'accouchement. Ce service est davantage proposé dans les hôpitaux (59 %) et rarement dans les centres de santé (11 % contre seulement 2 % la première année). Quant à la césarienne, elle a été réalisée dans 5 % de ces structures pendant la même période, mais beaucoup plus dans le privé (26 % contre 41 % à la première année) que dans le public (3 %).

Les autres médicaments et activités essentiels tels que les antibiotiques (71 %), les ocytociques (95 %), l'assistance à l'accouchement par voie basse (99 %), le retrait manuel du placenta (62 %), l'aspiration manuelle (83 %), la réanimation néonatale (60 %) ont été régulièrement utilisés ou effectués dans les structures visitées offrant des services d'accouchement normal.

Tableau 3.19. Activités essentielles en cas d'alerte pour les soins d'urgence obstétricale

Parmi les structures offrant les services d'accouchement normal, pourcentage déclarant qu'ils ont effectué des activités essentielles en cas d'alerte pour les soins obstétricaux d'urgence au moins une fois durant les 3 mois ayant précédés l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures qui ont utilisé par voie parentérale :					Pourcentage des structures qui ont effectué :					Effectif des structures offrant les services d'accouchement normal	
	Antibiotiques	Ocytotiques	Anticonvulsivants	Assistance à l'accouchement par voie basse	Retrait manuel du placenta	Retrait des rétentions des produits de conception (AM)	Réanimation néonatale	Transfusion sanguine	Césarienne			
<b>Type de structure</b>												
Hôpital	98	98	70	100	75	98	83	59	89	11		
Centre de santé	96	100	62	100	73	97	90	11	12	20		
Poste de santé	68	94	26	99	61	81	57	1	1	248		
<b>Autorité de gestion</b>												
Publique	71	95	32	99	64	84	61	3	3	251		
Privé	73	94	23	100	48	72	50	7	26	29		
<b>Région</b>												
Dakar	93	100	55	100	72	90	80	20	24	28		
Diourbel	89	89	19	94	72	89	67	5	5	23		
Fatick	72	100	21	100	44	89	46	0	2	23		
Kaffrine	63	81	25	100	56	68	73	2	2	14		
Kaolack	69	92	15	100	59	85	67	0	2	19		
Kédougou	36	75	7	94	33	75	23	0	0	7		
Kolda	80	98	24	100	46	34	43	0	0	12		
Louga	64	93	29	100	73	100	45	2	2	20		
Matam	57	93	40	100	100	100	57	1	1	17		
Saint Louis	64	100	25	100	100	95	35	2	3	26		
Sédhiou	77	94	37	100	59	75	57	2	2	12		
Tambacounda	80	100	39	100	57	87	74	3	4	21		
Thiès	85	96	46	100	63	84	87	3	9	35		
Ziguinchor	33	93	17	100	9	52	44	2	2	22		
Total	71	95	31	99	62	83	60	4	5	279		
Case de santé	NA	14	NA	83	NA	NA	NA	NA	NA	71		

AM = Aspiration manuelle  
NA = Non applicable

### **3.9 VIH/Sida et IST**

#### *IST*

Le tableau 3.20 présente la disponibilité des normes et protocoles, personnel formé et élément des services des IST.

Comme à la première année, l'ECPSS 2014 montre aussi que presque toutes les structures de santé quels que soient le type et l'autorité de gestion offrent des services de prise en charge des IST (98 %). Tandis que les directives des IST ne sont disponibles que dans 69 % (contre 60 % à la première année) des structures offrant des services des IST.

Pour les produits et médicaments essentiels pour la prévention et la prise en charge, on note une bonne disponibilité des molécules de références à tous les niveaux sauf pour la ceftriaxone injectable (18 %) surtout au niveau des postes de santé. Cela peut s'expliquer par le fait que plusieurs équivalents (cefixime, cefotaxime) sont proposés par la Pharmacie National d'approvisionnement.

En outre, seulement 21% du personnel est formé pour la prise en charge des IST ; ce manque de formation étant plus accentué dans les régions de Sédhiou (0 %), de Fatick (3 %), de Ziguinchor (8 %), Tambacounda et Louga (10 %).

Cela pourrait s'expliquer par la mobilité et le renouvellement permanent du personnel au niveau décentralisé. En outre la formation continue du personnel se fait principalement lors des supervisions formatives ; les dernières révisions des protocoles de prise en charge des IST remontant en 2008, avec des formations décentralisées organisées au niveau régional et districts.

Les tests de diagnostic rapide de la syphilis ne sont disponibles que dans 1 % des structures offrant des services d'IST. Il faut cependant noter que la politique nationale utilise le test RPR avec confirmation par le TPHA au niveau des hôpitaux et centres de santé et dans environs 100 % des postes de santé.

Tableau 3.20. Normes et protocoles, personnel formé, et éléments des services des infections sexuellement transmissibles

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST) et, parmi les structures offrant les services des IST, pourcentage avec les éléments de support pour assurer la qualité des services des IST, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services des IST <sup>1</sup>		Pourcentage des structures de santé offrant les services des IST qui ont :				Pourcentage des structures de santé offrant les services des IST qui disposent de :				Effectif des structures offrant les services des IST	
	Effectif des structures	Directives des IST	Personnel formé <sup>2</sup>	Capacité de est diagnostic rapide de la syphilis <sup>3</sup>	Condoms masculins	Métronidazole	Ciprofloxacine gélules ou comprimé	Ceftriaxone injectable				
<b>Type de structure</b>												
Hôpital	94	15	27	8	49	61	56	50	14			
Centre de santé	100	29	34	6	83	88	78	46	29			
Poste de santé	98	319	20	0	85	90	75	14	311			
<b>Autorité de gestion</b>												
Publique	99	295	22	1	94	94	79	19	293			
Privé	90	68	19	2	35	64	53	15	62			
<b>Région</b>												
Dakar	91	69	30	1	73	71	66	18	63			
Diourbel	100	25	47	0	88	96	61	8	25			
Fatick	100	23	3	0	90	94	100	27	23			
Kafrine	100	14	56	0	100	100	72	43	14			
Kaolack	96	23	19	0	82	83	60	26	22			
Kédougou	100	9	16	0	79	100	70	63	9			
Kolda	90	17	35	5	78	81	71	17	15			
Louga	100	23	10	0	82	98	46	24	23			
Matam	100	17	34	0	90	100	99	9	17			
Saint Louis	100	29	24	3	76	94	76	4	29			
Sédhiou	100	12	0	2	94	100	97	11	12			
Tambacounda	100	25	10	5	95	94	81	5	25			
Thiès	100	48	11	0	77	87	80	16	48			
Ziguinchor	100	30	8	0	97	90	82	23	30			
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>363</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>84</b>	<b>89</b>	<b>74</b>	<b>18</b>	<b>354</b>			

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « personnel et formation », « diagnostic » et « médicaments et produits » utilisés pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services des IST selon la méthodologie proposée par l'OMS et l'USAID (2012).<sup>1</sup> Prestataires dans la structure diagnostiquent les IST ou prescrivent les traitements pour les IST ou les deux.

<sup>2</sup> Au moins un prestataire interviewé fournissant les services des IST déclare avoir reçu une formation continue sur le diagnostic et traitement des IST au cours des 24 mois précédant l'enquête. La formation doit avoir impliqué des séances structurées, et n'inclut pas l'instruction individuelle que le prestataire aurait reçue au cours de la supervision de routine.

<sup>3</sup> La structure a un kit de test de dépistage rapide de la Syphilis disponible dans la structure.

## Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)

Le tableau 3.21 présente la disponibilité des services de conseil et dépistage volontaire (CDV) du VIH

Parmi les structures enquêtées au niveau des 14 régions, 89 % (contre 82% à la première année) ont déclaré disposer d'un système de test de dépistage du VIH, dont 85 % des hôpitaux, 81 % des centres de santé et 90 % des postes de santé.

Tableau 3.21 Disponibilité des services de counseling et test de dépistage du VIH

Parmi toutes les structures, pourcentage qui ont déclaré avoir un système de test de dépistage du VIH et, parmi les structures avec un système de test de dépistage du VIH, pourcentage qui ont la capacité de test de dépistage du VIH au sein de la structure et qui disposent d'autres éléments de support pour la fourniture des services de qualité en matière de counseling et test de dépistage du VIH, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage de toutes les structures avec un système de test de dépistage du VIH <sup>1</sup>	Effectif des structures	Pourcentage des structures avec un système de dépistage du VIH qui disposent de :					Effectif des structures ayant un système de test de dépistage du VIH
			Capacité de test de dépistage du VIH <sup>2</sup>	Directives de Counseling et de test de dépistage du VIH	Prestataire formé <sup>3</sup>	Intimité visuelle et auditive <sup>4</sup>	Condoms <sup>5</sup>	
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	85	15	94	34	51	84	43	13
Centre de santé	81	29	100	50	75	84	62	24
Poste de santé	90	319	99	32	43	57	68	287
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	93	295	99	35	48	61	74	275
Privé	71	68	96	24	32	56	26	48
<b>Région</b>								
Dakar	77	69	97	31	65	50	40	53
Diourbel	100	25	100	28	44	93	65	25
Fatick	100	23	99	6	29	74	90	23
Kaffrine	100	14	100	49	38	35	98	14
Kaolack	94	23	100	55	29	59	84	22
Kédougou	95	9	100	51	43	36	63	8
Kolda	82	17	100	76	41	51	86	14
Louga	90	23	100	58	45	84	76	21
Matam	86	17	100	72	58	58	87	15
Saint Louis	90	29	100	53	32	74	74	26
Sédhiou	97	12	100	2	54	57	69	12
Tambacounda	91	25	95	7	64	64	100	22
Thiès	92	48	97	23	47	64	53	44
Ziguinchor	84	30	100	2	31	21	27	25
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>363</b>	<b>99</b>	<b>33</b>	<b>46</b>	<b>60</b>	<b>67</b>	<b>323</b>

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs sur les stratégies et le personnel formé présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « personnel et formation » utilisé pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de conseil et dépistage du VIH selon la méthodologie proposée par l'OMS et l'USAID (2012). De même, les éléments de l'intimité visuelle et auditive correspond au domaine d'équipement, la capacité de test de dépistage de VIH correspond au domaine de diagnostic, et les condoms correspondent au domaine des médicaments et produits pour évaluer la disponibilité de fournir des services de counseling et test de dépistage du VIH dans le cadre des recommandations de l'OMS-USAID.

<sup>1</sup> La structure déclare faire des tests de dépistage du VIH au sein de la structure, ou bien dans un site de test de dépistage externe et ayant un accord avec ce site externe disant que les résultats des tests seront renvoyés à la structure.

<sup>2</sup> La structure déclare faire des tests de dépistage du VIH au sein de la structure et a un kit de test de dépistage rapide du VIH ou la capacité de test ELISA ou d'autres capacités de dépistage du VIH observés dans la structure.

<sup>3</sup> La structure a au moins un membre du personnel interviewé fournissant les services de test de dépistage du VIH qui déclare avoir reçu une formation continue dans certains aspects de conseil et dépistage du VIH/SIDA au cours des 24 mois précédant l'enquête. La formation doit avoir impliqué des séances structurées, et n'inclut pas l'instruction individuelle que le prestataire aurait reçue au cours de la supervision de routine.

<sup>4</sup> Une salle privée ou un espace protégé par un paravent disponible dans le lieu de counseling et test de dépistage du VIH qui est à une distance suffisante de l'endroit où le prestataire et d'autres clients pourraient être de sorte qu'une conversation normale ne serait pas entendue, et que le client ne serait pas observé par les autres.

<sup>5</sup> Les condoms sont disponibles à l'endroit de counseling et test de dépistage du VIH le jour de l'enquête.

Le service de CDV est disponible aussi bien au niveau des structures privées (71 %) que publiques (93 %). Pendant la première année au contraire, le dépistage s'effectuait plus dans le secteur public (91 %) que dans le privé (39 %).

Pratiquement, toutes les structures qui déclarent effectuer le test du VIH ont la capacité de réaliser le test observé lors de l'enquête, soit en raison de la disponibilité d'un kit de test de dépistage rapide du VIH

ou de la capacité d'effectuer le test ELISA ou d'autres capacités de dépistage du VIH observés dans la structure (99 %).

La formation selon les normes et protocoles de CDV est un élément important de la qualité des services. Parmi les structures déclarant effectuer le test dépistage du VIH, 46 % comptent au moins un membre du personnel interviewé fournissant des services de test de dépistage du VIH ayant déclaré avoir suivi une formation continue dans le domaine des conseils et du dépistage du VIH/SIDA au cours des 24 mois précédant l'enquête (contre 69 % la première année). Au niveau du secteur public, ce pourcentage est de 48 % contre 32 % pour le privé. Ces résultats s'expliquent en partie par la mobilité du personnel et le renouvellement des agents au niveau des structures de santé.

Dans le cadre du respect de la confidentialité du CDV, 60 % des structures avec système de test du VIH disposent d'une salle privée ou d'un espace protégé par un paravent dans le service de consultation et de dépistage du VIH suffisamment éloigné pour offrir une intimité visuelle et auditive (contre seulement 6 % la première année). En outre cette intimité était beaucoup plus assurée dans les hôpitaux et centres de santé que dans les postes de santé.

### *Prise en charge*

Le tableau 3.22 présente la disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et des éléments pour la thérapie antirétrovirale (ARV).

Globalement, 8 % des structures enquêtées offrent des services ARV. C'est-à-dire qu'elles peuvent compter sur des prestataires dans la structure prescrivant les ARV pour les patients VIH/Sida ou qu'elles peuvent fournir des services de suivi de traitement pour les personnes sous ART, y compris les services dans la communauté.

Parmi les structures offrant les services ART, 39 % (51 % la première année) ont au moins un prestataire interviewé fournissant les services ART qui déclare avoir reçu une formation continue dans certains aspects des ART au cours des 24 mois précédant l'enquête.

Par rapport à la capacité de diagnostic des laboratoires, les résultats montrent que 65 % des structures enquêtées offrant des services de thérapie antirétrovirale disposent d'un appareil de numération formule sanguine complète fonctionnel, 73 % sont capables de tester les fonctions rénale et hépatique et 31 % de ces structures réalisent le comptage des CD4 et 20 % la charge virale. On note une réelle amélioration par rapport à la première année où ces chiffres étaient respectivement à 53, 54, 22 et 16 %.

Au total, 98 % des structures offrant les services ART (tous les hôpitaux et postes de santé) disposaient des trois ARV de première ligne contre 87 % la première année.

Tableau 3.22 Normes et protocoles, personnel formé, et éléments pour les services de thérapie antirétrovirale

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant les services de thérapie antirétrovirale (ART) et, parmi les structures offrant les services ART, pourcentage avec les éléments de support pour assurer la qualité des services ART, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures de santé offrant les services ART <sup>1</sup>	Effectif des structures	Pourcentage des structures offrant les services ART qui ont :			Capacité de diagnostic du laboratoire :					ART de première ligne pour adulte disponible <sup>4</sup>	Effectif des structures offrant les services ART	
			Directives des ART	Personnel formé <sup>2</sup>	Nurération formule sanguine complète <sup>3</sup>	Comptage cellules CD4	Charge virale VIH ARN	Test de la fonction rénale ou hépatique					
<b>Type de structure</b>													
Hôpital	37	15	85	44	100	59	6	100	100	100	5		
Centre de santé	57	29	92	44	68	33	28	77	96	17			
Poste de santé	2	319	65	20	24	0	11	35	100	6			
<b>Autorité de gestion</b>													
Publique	9	295	90	37	69	33	21	77	97	26			
Privé	2	68	0	74	0	0	0	0	100	2			
<b>Région</b>													
Dakar	10	69	88	13	73	26	7	80	100	7			
Diourbel	7	25	100	62	100	31	0	100	100	2			
Fatick	6	23	33	33	67	33	67	67	100	1			
Kaffrine	11	14	100	0	15	15	41	100	56	2			
Kaolack	4	23	100	50	100	50	50	100	100	1			
Kédougou	24	9	57	0	0	34	34	0	100	2			
Kolda	6	17	100	0	100	64	64	100	100	1			
Louga	9	23	100	41	61	0	0	80	100	2			
Matam	7	17	100	60	60	20	0	60	100	1			
Saint Louis	6	29	100	100	100	64	36	64	100	2			
Sédhiou	5	12	100	100	100	0	0	40	100	1			
Tambacounda	12	25	51	68	51	29	11	51	100	3			
Thiès	5	48	100	68	100	47	32	100	100	2			
Ziguinchor	5	30	100	33	0	33	0	67	100	1			
Total	8	363	85	39	65	31	20	73	98	28			

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « personnel et formation », « diagnostic » et « médicaments et produits » utilisé pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de traitement antirétroviraux du VIH (ART) selon la méthodologie proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Prestataires dans la structure prescrivent les ART pour les patients VIH/SIDA ou fournissent des services de suivi de traitement pour les personnes sous ART y compris fournir les services dans la communauté.

<sup>2</sup> La structure a au moins un prestataire interviewé fournissant les services des ART qui déclare avoir reçu une formation continue dans certains aspects des ART au cours des 24 mois précédant l'enquête. La formation doit avoir impliqué des séances structurées, et n'inclut pas l'instruction individuelle que le prestataire aurait reçue au cours de la supervision de routine.

<sup>3</sup> La structure a un analyseur d'hématologie fonctionnel ou un compteur hématologique fonctionnel avec les réactifs nécessaires disponibles dans la structure.

<sup>4</sup> La structure a 3 ARV de première ligne pour le traitement d'adulte disponible dans la structure.

## PTME

L'ECPSS 2014 a permis d'évaluer 3 indicateurs sur la PTME :

- la disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au niveau des structures offrant les services de consultation prénatale ;
- le pourcentage offrant des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH parmi les structures offrant les services de consultation prénatale (CPN) ;
- le pourcentage, parmi les structures offrant la PTME, disposant d'un élément du programme de PTME spécifique, selon certaines caractéristiques.

Le tableau 3.23 présente la disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant.

Pratiquement toutes les structures qui offrent des services de CPN (centre de santé, poste de santé, hôpital et case de santé), qu'elles soient publiques ou privées, offrent au minimum l'un des services de PTME suivants :

- test de dépistage du VIH des enfants nés des mères VIH+
- prophylaxie aux ARV pour les femmes VIH+
- Prophylaxie aux ARV pour les enfants nés de mères VIH+
- conseil pour l'alimentation du nouveau-né et nourrissons
- conseil nutritionnel pour les femmes VIH+ et leurs enfants
- conseil sur la planification familiale aux femmes VIH+

Le test de dépistage pour les femmes enceintes est disponible dans 99 % des structures qui offrent des services de CPN et un service quelconque de PTME ; ce qui montre une bonne intégration des services de PTME dans les services de CPN.

Par contre, le dépistage du VIH des enfants nés de mère séropositive n'est disponible que dans 13 % de ces structures.

Le traitement ARV pour les femmes séropositives et la prophylaxie ARV les enfants nés de mère séropositive sont essentiellement disponibles au niveau des hôpitaux et centres de santé offrant les services intégrés de CPN et de PTME. Au niveau des postes de santé seule 4 % disposent de service de prophylaxie ARV pour les enfants nés de mère séropositive et 5 % disposent de traitement ARV pour les femmes enceintes séropositives ; il faut noter que dans le cadre de la politique nationale le service de prophylaxie ARV n'est pas encore totalement décentralisé au niveau des postes santé même si quelques districts pour des raisons d'accès difficile positionnent les produits au niveau des postes pour le suivi.

Pour ce qui concerne les mères la politique nationale recommande à ce jour une trithérapie sur initiative d'un médecin avec un suivi possible par des prestataires paramédicaux.

Tableau 3.23. Disponibilité des services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les structures offrant les services de consultation prénatale

Parmi les structures offrant les services de consultation prénatale (CPN), pourcentage offrant les services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH et, parmi les structures offrant la PTME, pourcentage ayant un élément du programme de PTME spécifique, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant la CPN qui fournit un service quelconque de PTME <sup>1</sup>	Effectif des structures de santé offrant la CPN	Pourcentage des structures de CPN offrant la PTME qui fournit :										Effectif des structures offrant la CPN et un service quelconque de PTME		
			Test de dépistage du VIH des femmes enceintes	Test de dépistage du VIH des enfants nés des mères VIH+	Prophylaxie aux ARV pour les femmes VIH+	Prophylaxie aux ARV pour les enfants nés des mères VIH+	Prophylaxie aux ARV pour les enfants nés des mères VIH+	Conseil pour l'alimentation des nouveau-nés et nourrissons	Conseil nutritionnel pour les femmes VIH+ et leurs enfants	Conseil sur la planification familiale aux femmes VIH+					
<b>Type de structure</b>															
Hôpital	98	12	92	31	43	43	68	68	68	68	68	68	68	12	
Centre de santé	100	24	100	54	59	58	74	70	70	70	70	70	76	24	
Poste de santé	97	293	99	9	5	4	38	31	31	31	31	31	32	284	
<b>Autorité de gestion</b>															
Publique	98	277	99	15	12	11	42	36	36	36	36	36	38	272	
Privé	92	52	99	3	5	3	38	28	28	28	28	28	48	48	
<b>Région</b>															
Dakar	93	58	98	20	14	14	38	29	29	29	29	29	33	54	
Diourbel	100	25	100	8	7	7	18	24	24	24	24	24	29	25	
Fatick	100	23	100	4	6	6	17	17	17	17	17	17	23	23	
Kafrine	100	14	100	11	10	10	72	48	48	48	48	48	14	14	
Kaolack	100	22	93	13	2	2	72	45	45	45	45	45	22	22	
Kédougou	100	8	100	15	46	46	69	58	58	58	58	58	8	8	
Kolda	100	14	100	13	13	13	76	53	53	53	53	53	14	14	
Louga	93	20	100	9	7	7	39	31	31	31	31	31	19	19	
Matam	86	17	100	21	8	8	58	58	58	58	58	58	15	15	
Saint Louis	99	27	100	16	6	6	21	21	21	21	21	21	27	27	
Sédhiou	100	12	100	17	25	17	65	71	71	71	71	71	12	12	
Tambacounda	100	21	100	6	27	19	54	54	54	54	54	54	21	21	
Thiès	97	44	100	17	7	7	32	22	22	22	22	22	43	43	
Ziguinchor	100	25	100	10	4	4	33	40	40	40	40	40	25	25	
Total	97	329	99	13	11	10	42	36	36	36	36	36	320	320	
Case de santé	91	28	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	26	

ARV = antirétroviral

NA = Non applicable

<sup>1</sup> La structure fournit un des services suivants pour la prévention de la transmission du VIH d'une femme enceinte séropositive à son enfant : Conseils sur le VIH et le service de test de dépistage aux femmes enceintes, test de dépistage des enfants, nés de mère séropositive, traitement prophylactique aux antirétroviraux, traitement prophylactique aux femmes enceintes séropositives, traitement prophylactique aux antirétroviraux aux enfants, nés de mère séropositive, conseils aux femmes enceintes séropositives pour l'allaitement des nouveau-nés et nourrissons, conseils nutritionnels pour les femmes enceintes séropositives et leurs enfants, et conseils sur la planification familiale aux femmes enceintes séropositives.

### 3.10 Maladies non transmissibles

L'ECPSS du Sénégal 2014 a permis d'évaluer :

- la capacité de diagnostic du diabète et les médicaments essentiels pour sa prise en charge (PEC) ;
- la disponibilité des médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies cardio-vasculaires ;
- disponibilité des médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies respiratoires chroniques.

#### *Diagnostic et médicaments essentiels pour la PEC du diabète*

Le tableau 3.24 montre la capacité de diagnostic et la disponibilité des médicaments essentiels du diabète dans les structures offrant des services du diabète.

Parmi les structures offrant le traitement du diabète, un peu plus de sept structures sur dix étaient capables de réaliser la glycémie (73 %), la glycosurie (53 %) et la protéinurie (53 %) loin de la disponibilité de la première année où seulement un quart des structures visitées réalisaient ces tests.

Par ailleurs, la disponibilité était moins importante dans les régions de Kolda, Dakar et Fatick pour le test de la glycémie.

Tableau 3.24 Capacité de diagnostic et médicaments essentiels du diabète

Parmi les structures offrant les services du diabète, pourcentage ayant la capacité de diagnostic et des médicaments essentiels indiqués observés au sein de la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Capacité de diagnostic			Médicaments				Effectif des structures offrant les services du diabète
	Glycémie <sup>1</sup>	Protéinurie <sup>2</sup>	Glycorurie <sup>3</sup>	Metformine	Glibenclamide	Insuline injectable	Solutions de perfusion (sodium chlorure et glucose)	
<b>Type de structure</b>								
Hôpital	79	73	73	32	6	35	37	14
Centre de santé	97	58	62	9	0	8	51	29
Poste de santé	71	52	51	5	1	1	39	299
<b>Autorité de gestion</b>								
Publique	76	55	54	5	0	2	42	280
Privé	63	45	47	13	2	10	27	62
<b>Région</b>								
Dakar	59	53	56	10	0	9	30	63
Diourbel	94	65	81	5	3	0	50	25
Fatick	63	86	58	7	1	0	1	23
Kaffrine	65	23	23	0	5	2	59	12
Kaolack	82	35	37	4	0	2	57	23
Kédougou	74	20	34	0	0	0	68	7
Kolda	42	21	21	0	0	0	65	16
Louga	70	56	50	4	0	2	40	23
Matam	78	33	33	1	0	1	100	17
Saint Louis	91	51	61	2	0	2	76	29
Sédhiou	83	91	86	2	0	2	0	12
Tambacounda	80	55	35	7	6	7	0	21
Thiès	77	57	63	16	0	5	43	46
Ziguinchor	78	61	55	0	0	0	0	25
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>342</b>

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « diagnostic » et « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge du diabète selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> La structure a un glucomètre fonctionnel et des bandelettes réactives non périmées pour la recherche de glucose au sein de la structure le jour de l'enquête.

<sup>2</sup> La structure a des bandelettes réactives non périmées pour le test de la protéinurie disponible dans la structure le jour de l'enquête.

La disponibilité des médicaments pour la prise en charge du diabète est très faible dans les structures offrant les services de diabète ; seulement 1 % de glibenclamide, 3 % d'insuline et 6 % de metformine étaient disponibles. Quant au soluté de glucose, il était disponible dans 40 % de ces structures le jour de l'enquête avec rupture totale dans les régions de Ziguinchor, Tambacounda et Sédhiou.

### *Médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies cardio-vasculaires*

Le tableau 3.25 présente la disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies cardiovasculaires dans les structures offrant des services pour les maladies cardio-vasculaires.

Parmi les structures offrant les services de maladies cardiovasculaires, la disponibilité des médicaments essentiels et produits demeure encore très faible presque inexistante, et ceci dans toutes les régions. En outre la disponibilité était meilleure dans les structures privées.

Tableau 3.25 Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies cardiovasculaires

Parmi les structures offrant les services des maladies cardiovasculaires, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits indiqués observés au sein de la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristique, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services des maladies cardio-vasculaires qui disposent de :					Effectif des structures offrant les services des maladies cardio-vasculaires
	Inhibiteurs de l'EC (enalapril)	Thiazide	Bêta-bloquants (atenolol)	Bloqueurs des canaux calciques (amlodipine/nifedipine)	Oxygène <sup>1</sup>	
<b>Type de structure</b>						
Hôpital	0	0	7	10	49	14
Centre de santé	3	0	2	5	19	29
Poste de santé	1	2	1	1	3	313
<b>Autorité de gestion</b>						
Publique	0	0	1	1	3	293
Privé	4	8	3	5	19	64
<b>Région</b>						
Dakar	0	0	4	6	22	64
Diourbel	0	0	0	0	0	25
Fatick	2	0	0	0	2	23
Kaffrine	0	5	0	0	2	14
Kaolack	0	4	0	0	6	23
Kédougou	0	0	0	0	0	9
Kolda	0	0	0	0	2	17
Louga	8	0	0	0	0	23
Matam	0	0	0	0	1	17
Saint Louis	0	0	0	0	1	29
Sédhiou	0	0	0	0	3	12
Tambacounda	5	5	5	0	1	25
Thiès	0	6	0	3	8	48
Ziguinchor	0	0	2	2	2	29
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>357</b>

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge des maladies cardiovasculaires selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Dans des bouteilles ou des concentrateurs

### *Médicaments et produits essentiels pour la PEC des maladies respiratoires chroniques*

Le tableau 3.26 présente la disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies respiratoires chroniques dans les structures offrant des services pour les maladies respiratoires chroniques.

Parmi les structures offrant les services de maladies respiratoires chroniques, hormis l'hydrocortisone disponible dans un peu plus d'une structure sur deux (53 %) et le salbutamol dans un peu moins d'une structure sur trois (28 %), tous les autres médicaments, de même que l'oxygène (6 %), étaient rarement disponibles le jour de l'enquête. Cette situation est identique à la première année.

Tableau 3.26 Disponibilité des médicaments essentiels et produits pour les maladies respiratoires chroniques

Parmi les structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques, pourcentage ayant les médicaments essentiels et produits indiqués observés au sein de la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques qui disposent de :						Effectif des structures offrant les services des maladies respiratoires chroniques
	Salbutamol inhalateur	Beclomethasone inhalateur	Prednisolone comprimés	Hydrocortisone comprimés	Epinephrine injectable	Oxygène <sup>1</sup>	
<b>Type de structure</b>							
Hôpital	42	2	10	50	36	49	14
Centre de santé	39	0	8	58	11	19	29
Poste de santé	27	0	2	53	1	3	306
<b>Autorité de gestion</b>							
Publique	27	0	2	56	4	3	289
Privé	35	2	5	38	2	18	61
<b>Région</b>							
Dakar	31	0	5	38	9	20	63
Diourbel	8	0	0	49	3	0	25
Fatick	25	0	9	39	0	2	23
Kaffrine	47	0	0	76	0	2	14
Kaolack	38	0	0	47	0	6	23
Kédougou	22	0	0	70	0	0	8
Kolda	23	0	3	64	0	3	14
Louga	22	0	0	62	2	0	23
Matam	1	0	0	57	0	1	17
Saint Louis	6	0	0	62	2	1	29
Sédhiou	30	0	2	58	2	3	12
Tambacounda	29	0	10	49	1	1	25
Thiès	41	4	1	69	8	9	45
Ziguinchor	53	0	3	44	5	2	29
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>350</b>

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans le domaine « médicaments et produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge des maladies respiratoires chroniques selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Dans des bouteilles ou des concentrateurs

### 3.11 Tuberculose (TB)

L'ECPSS 2014 a permis d'évaluer le pourcentage des structures ayant la capacité de diagnostiquer la tuberculose et disposant des médicaments pour le traitement.

Le tableau 3.27 présente la capacité de diagnostic et la disponibilité des médicaments pour le traitement de la tuberculose dans les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB.

#### Diagnostic

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB, 15 % ont la capacité de réaliser un diagnostic par microscopie de la TB. Le diagnostic par microscopie est beaucoup plus réalisé dans les centres de santé (68 %), les hôpitaux (50 %) et dans seulement 6 % des postes de santé.

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB, 93 % peuvent diagnostiquer le VIH. Dans 7 des 14 régions du Sénégal, toutes les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la TB ont la capacité de diagnostiquer le VIH. Pour les autres régions, au moins huit de ces structures sur dix ont cette capacité de diagnostic. Par ailleurs, on peut noter que cette capacité de diagnostic est beaucoup plus fréquente dans les structures du public (95 %) que du privé (85 %). Pratiquement tous les hôpitaux (97 %), centres de santé (98 %) et postes de santé (92 %) ont la capacité de réaliser ce diagnostic.

#### Médicaments

Concernant la disponibilité des médicaments pour le traitement de la TB, près de six structures sur dix (58 %) visitées et offrant des services de diagnostic et ou de traitement de la TB disposaient de traitement

de première ligne (85 % des centres de santé). La streptomycine injectable quant à elle n'était disponible que dans une structure sur cinq.

Tableau 3.27 Capacité de diagnostic et disponibilité des médicaments pour le traitement de la tuberculose

Parmi les structures offrant n'importe quel service de diagnostic, et/ou traitement de suivi de la tuberculose (TB), pourcentage ayant la capacité de diagnostic de TB et VIH et les médicaments pour le traitement de la TB disponible dans la structure de jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage des structures ayant les capacités de microscopie frottis de TB <sup>1</sup>	Pourcentage des structures ayant :		Pourcentage des structures disposant de :		Effectif des structures offrant un service quelconque de diagnostic, de traitement, et/ou de suivi de traitement de la TB
		Capacité de diagnostic du VIH <sup>2</sup>	Système diagnostic du VIH pour les clients de TB <sup>3</sup>	Traitement de première ligne <sup>4</sup>	Streptomycine Injectable	
<b>Type de structure</b>						
Hôpital	50	97	38	30	19	7
Centre de santé	68	98	85	85	72	21
Poste de santé	6	92	50	56	13	160
<b>Autorité de gestion</b>						
Publique	14	95	57	64	22	160
Privé	22	85	33	28	4	28
<b>Région</b>						
Dakar	29	79	45	50	32	29
Diourbel	3	100	79	83	13	19
Fatick	6	99	88	49	12	23
Kaffrine	32	100	55	100	55	3
Kaolack	6	100	47	82	11	8
Kédougou	20	100	35	35	0	2
Kolda	40	100	20	93	33	5
Louga	10	90	53	43	22	14
Matam	14	100	24	24	24	5
Saint Louis	17	86	12	53	26	10
Sédhiou	5	100	59	73	16	11
Tambacounda	36	86	64	47	26	8
Thiès	9	96	47	75	20	36
Ziguinchor	21	91	41	16	3	16
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>93</b>	<b>53</b>	<b>58</b>	<b>20</b>	<b>188</b>

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les domaines « diagnostics » et « médicaments et des produits » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge de la tuberculose selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Microscopie fonctionnel, lames et tous colorants pour le test de Ziehl-Neelsen (fuchsine phéniquée, acide sulfurique et bleu de méthyle) étaient tous disponible dans la structure le jour de l'enquête.

<sup>2</sup> Kits de diagnostic rapide du VIH disponible ou une machine ELISA avec lecteur, incubateur et tests spécifiques.

<sup>3</sup> Registre ou archive indiquant les clients de TB ayant été testé pour le VIH

<sup>4</sup> Combinaison de quatre médicaments à dose fixe (4FDC) disponible, ou soit isoniazide, pyrazinamide, rifampicine et éthambutol sont tous disponible, ou une combinaison de ces médicaments, pour fournir le traitement de première ligne.

### 3.12 Paludisme

L'ECPSS 2014 a permis d'évaluer la disponibilité des services du paludisme, les normes et protocoles, le personnel formé, la capacité de diagnostic, ainsi que la disponibilité des médicaments et produits antipaludiques.

#### *Équipements, médicaments et produits*

Le tableau 3.28 présente le pourcentage de structures offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme et, parmi ces structures, la disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et la capacité de diagnostic.

L'objectif de couverture universelle pour toutes les interventions à travers la mise en œuvre des derniers plans a permis d'améliorer l'offre de manière significative.

Tableau 3.28 Disponibilité des services du paludisme et disponibilité des normes et protocoles, du personnel formé et de la capacité de diagnostic dans les structures offrant des services du paludisme

Parmi toutes les structures, pourcentage offrant le diagnostic du paludisme et/ou services de traitement et, parmi les structures offrant le diagnostic du paludisme et/ou services de traitement, pourcentage ayant des normes et protocoles, du personnel formé et la capacité diagnostic pour soutenir l'offre des services de qualité du paludisme, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Pourcentage de toutes les structures offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme <sup>1</sup>		Directives				Personnel formé			Diagnostic		Effectif des structures offrant le diagnostic et/ou services de traitement du paludisme <sup>7</sup>
	Effectif des structures	Normes et protocoles sur le TPI <sup>2</sup>	Directives sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme	Personnel formé en diagnostic et/ou traitement du paludisme	Personnel formé en TPI <sup>4</sup>	TDR du paludisme <sup>5</sup>	Microscopie du paludisme <sup>6</sup>	Diagnostic quelconque du paludisme <sup>7</sup>	Personnel formé			
									Effectif des structures	Normes et protocoles sur le TPI <sup>2</sup>	Directives sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme	
<b>Type de structure</b>												
Hôpital	97	15	51	71	22	90	62	93	14			
Centre de santé	100	29	86	87	49	95	64	98	29			
Poste de santé	99	319	89	84	71	94	6	95	315			
<b>Autorité de gestion</b>												
Publique	100	295	89	88	73	98	10	98	295			
Privé	93	68	75	63	39	75	26	79	64			
<b>Région</b>												
Dakar	93	69	72	75	44	83	29	88	64			
Diourbel	100	25	98	98	90	95	7	95	25			
Fatick	100	23	94	100	97	100	6	100	23			
Kafrine	100	14	100	91	70	100	11	100	14			
Kaolack	100	23	92	92	87	94	8	94	23			
Kédougou	100	9	79	100	91	95	18	95	9			
Kolda	100	17	74	82	59	94	4	94	17			
Louga	100	23	98	88	72	94	12	94	23			
Matam	100	17	93	78	100	100	4	100	17			
Saint Louis	100	29	86	86	66	95	6	95	29			
Sédhiou	100	12	94	89	80	100	5	100	12			
Tambacounda	100	25	82	85	75	100	12	100	25			
Thiès	100	48	86	75	55	89	14	92	48			
Ziguinchor	100	30	95	73	60	100	11	100	30			
Total	99	363	87	84	67	94	13	95	359			
Case de santé	94	89	73	45	23	83	NA	83	84			

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs présentés dans ce tableau sont inclus dans les « personnel et de la formation », et « diagnostic » pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge du paludisme selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> Ceci est basé sur les structures qui déclarent qu'ils offrent le diagnostic et/ou le traitement du paludisme. Les structures offrant des services des consultations prénatales qui ont déclaré qu'ils fournissent les tests de diagnostic rapide (TDR) ou qui administreraient ces tests au site de services des consultations prénatales le jour de l'enquête ont été comptées comme offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme. Aussi, les structures offrant de soins curatifs infantiles ou le prestataire des soins curatifs infantiles diagnostiquant le paludisme ou qui offrait de traitement du paludisme le jour de l'enquête ont été comptées comme offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme.

<sup>2</sup> Normes et protocoles sur le Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme.

<sup>3</sup> La structure a au moins un prestataire des services du paludisme qui a reçu une formation continue en matière de diagnostic et/ou de traitement du paludisme durant les 24 mois ayant précédés l'enquête. La formation doit impliquer une session structurée, et n'inclut pas une instruction individuelle reçue au cours d'une visite de supervision de routine.

<sup>4</sup> La structure a au moins un prestataire des services des consultations prénatales qui a reçu une formation continue en matière des aspects de Traitement Préventif Intermittent (TPI) durant les 24 mois ayant précédés l'enquête. La formation doit impliquer une session structurée, et n'inclut pas une instruction individuelle reçue au cours d'une visite de supervision de routine.

<sup>5</sup> La structure a un kit de test de diagnostic rapide non périmé disponible dans la structure.

<sup>6</sup> La structure a un microscope fonctionnel avec les lames en verre et colorants appropriés pour la microscopie du paludisme disponible dans la structure.

<sup>7</sup> La structure a la capacité de faire le TDR du paludisme ou soit la capacité de la microscopie du paludisme.

En effet le diagnostic et/ou le traitement du paludisme sont livrés dans 99 % des structures sanitaires. Cette offre de service est assez élevée quel que soit le type de structure, l'autorité de gestion ou la région considérée. Par ailleurs cette disponibilité est de 94 % dans les cases de santé.

Les normes et protocoles (directives) sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme sont disponibles dans 87 % des structures offrant des services de diagnostic et ou traitement du paludisme. Ces documents sont davantage disponibles dans les postes de santé (89 %) et les centres de santé (86 %), et selon le type de gestion, sont plus fréquents dans le public (89 %) que dans le privé (75 %). Par ailleurs on note une excellente disponibilité dans toutes les régions surtout celle de Kaffrine où toutes les structures visitées possèdent ces documents de référence ; les régions où ils sont les moins disponibles sont les régions de Dakar (72 %) et Kolda (74 %).

Les documents relatifs aux normes et protocoles sur le Traitement Préventif Intermittent (TPI) pour la femme enceinte sont présents au niveau d'un peu plus de six structures sanitaires sur dix (65 %) parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou de traitement du paludisme contrairement à la première année où on la disponibilité était de 58 %.

La formation continue en matière de diagnostic et/ou traitement du paludisme a concerné 84 % du personnel au cours des 24 derniers mois précédant l'enquête dans les structures offrant les services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme contre 78 % la première année. En outre 45 % des cases de santé disposent de personnel formé à la prise en charge du paludisme contre 34 % la première année.

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme, le pourcentage de structures disposant d'un personnel formé sur le TPI reste faible à l'échelle nationale (67 %) malgré une nette amélioration (53 % la première année) surtout dans les régions de Dakar (44 %) et Thiès (55 %) et Kolda (59 %).

Le test de diagnostic rapide (TDR) du paludisme est disponible dans 94 % des structures sanitaires au niveau national parmi les structures offrant les services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme. La disponibilité des TDR est plus fréquente au niveau des centres de santé (95 %) et des postes de santé (94 %) qu'au niveau des hôpitaux et des cases de santé (90 et 83 %).

Au niveau national, seules 13 % des structures offrant des services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme proposent le diagnostic microscopique du paludisme.

### *Disponibilité des médicaments et produits antipaludiques*

Le tableau 3.29 présente la disponibilité des médicaments et produits antipaludiques dans les structures offrant des services de paludisme.

Au niveau national, parmi les structures offrant les services de diagnostic et/ou de traitement du paludisme, la disponibilité des médicaments et produits antipaludiques concernait principalement la quinine injectable dans 80 % des structures visitées, les ACT (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine) de première ligne pédiatriques dans 79 % avec une disponibilité de 53 % au niveau des cases de santé, tandis que les préparations pour adolescents et adultes étaient disponibles respectivement dans 56 et 65 % des cas.

Au niveau national 76 % des structures offrant les services du paludisme disposent de la SP, il faut noter qu'une intense activité de plaidoyer a été menée auprès des MCD pour la disponibilité de la SP.

Nous notons une plus grande disponibilité au niveau des PS et du secteur public (81 %) alors que celle-ci n'est que de 31 % au niveau des hôpitaux et 55 % au niveau du privé où certainement la prescription au niveau des officines est la règle.

La région de Kaffrine avec 98 % de ses structures qui ont la SP vient en tête tandis que Dakar ferme la marche avec 41 %. La proportion de privé et d'hôpitaux à Dakar a impacté négativement sur la performance de la région

La quinine injectable était le médicament antipaludique le plus utilisé et dont la disponibilité était meilleure au niveau des centres de santé et des postes de santé (respectivement 90 % et 80 %) qu'au niveau des hôpitaux (59 %), et davantage dans le public que dans le privé. Au niveau des régions, Matam et Kédougou ont le pourcentage de disponibilité le plus élevé (100 %) et Dakar le pourcentage le plus faible (61 %).

Par ailleurs, on a noté une faible utilisation des autres thérapies non artémisinine dans 10 % des cas contre 38 la première année.

Au niveau national, les MII sont disponibles dans 47 % des structures offrant les services du paludisme. Les Postes de santé avec 49 % de disponibilité viennent en tête des structures classées selon la typologie devant les centres de santé (42 %) et les hôpitaux (17 %). Il faut noter que dans le processus mis en place, les hôpitaux à cause de leur mode gestion sont moins impliqués dans cette intervention

Au niveau des structures publiques qui sont dotés par le PNLP à la demande la disponibilité de MII est de 54 % contre 17 % dans le privé.

La région de Ziguinchor (84 %) et celle de Kédougou (74 %) présentent les meilleures disponibilités en MII au niveau des structures sanitaires tandis que Diourbel (5 %) et Kaolack (13 %) ont les taux de disponibilité les plus faibles.

La disponibilité est également faible au niveau communautaire avec 29 %.

Tableau 3.29. Disponibilité des médicaments et produits antipaludiques dans les structures offrant des services du paludisme

Parmi les structures offrant le diagnostic et/ou le traitement du paludisme pourcentage ayant des antipaludiques, sulfadoxine/pyriméthamine, paracétamol et les moustiquaires préimprégnées d'insecticide (MI) disponible dans la structure le jour de l'enquête, selon certaines caractéristiques, Sénégal ECPSS 2014

Caractéristique	Antipaludiques										Autres médicaments et produits			Effectif des structures offrant le diagnostic et/ou services de traitement du paludisme
	ACT <sup>3</sup> de première ligne - préparation pédiatrique	ACT <sup>3</sup> de première ligne - préparation adolescente	ACT <sup>3</sup> de première ligne - préparation adulte	Autres antipaludiques	Artésunate injectable	Artésunate voie rectale	Quinine par voie orale	Quinine injectable	SP <sup>1</sup>	Paracétamol comprimé	MI <sup>2</sup>			
<b>Type de structure</b>														
Hôpital	40	29	32	14	22	0	0	59	31	53	17	14		
Centre de santé	63	38	50	15	6	0	0	90	47	88	42	29		
Poste de santé	82	59	68	10	1	0	0	80	81	90	49	315		
<b>Autorité de gestion</b>														
Publique	86	61	70	9	3	0	0	84	81	94	54	295		
Privé	47	35	41	13	3	0	0	61	55	63	17	64		
<b>Région</b>														
Dakar	54	20	24	23	6	0	0	61	41	75	40	64		
Diourbel	88	75	82	13	0	0	0	93	93	93	5	25		
Fatick	94	89	89	0	3	0	0	89	93	94	37	23		
Kafrine	95	86	100	5	5	0	0	76	98	100	73	14		
Kaolack	90	72	90	4	0	0	0	89	78	92	13	23		
Kédougou	90	75	91	0	0	0	0	100	78	90	74	9		
Kolda	58	28	34	0	0	0	0	66	75	89	61	17		
Louga	90	86	88	0	0	0	0	98	70	78	72	23		
Matam	76	60	53	17	0	7	0	100	83	86	46	17		
Saint Louis	85	85	94	6	2	0	0	52	94	90	71	29		
Sédhiou	100	78	66	0	2	0	0	94	84	100	58	12		
Tambacounda	91	49	89	6	12	0	0	88	94	95	30	25		
Thiès	68	37	37	22	0	0	0	91	79	87	41	48		
Ziguinchor	92	56	76	0	2	0	0	71	78	100	84	30		
Total	79	56	65	10	3	0	0	80	76	88	47	359		
Case de santé	53	NA	56	5	NA	NA	NA	NA	NA	81	29	84		

NA = Non applicable

Note : Les indicateurs des antipaludiques de première ligne, sulfadoxine/pyriméthamine, paracétamol et MI présentés dans ce tableau comprennent les domaines des médicaments et produits pour évaluer le niveau de préparation des structures de santé à fournir des services de prise en charge du paludisme selon la méthodologie d'évaluation des structures de santé proposée par l'OMS et l'USAID (2012).

<sup>1</sup> SP = sulfadoxine/pyriméthamine (Fansidar). La structure a le SP pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse.

<sup>2</sup> La structure a des moustiquaires préimprégnées d'insecticide (MI) ou des bons d'échange pour des MI disponibles dans la structure pour distribuer aux clients.

<sup>3</sup> ACT = Combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine

**DIRECTEUR NATIONAL**

Ababacar Sedikh BEYE, Directeur Général ANSD

**DIRECTEUR NATIONAL ADJOINT**

Mamadou Falou MBENGUE, Directeur Général Adjoint ANSD

**DIRECTEUR TECHNIQUE**

Cheikh Tidiane NDIAYE, Directeur des Statistiques Démographiques et Sociales

**COORDONNATEUR TECHNIQUE**

Fatou Bintou NIANG CAMARA

**EXPERT EN SANTE**

Dr Ibou GUISSSE

**RESPONSABLE DES OPERATIONS DE TERRAIN**

Dr Ibou GUISSSE et Papa Mabèye DIOP

**RESPONSABLE INFORMATIQUE**

Papa Thiécouta NDIAYE

**GESTIONNAIRE**

Samba TALL

**EQUIPE D'ENCADREMENT TECHNIQUE ET DE PILOTAGE**

Mamadou Falou MBENGUE (ANSD), Cheikh Tidiane NDIAYE (ANSD), Fatou Bintou NIANG CAMARA (ANSD), Papa Mabeye DIOP (ANSD), Thiécouta NDIAYE (ANSD), Papa Ibrahima Sylmang SENE (ANSD), Dr Moussa DIAKHATE (USAID), Abdoulaye GUEYE (UNICEF), Papa Madiop DIOP (UNFPA), Mariama GUEYE (IST/SIDA), Ndèye Khady TOURÉ (CLM), Matar CAMARA (USAID), Mr DIOUF (Micronutrient Initiative), Julie THWING (PMI), Nafissatou DIOP (POPCOUNCIL), Dr Siaka COULIBALY (DSISS), Dr Abdoulaye DIAW (DSISS), Malang COLY (OMS).

**ADAPTATION DU QUESTIONNAIRE ET FORMATION**

Dr Mariama GUEYE, Dr Fatou NIASS (DLSI), Dr Ousseynou FAYE (DSRSE), Dr Moussa DIAKHATE (USAID), Dr Ibou GUISSSE (ANSD).

**MISE A JOUR DE LA LISTE PRINCIPALE DES STRUCTURES**

Dr Siaka COULIBALY (DSISS/MSAS), Dr DIA (DSISS), Dr Moussa DIAKHATE (USAID), Dr Ibou GUISSSE (ANSD)

**EQUIPE D'ENCADREMENT INFORMATIQUE**

Thiécouta NDIAYE, Abdou SARR, Ndiassé DAGOURA

**EQUIPE DE REDACTION**

Dr Ibou GUISSSE, Dr Ousseynou BADIANE, Dr Kemo DIEDHIOU, Dr Abdoulaye DIAW, Dr Moustapha CISSE et toute l'équipe du PNL, Dr Mariama GUEYE, Dr Fatou NIASS, Mr Pape Manoumbe NDIAYE, Dr Oulimata DIOP FALL, Dr NGoné Deguene SAMB, Dr Chimere DIAW, Dr Moussa DIAKHATE

## **COORDONNATEUR MEDICAL**

Dr Moussa DIAKHATE

## **PERSONNELS DE COLLECTE**

### **Chefs d'équipe**

Anta GUEYE  
Omar FALL  
Ndéye Oumy DIOUF

### **Enquêteurs**

Abdou Lahad DIOUF  
Fatoumata Dior LO  
Mame Arame DIOP  
El Hadji Ousmane FAYE  
Marième SALL  
Marième SEMBENE

### **Chauffeurs**

MBaye DIAGNE  
Mamadou BA  
Moctar NDAO  
Aliou DIENG  
Daouda NGOM

Madieng KEBE  
Mamadou SAMB  
Abdou Mamadou LY  
Mamadou Dieng SALL  
Djibril DIATTA

### **Reprographe**

Saliou FAYE

### **Personnel d'appui**

Mbaye NDIAYE et Matar BOCOUM

## **ASSISTANCE TECHNIQUE D'ICF INTERNATIONAL**

Jose Miguel GUZMAN, coordination, ICF International  
Dr Paul AMETEPI, conception, ICF International  
Dr Michelle WINNER, appui technique, ICF International  
Dr Salima MUTIMA, conception, exécution et analyse, ICF International  
Ruilin REN, plan de sondage, ICF International  
Albert THEMME, traitement informatique, ICF International  
Abraham SENE, traitement informatique, ICF International  
Sarah BALIAN, dissémination, ICF International  
Natalie LA ROCHE, production du rapport, ICF International





## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

001	NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE _____	
002	LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE/COMMUNAUTE RURALE) _____	
003	REGION/PROVINCE . . . . .	[ ] [ ]
004	DISTRICT SANITAIRE . . . . .	[ ] [ ] [ ]
005	CODE DE LA STRUCTURE . . . . .	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
006	TYPE STRUCTURE SANITAIRE	
	HÔPITAL . . . . .	01
	CENTRE DE SANTE . . . . .	02
	POSTE DE SANTE . . . . .	03
007	STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (PROPRIETE)	
	PUBLIQUE . . . . .	1
	ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF . . . . .	2
	PRIVE . . . . .	3
	PRIVE CONFESIONNEL . . . . .	4
008	URBAIN/RURAL	
	URBAIN . . . . .	1
	RURAL . . . . .	2
009	HOSPITALISATION SEULEMENT	
	OUI . . . . .	1
	NON . . . . .	2

### VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR [ ] [ ] MOIS [ ] [ ] [ ] ANNEE [ ] [ ] [ ] [ ]
NOM DE L'ENQUETEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR [ ] [ ] [ ] [ ]
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT [ ] [ ] [ ] [ ]

**CODES RESULTAT (VISITE FINALE):**

- 1 : REMPLI POUR LA STRUCTURE
- 2 : REpondant NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE
- 3 : DIFFERE/PARTIELLEMENT REMPLI
- 4 : REFUS DE LA STRUCTURE
- 5 : FERME/ PAS ENCORE OPERATIONEL
- 6 : AUTRE \_\_\_\_\_  
(SPECIFIER)

### NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES. ....	[ ] [ ]	
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN CPN. ....	[ ] [ ] [ ] [ ]	# TOTAL DES VISITES CLIENT
NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES. ....	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]

## COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

### POSITIONNER LE GPS

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

### SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTRER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VERIFIER QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)	NOM WAYPOINT <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
011 HAUTEUR	HAUTEUR ..... <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
012 LATITUDE	N/S ..... a  DEGRES/DECIM b <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O ..... a  DEGREES/DECIM b <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

# CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DE SANTE OU L'AGENT DE SANTE AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE QUI EST PRESENT DANS LA STRUCTURE.  
LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est \_\_\_\_\_. Je représente le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques dans une étude des structures de santé, pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations de services de santé au Sénégal.

Je vais vous lire maintenant une déclaration expliquant l'étude.

Votre structure de santé a été sélectionnée pour faire partie de cette étude. Nous vous poserons des questions sur divers services de santé. Les informations collectées dans votre structure pourront être utilisées par le Ministère de Santé, les organisations qui soutiennent les services de santé de votre structure, et par les chercheurs, pour améliorer l'offre de services de santé ou pour mener des études plus poussées sur ces mêmes services.

Ni votre nom, ni celui de tout autre prestataire de santé qui participera à cette étude ne figurera dans la base de données ou dans un quelconque rapport ; cependant, il y a un très faible risque qu'un des répondants puisse être identifié par la suite. Nous sollicitons tout de même votre aide pour collecter les informations.

Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question ou d'interrompre l'interview à tout moment. Cependant nous espérons que vous répondrez aux questions, ce sera un bénéfice pour les services que vous dispensez et pour le pays.

S'il y a des questions pour lesquelles une autre personne est plus indiquée pour donner l'information, nous vous serions reconnaissants de nous mettre en contact avec cette personne afin de nous aider à collecter cette information.

Avez-vous des questions sur l'étude? Est-ce que je peux commencer l'interview?

				2	0	1
JOUR			MOIS		ANNEE	

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ENQUETEUR/TRICE INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ ARRET										
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 10px;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">HEURES</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">MINUTES</td> </tr> </table>			:			HEURES			MINUTES		
		:											
HEURES			MINUTES										

EXPLIQUEZ A L'INTERVIEWE(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET SUR LES REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE REUNIONS ET ACTIVITES ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITEZ RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR LE LIEU DE L'INTERVIEW.

EXPLIQUEZ AUSSI QU'IL Y AURA UNE SECTION SUR LES STATISTIQUES DE SANTE (NOMBRE DES VISITES AMBULANTS ET DES HOSPITALISATI POUR LE MOIS PASSE QUI EST COMPLET. IL SERA UTILE DE RASSEMBLER TOUTES CES INFORMATIONS. S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU D'INTERVIEW

**ATTENTION!!!!**

REMERCEZ L'INTERVIEWE(E) A LA FIN DE CHAQUE SECTION OU SOUS SECTION AVANT DE CONTINUER AU POINT SUIVANT

MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

**SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES ET HOSPITALISATION**

DISPONIBILITE DES SERVICES

102	Est-ce que votre structure fournit les services de santé suivants? En d'autre termes est-ce qu'il y a un endroit où les patients peuvent recevoir les services suivants:	OUI	NON	FAIT
01	Services de vaccination infantile, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Un quelconque service de planning familial, - y compris méthodes modernes, les méthodes basées sur la connaissance de la période de fertilité (méthode naturelle), la stérilisation chirurgicale féminine ou masculine	1	2	<input type="checkbox"/>
05	Services de Consultations Prénatales (CPN)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)	1	2	<input type="checkbox"/>
07	Services pour accouchement normal et/ou soins du nouveau-né	1	2	<input type="checkbox"/>
08	Services pour le diagnostic ou le traitement du paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
09	Services pour le diagnostic ou le traitement des IST, en dehors du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
10	Services pour le diagnostic, le traitement (prescription) ou suivi du traitement de la TBC	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
12	Services pour la prescription d'antirétroviraux contre le VIH/SIDA ou le suivi du traitement antirétroviral.	1	2	<input type="checkbox"/>
13	Soins et soutien des malades atteints du VIH/SIDA, y compris le traitement des infections opportunistes et la fourniture de soins palliatifs	1	2	<input type="checkbox"/>
14	Services de diagnostic ou de prise en charge des maladies non transmissibles, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, et les troubles respiratoires chroniques chez l'adulte	1	2	<input type="checkbox"/>
15	Services de petite chirurgie, telle que les incisions et le drainage des abcès, et les sutures ou lacérations qui ne nécessitent pas l'utilisation du bloc opératoire	1	2	<input type="checkbox"/>
16	Services pour les césariennes	1	2	<input type="checkbox"/>
17	Services de laboratoire pour le diagnostic, y compris tout test de diagnostic rapide.	1	2	<input type="checkbox"/>
18	Services d'analyse des groupes sanguins	1	2	<input type="checkbox"/>
19	Services de transfusion sanguine	1	2	<input type="checkbox"/>

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION ..... NSP .....998	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

## SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

### TECHNIQUE DE STERILISATION

200	J'ai quelques questions concernant la procedure de sterilisation des equipements médicaux comme le speculum, pinces ou bien d'autres equipements metaliques. Sterilisez-vous les equipements metaliques dans cette structure?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 210
201	Est ce que la sterilisation finale est faite sur place, en dehors de cette structure ou bien les deux?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE 1 SUR PLACE ET EN DEHORS 2 SEULEMENT EN DEHORS 3	

### STOCKAGES DES MEDICAMENTS

210	Est-ce que cette structure dispose de stocks des medicaments (y compris les ARV), les vaccins ou des produits contraceptifs?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 300
211	<b>VERIFIEZ Q102.04</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PF ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 PRODUITS/PF NON STOCKES 3	
213	<b>VERIFIEZ Q102.10</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 215
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service de tuberculose ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ANTI TBC NON STOCKE 3	
215	<b>VERIFIEZ Q102.12</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 300
216	Est ce que les ARV pour le traitement du VIH/SIDA sont stockés dans le service de VIH/SIDA ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE ARV 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ARV NON STOCKES 3	

**SECTION 3: DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24 - INFRASTRUCTURE - SUPERVISION EXTERNE - FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS**

**DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24**

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé qui est présent dans la structure de santé tout le temps, ou qui est à la disposition de la structure sur appel tout le temps (24H/24H) pour prendre en charge les urgences?	OUI, PRESTATAIRE 24H/24. . . . . 1 NON, PAS DE PRESTATAIRE 24H/24. . . 2	→ 310
301	Est-ce qu'il y a une feuille de garde avec les permanences du personnel qui couvre 24H?	OUI . . . . . 1 NON. . . . . 2	→ 310
302	Puis-je voir la feuille de garde avec les permanences couvrant 24H?	PERMANENCES OBSERVEES. . . . . 1 PERMANENCES RAPPORTEES, PAS VU2	

**COMMUNICATION**

310	Est-ce que cette structure a une <b>ligne téléphonique fixe</b> qui permet d'appeler durant tout le temps où les services sont offerts ?  PRECISER QUE SI LA STRUCTURE OFFRE DES SERVICES 24/24 POUR LES URGENCES, CELA SIGNIFIE AUSSI UNE DISPONIBILITE DU TELEPHONE 24/24.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 313
311	Puis-je voir le téléphone fixe?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
312	Est-ce que Le téléphone est peut être utilisé à tout moment ? VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un telephone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 316
314	Puis-je voir le téléphone portable de la structure ou le telephone portable personnel pris en charge par la structure VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
315	Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
316	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>émetteur-radio à ondes courtes</b> pour les appels radio?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
317	Puis-je voir l'émetteur-radio à ondes courtes?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
318	Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>ordinateur</b> ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
320	Puis-je voir l'ordinateur?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
321	Est-ce qu'il est peut être utilisé à tout moment? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
322	Est-ce qu'il est possible d'avoir la connexion internet au sein de la structure à travers un ordinateur ou un téléphone portable? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
323	Durant les jours où les services sont offerts, est-ce que la connexion internet est systématiquement disponible <b>pendant au moins 2 heures</b> ? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	

## SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

330	Quelle est actuellement la source habituelle d'approvisionnement en eau pour la structure?  OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS LA STRUCTURE, LE JOUR DE LA VISITE. PAR EXEMPLE VERIFIER QUE LE ROBINET EST FONCTIONNEL	ROBINET DANS LE BATIMENT	01	} → 332                } → 332  → 332 → 340
		ROBINET DANS LA COUR	02	
		BORNE FONTAINE PUBLIC	03	
		PUITS-CITERNE/FORAGE	04	
		PUITS PROTEGE	05	
		PUITS NON PROTEGE	06	
		SOURCE PROTEGEE	07	
		SOURCE NON PROTEGEE	08	
		EAU DE PLUIES	09	
		EAU EN BOUTEILLE	10	
		CHARRETTE AVEC RESERVOIR/FI	11	
		CAMION CITERNE/TANKER	12	
EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG)	13			
AUTRE (A SPECIFIER)	96			
NSP	98			
PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU	00			
331	Est-ce que l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible au sein de la structure même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de la structure? UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE	AU SEIN DE LA STRUCTURE	1	
		A 500M DE LA STRUCTURE	2	
		AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE	3	
332	Est-ce qu'il y a d'habitude une période de l'année où il y a une sévère pénurie ou un manque d'eau dans la structure?	OUI	1	
		NON	2	

## APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

340	Est-ce que cette structure est connectée à l'électricité centrale?	OUI	1	} → 342
		NON	2	
		NSP	8	
341	Au cours des 7 derniers jours, est-ce qu'il y avait de l'électricité (en dehors du générateur de secours) au moment où les services étaient offerts, ou bien y a-t-il eu à un moment une coupure d'électricité pendant plus de deux heures?  CONSIDERER QUE L'ELECTRICITE EST TOUJOURS DISPONIBLE S'IL Y A EU A UN MOMENT UNE COUPURE DE MOINS DE 2 HEURES.	TOUJOURS DISPONIBLE	1	
		COUPURES PARFOIS > 2HR!	2	
		NSP	8	
342	Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme un générateur ou un système solaire?	OUI	1	→ 344
		NON	2	
343	Quelle autre source d'électricité possède cette structure?  SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	GENERATEUR AVEC CARBURANT	A	
		GENERATEUR AVEC BATTERIE	B	
		SYSTÈME SOLAIRE	C	
344	<b>VERIFIEZ Q343</b>	GENERATEUR UTILISE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE)	<input type="checkbox"/>	} → 350
		GENERATEUR PAS UTILISE (NI "A" NI "B" ENCERCLE)	<input type="checkbox"/>	
345	Es-ce que le générateur est fonctionnel?  ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME.	OUI	1	} → 350
		NON	2	
		NSP	8	
346	Est-ce qu'il y a aujourd'hui du carburant (ou une batterie chargée) disponible pour le générateur?  ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REpondant BIEN INFORME.	OUI	1	
		NON	2	
		NSP	8	

## SUPERVISION EXTERNE

350	Est-ce que cette structure a reçu une visite de supervision, venant par exemple du district, du niveau régional ou national?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 360
351	A quand remonte la dernière visite de supervision externe dans la structure? Est-ce au cours des 6 derniers mois ou bien il y a plus de 6 mois?	AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ... 1 IL Y A PLUS DE 6 MOIS. .... 2	→ 360
352	La dernière fois qu'un superviseur a visité la structure au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'il/elle a fait l'une des choses suivantes :	OUI    NON    NSP	
01	Utiliser une liste de contrôle pour évaluer la qualité des données sanitaires disponibles?	1       2       8	
02	Discuter de la performance de la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1       2       8	
03	Aider la structure à prendre une décision en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1       2       8	

## FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 370
361	Est-ce que la structure a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SERVICES 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE ÉLÉMENT 2	→ 363
362	Est-ce que la structure a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCERCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI                  NON	
01	CARNET DE SANTE .....	1                  2	
02	INSCRIPTION/ LISTE D'ENREGISTREMENT .....	1                  2	
03	CONSULTATION.....	1                  2	
04	MEDICAMENTS.....	1                  2	
05	VACCINS .....	1                  2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS.....	1                  2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX.....	1                  2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES.....	1                  2	
09	CESARIENNE .....	1                  2	
10	TEST DEPISTAGE VIH .....	1                  2	
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1                  2	
12	MICROSCOPIE POUR LE PALUDISME	1                  2	
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE .....	1                  2	
14	ARV POUR TRAITEMENT .....	1                  2	
15	ARV POUR PTME.....	1                  2	
16	PROCEDURES DE PETITE CHIRURGIE.....	1                  2	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHÉS 1 OBSERVE, CERTAINS, PAS TOUS LES 2	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure?  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIÉE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT... A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFÉRE..... B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER..... C PAIEMENT EN NATURE..... D AUTRE..... X SPECIFIER	

## SOURCES DE FINANCEMENT

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2012-2013. Si une <b>autre personne</b> est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle.  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE.	MINISTERE DE LA SANTE..... A AUTRES MINISTERES..... B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE)..... C FONDS DE SECURITY SOCIALE..... D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P F ORGANISME DONATEUR/ONG..... G CONFESIONNEL..... H PROGRAMMES COMMUNAUAIRES..... I AUTRE..... X SPECIFIER	
-----	--	--	--

SECTION 4: PERSONNELS- GESTION- OPINION DES PATIENTS- ASSURANCE QUALITE-  
TRANSPORT-SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) ET STATISTIQUES DE SANTE

LES PERSONNELS

400	<p>Veillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant infirmier (e) ou médecins) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette établissement.</p>			
		(a)	(b)	
	<b>CATEGORIES PROFESSIONNELLES</b>	ENGAGE OU AFFECTE	TEMPS PARTIEL	
01	MEDECINS GENERALISTES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
02	CHURURGIES GENERALISTES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
03	MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES ANESTHESISTES, SPECIALISTES MEDICALES ET CHIRURGICALES, LES PATHOLOGISTES, CHIRURGIENS DENTISTES, ETC]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
04	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION	<input type="text"/>		
05	TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE	<input type="text"/>		
06	TECHNICIEN SUPERIEUR RADIOLOGIE	<input type="text"/>		
07	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REAMINATION	<input type="text"/>		
08	TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE	<input type="text"/>		
09	TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE	<input type="text"/>		
10	TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE	<input type="text"/>		
11	TECHNICIEN SUPERIEUR OPHTALMOLOGIE	<input type="text"/>		
12	TECHNICIEN SUPERIEUR GENIE SANITAIRE	<input type="text"/>		
13	INFIRMIER (E) D'ETAT	<input type="text"/>		
14	INFIRMIER BREVETE / AGENT SANITAIRE	<input type="text"/>		
15	ASSISTANT INFIRMIER	<input type="text"/>		
16	SAGE FEMME D'ETAT	<input type="text"/>		
17	PHARMACIEN	<input type="text"/>		
18	PREPARATEURS EN PHARMACIE	<input type="text"/>		
19	ASSISTAT EN PHARMACIE	<input type="text"/>		
20	BIOLOGISTE	<input type="text"/>		
21	TECHNICIEN DE LABORATOIRE	<input type="text"/>		
22	TRAVAILLEURS SOCIAUX	<input type="text"/>		
23	ASSISTANTS SOCIAUX	<input type="text"/>		
24	AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIERS, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE-SOIGNANT, DEPOSITAIRE)	<input type="text"/>		
25	AUTRE	<input type="text"/>		
	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	<input type="text"/>		<input type="text"/>

DIRE A L'INTERVIEWE QUE CETTE SOUS SECTION A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS.  
IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion de la structure?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. .... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. .... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. .... 4 NSP ..... 8	↓417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions de gestion ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→417
413	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCERCLER LA LETTRE DE TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNES DANS LE RAPPORT.	QUALITE DES DONNEES DU SIS. .... A LA COMPLETEUDE DES RAPPORTS DU SIS. . B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. . C QUALITE DES SERVICES. .... D ARCHIVE NON DISPONIBLE. .... Z	↓417
415	Est-ce que la structure a pris une quelconque décision basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	↓417
416	Est-ce que la structure a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les décisions prises lors de la dernière réunion?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent périodiquement?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	↓430
418	A quelle fréquence se tiennent ces réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) ?	UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. .... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. .... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. .... 4 NSP ..... 8	↓430
419	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté (comite de santé) ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	

#### OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette structure, un système pour recueillir	OUI. .... 1	
-----	--	-------------	--

	les opinions/suggestions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services?	NON ..... 2	→440
431	Veuillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour connaître les opinions des patients.  ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ET SONDER: PAS D'AUTRES METHODES?	BOITE A IDEES..... A QUESTIONNAIRE..... B GUIDE D'ENTRETIEN..... C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES..... D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE..... E EMAIL..... F SITE WEB DE LA STRUCTURE..... G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE... H AUTRE: Plainte directe aux agents/prestataires_X NSP..... Z	→440
432	Est-ce qu'il y a une procédure d'examen ou de présentation des opinions/suggestions des patients?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	→ 440
433	Puis-je voir le rapport ou le formulaire sur lequel les données ont été compilées ou la discussion rapportée.	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	

### ASSURANCE QUALITE

DIRE AU REpondANT QUE CETTE SOUS SECTION DEMANDERA DE REGARDER DANS LES DOCUMENTS DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE. IL SERA DONC UTILE DE REUNIR TOUS CES DOCUMENTS AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité?  UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	

### TRANSPORT DES URGENCES

450	Est-ce que cette structure dispose d'une ambulance fonctionnelle ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure même, et qui part de là pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, PARFOIS..... 2 NON..... 3	→ 452
451	Puis-je voir l'ambulance ou le véhicule?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTE, PAS VU..... 2	→ 453
452	Est-ce que cette structure a accès à une ambulance fonctionnelle ou un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure sanitaire, pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, PARFOIS..... 2 NON..... 3	→ 460
453	Est-ce qu'il y a du carburant disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REpondANT INFORME	OUI..... 1 NON..... 2 NSP..... 8	

### SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE DU SYSTEME DE L'INFORMATION SANITAIRE DANS CETTE STRUCTURE.  
 PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS ..... 1 TOUS LES 2-3 MOIS. .... 2 TOUS LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. .... 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU. .... 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→470
465	Qui est cette personne?  INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS. .... 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. .... 2 AUTRE PRESTATAIRE. .... 3	

### STATISTIQUES SANITAIRES

DIRE A L'INTERVIEWE QUE DANS CETTE SOUS SECTION, ON DOIT REUNIR CERTAINES STATISTIQUES DE LA STRUCTURE SI CETTE INFORMATION N'EST PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

470	<b>VERIFIEZ Q110</b>	FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	→ 472
471	Combien de sorties de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez les adultes que les enfants?	# DE SORTIES	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NSP. ....	9998	
472	Combien de consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE CONSULTATIONS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NSP. ....	9998	
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.				

**SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION**

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LE MATERIEL EST TRAITÉ/STERILISÉ POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE?	OUI <input type="checkbox"/> (CODES 1 OU 2 EN CERCLÉS) NON (CODE 3 EN CERCLÉ) <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>				
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous UTILISEZ [METHODE] dans la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"						
		(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
	METHODE	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP
01	AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET VAPEUR)	1 → b	2 → b	3 2 ↓	1	2	8
02	AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & VAPEUR) AJOUTER A CHALEUR SECHE	1 → b	2 → b	3 3 ↓	1	2	8
03	STERILISATEUR A VAPEUR	1 → b	2 → b	3 3A ↓	1	2	8
03A	STERILISATION A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4 ↓	1	2	8
04	BOUILLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR/POISSONNIERE (PAS A PRESSION)	1 → b	2 → b	3 5 ↓	1	2	8
05	CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR (POISSONNIERE)	1 → b	2 → b	3 6 ↓			
06	SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 7 ↓	1	2	8
07	MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b	2 → b	3 8 ↓	1	2	8
08	BANDETTES INDIQUANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1 → b	2 → b	3 9 ↓			
09	N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, LA PRESSION RECOMMANDEE, ETC.						
		(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression)	(2) STERILISATION SECHE	(3) EBULLITION	(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR	(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE	
A	Méthode	UTILISÉ . . . . . 1 PAS UTILISÉ . . . 2 → 2	UTILISÉ . . . . . 1 PAS UTILISÉ . . . 2 → 3	UTILISÉ . . . . . 1 PAS UTILISÉ . . . . . 2 → 4	UTILISÉ . . . . . 1 PAS UTILISÉ . . . 2 → 5	UTILISÉ . . . . . 1 PAS UTILISÉ . . . 2 → 503	
B	Temperature (centigrade)	TEMPERATURE <input type="text"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 NSP . . . . . 998	TEMPERATURE <input type="text"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 NSP . . . . . 998				
C	Pression	PRESS- ION AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP . . . . . 998 → 1E					
D	Unités de pression	UNITES DE PRESSION: BAR . . . . . 1 NSP . . . . . 8					
E	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <input type="text"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 PAS UTILISÉ . . . . . 995 NSP . . . . . 998	MINUTES <input type="text"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 NSP . . . . . 998	MINUTES <input type="text"/> NSP . . . . . 998	MINUTES <input type="text"/> NSP . . . . . 998	MINUTES <input type="text"/> NSP . . . . . 998	
F	Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES <input type="text"/> AUTOMATIQUE . . . . . 666 PAS UTILISÉ . . . . . 995 NSP . . . . . 998					
G	Désinfectant chimique utilisé					CHLORE/EAU DE JAVE 01 FORMALDEHYDE . . . . . 02 GLUTERALDEHYDE . . . 03 NSP . . . . . 98	
503	Est-ce cette structure dispose des directives sur la sterilisation finale des équipements?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2		→ SECTION SUIVANTE			
504	Puis je voir les directives sur la sterilisation finale des équipements?  LES DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.	OBSERVEES . . . . . 1 RAPPORTEES, PAS VUES . . . . . 2					

**SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS**

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSIBLE DE LA GESTION DES DECHETS DANS CETTE STRUCTURE.  
 PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode <b>finale</b> utilisée dans cette structure pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants)?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES <b>02 - 09</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p><b>COMBUSTION DANS INCINERATEUR :</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE ..... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE ..... 12</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96                  (SPECIFIER)                  IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS 95</p>	
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES <b>02 - 09</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p><b>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR:</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMENTS                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE ..... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE ..... 12</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96                  (SPECIFIER)                  IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. .... 95</p>	
602	<p><b>VERIFIEZ Q600</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE) ↓</p>	<p>PAS D'ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (CODE "95" ENCERCLE) →</p>	604
603	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS TRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE ..... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE ..... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE ..... 8</p>	
604	<p><b>VERIFIEZ Q601.</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCERCLE) ↓</p>	<p>PAS D'ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE                  (CODE "95" ENCERCLE) →</p>	606
605	<p>DEMANDER A VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER L'ENDROIT OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DE LA STRUCTURE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ENDROIT PROTEGE ..... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE ..... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE ..... 8</p>	

606	<b>VERIFIEZ Q600 ET Q601</b> UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	INCINERATEUR NON UTULISE (NI "2" NI "3"ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 610
607	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR	INCINERATEUR OBSERVE..... 1 INCINERATEUR RAPPORTE,PAS VU..... 2	
608	Est-ce que l'incinérateur est fonctionnel aujourd'hui?  ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REPOND/ INFORME	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 610
609	Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui?  ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
610	Est-ce que les directives de gestion des déchets médicaux sont disponibles dans ce service ?	OUI..... 1 NON ..... 2	→ 620
611	Puis-je les voir ?	OBSERVEES.....1 RAPPORTEES , PAS VUES ..... 2	

### TOILETTE DES PATIENTS

620	Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) dans des conditions fonctionnelles qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ?  SI OUI DEMANDEZ DE VOIR LA TOILETTE DES PATIENTS INDIQUEZ LE TYPE. CELA DOIT ETRE LA TOILETTE DE LA STRUCTURE POUR LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE.	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À DES LATRINES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 À NE SAIT PAS OÙ ..... 15 FOSSE/LATRINES LATRINES AMÉLIORÉES AUTO-AÉRÉES ..... 21 LATRINES AVEC DALLE ..... 22 LATRINESE SANS DALLE/TROU OUVERT ..... 23 TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61	
-----	--	--	--

## SECTION 7: MATERIELS DE BASE- SALLE DE CONSULTATION- SALLE D'ATTENTE

A CE STADE, DITES A VOTRE REpondant QUE VOUS VOUDRIEZ REGARDER QUELQUES MATERIELS ET EQUIPEMENT UTILISES POUR LA FOURNITURE DE SERVICES AUX PATIENTS. VOUS VOUDRIEZ VOIR SI CES MATERIELS ET EQUIPEMENTS SONT DISPONIBLE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE. SI VOUS N'ETES PAS DANS CE SERVICE, DEMANDEZ A Y ETRE CONDUIT.

## MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service de consultation externe et s'ils sont fonctionnels.  DEMANDER A VOIR LE MATERIEL DE CONSULTATION EXTERNE.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
02	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
03	PESE-BEBE/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
05	RUBAN METRE [POUR CIRCONFERENCE]	1	2	3			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3	1	2	8
10	SOURCE D'ECLAIRAGE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3	1	2	8
11	AMBU OU BALLON DE VENTILLATION [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
12	AMBU OU BALLON DE VENTILATION [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3	1	2	8
13	MICRONEBULISEUR	1 → b	2 → b	3	1	2	8
14	AEROSOL DOSEUR POUR INHALATEUR	1	2	3			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
16	OXYMETRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
17	CONCENTRATEURS D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
19	SYSTÈME DE DISTRIBUTION D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
20	KITS DE PERFUSION-POUR ADULTE	1	2	3			
21	KITS DE PERFUSION - POUR ENFANT	1	2	3			

## SALLE DE CONSULTATION

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE OU L'ENDROIT, OU DANS LE PRINCIPAL SERVICE DE CONSULTATION, LA PLI DES PRESTATIONS DE SERVICES SONT FOURNIES AU PATIENTS. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATI FONT. INDIQUER SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE I ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS.

710	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAIN A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANT STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITE..... 4		

## LIEU D'ATTENTE

720	Est-ce qu'il y a un endroit d'attente pour les patients où ils <b>sont protégés contre le soleil et la pluie?</b>  DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE	OUI ..... 1 NON ..... 2	
REMERCIEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.			

## SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	<b>VERIFIEZ Q102.17</b> FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC ALLER A LA SECTION SUIVANTE OU AU LIEU DE SERVICE
-----	--	--

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL LABO OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.

### HEMATOLOGIE

801	Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans la structure?	OUI .....1	NON .....2	→ 803					
802	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le test d'anémie est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a)	(b)			(c)			
		UTILISÉ	EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?			Est-ce que le materiel est fonctionnel?			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	Analyseur d'hématologie (pour comptage lymphocytaire total, la formule sanguine complète, comptage plaquettaire, etc.)	1 → b 2 ↘ 02 ↙		1 → c	2 → c	3 ↘ 02 ↙	1	2	8
02	HemoCues	1 → b 2 ↘ 02A ↙		1 → c	2 → c	3 ↘ 02A ↙	1	2	8
02A	Test d'Emmel (pour drepanocytose)	1 → b 2 ↘ 02B ↙		1 → c	2 → c	3 ↘ 02B ↙	1	2	8
02B	Appareil d'électrophorese ( pour l'électrophorese d'hémoglobine)	1 → b 2 ↘ 04 ↙		1 → c	2 → c	3 ↘ 04 ↙	1	2	8
03	Microcuvettes (avec une date d'expiration valide)			1	2	3			
04	Colorimètre ou hemoglobinomètre	1 → b 2 ↘ 07 ↙		1 → c	2 → c	3 ↘ 07 ↙	1	2	8
05	Solution de Drabkin (pour colorimètre et hémoglobinomètre)			1	2	3			
06	Pipette (pour mesurer le volume du sang)	1 → b 2 ↘ 07 ↙		1	2	3			
07	Papier litmus pour test d'hémoglobine (avec date d'expiration valide)	1 → b 2 ↘ 803 ↙		1	2	3			
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette structure?				OUI .....1	NON .....2	→ 806		
804	Puis-je voir l'équipement ou la machine pour le test CD4 ?				OBSERVÉ .....1	RAPPORTÉ, PAS VU .....2			
805	Est-ce que l'équipement pour le test CD4 est fonctionnel				OUI .....1	NON .....2			

## DEPISTAGE DU VIH

806	Est-ce que la structure fait des tests VIH, y compris le TDR du VIH, soit dans la structure même, soit par référence?	OUI NON	1 2	→827					
807	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI NON	1 2	→809					
808	Puis-je voir un kit de TDR du VIH?  VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE. .... OBSERVÉ,AUCUN VALIDE. .... RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU. ....	1 2 3						
809	Est-ce qu'on utilise dans ce service, un papier buvard pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage du VIH?	OUI NON	1 2	→811					
810	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard de la carte de prelevement? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE. .... OBSERVÉ,AUCUN VALIDE. .... RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU. ....	1 2 3						
811	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests VIH ou l'un des équipements suivants est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) les équipements sont fonctionnel	<b>(a)</b> <b>TEST FAIT</b>	<b>(b)</b> <b>EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE?</b>			<b>(c)</b> <b>EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?</b>			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
		1 → b	2 ] 02 ←	1 → c	2 → c	3 ] 02 ←	1	2	8
		1 → b	2 ] 03 ←	1 → c	2 → c	3 ] 03 ←	1	2	8
		1 → b	2 ] 04 ←	1 → c	2 → c	3 ] 04 ←	1	2	8
		1 → b	2 ] 05 ←	1	2	3			
		1 → b	2 ] 06 ←	1	2	3			
1 → b	2 ] 812 ←	1	2	3					
812	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur comment faire un test VIH (cela pourrait être les instructions du fabricant, notices, etc.)?	OUI NON	1 2	→ 814					
813	Puis-je voir les directives,les instructions, notices?	OBSERVÉES ..... RAPPORTÉES, PAS VUES .....	1 2						
814	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI NON	1 2	→ 816					
815	Puis-je voir les directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH?	OBSERVÉES ..... RAPPORTÉES, PAS VUES .....	1 2						
816	Est-ce qu'il y a d'autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OUI NON	1 2	→ 818					
817	Puis-je voir les autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OBSERVÉES ..... RAPPORTÉES, PAS VUES .....	1 2						

818	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité externe pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 823
819	Quel système de contrôle de qualité externe, est utilisé pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?  SONDER POUR SAVOIR LE SYSTÈME UTILISÉ. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE.	COMITE DE COMPETENCE ..... A INSPECTION EXTERNE/ OBSERVATION DE LA TECHNIQUE. .... B ECHANTILLONS DE SANG ENVOYES AILLEURS POUR RE-DEPISTAGE. .... C AUTRE ..... X	
820	Est-ce qu'il y a un document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 823
821	Puis-je voir le rapport ou le document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	→ 823
822	QUEL EST LE PLUS RECENT POURCENTAGE D'ERREUR RELEVÉ PAR LE CONTRÔLE DE QUALITE EXTERNE SELON LE RAPPORT.	POURCENTAGE D'ERREUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PAS DISPONIBLE. .... 95	
823	Est-ce qu'on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure pour le dépistage du VIH?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 827
824	Pour lequel des tests de dépistage du VIH on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure?  INSISTER	ELISA/EIA. .... A WESTERN BLOT. .... B PCR POUR EID. .... C DEPISTAGE RAPIDE. .... D AUTRE. .... X	
825	Est-ce que vous avez un document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 827
826	Puis je voir le document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	

### PRECAUTIONS DE BASE

VISITER L'ENDROIT OÙ ON FAIT LE DEPISTAGE DU VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE FOR ITEMS THAT YOU DO NOT SEE, ASK YOUR RESPONDENT TO SHOW THEM TO YOU.				
827	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION ]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

## BIOCHIMIE

830	Est-ce qu'on fait n'importe quel type des tests de glycémie dans cette structure?	OUI .....1 NON .....2	→ 832			
831	Veuillez SVP me dire si: <b>a)</b> Les équipements suivant d'analyse d'analyse de glucose sont utilisés dans cette structure <b>b)</b> L'équipement est disponible, et <b>c)</b> L'équipement est fonctionnel	<b>(a)</b>	<b>(b)</b>	<b>(c)</b>		
		UTILISÉ	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?		EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?	
		OUI    NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI    NON    NSP
01	Glucose	1* b    2 02 ←	1 → c    2 → c    3 02 ←	1    2    8		
02	Bandelettes de test	1* b    2 832 ←	1 → c    2 → c    3 832 ←	1    2    8		
832	Est-ce qu'on fait dans cette structure des <b>analyses de la fonction hépatique</b> (tels que l'ALAT & l'ASAT) ou des <b>analyses de la fonction rénale</b> (telles que la créatinine sérique)?	OUI .....1 NON.....2	→ 836			
833	Est-ce que cette structure dispose d'un analyseur biochimique sanguin qui permet de faire la créatinine sérique, le TFH et la glycémie (le spectrophotomètre)?	OUI .....1 NON.....2	→ 836			
834	Puis-je voir l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotomètre) ?	OBSERVÉ.....1 RAPPORTÉ, PAS VU.....2				
835	Est-ce que l'analyseur biochimique sanguin (le spectrophotomètre) est fonctionnel? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTÉE	OUI .....1 NON.....2				
836	Est-ce que dans cette structure on fait n'importe quel tests biochimiques sur les urines utilisant bandelettes et / ou des tests de grossesse?	OUI .....1 NON.....2	→ 838			
837	Veuillez SVP me dire si les bandelettes réactives suivantes sont utilisées et sont disponibles aujourd'hui;	<b>(A) UTILISÉ</b>		<b>(B) OBSERVÉ DISPONIBLE</b>		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI
		1* b    2 02 ←		1	2	3
		1* b    2 03 ←		1	2	3
02	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de protéines urinaires (avec une date d'expiration valide)	1* b    2 02 ←		1	2	3
03	N'importe quel type de bandelettes réactives pour la recherche de glucose urinaire (avec date d'expiration valide)	1* b    2 03 ←		1	2	3
03	N'importe quel type de test de grossesse (avec date d'expiration valide)	1* b    2 838 ←		1	2	3
838	Est-ce que vous avez une fois envoyé des prélèvements de <b>sang ou d'urine</b> en dehors de la structure pour des analyses biochimiques du sang, les tests de fonctions hépatiques (TFH) des analyses d'urines, ou des tests de grossesse?	OUI .....1 NON.....2	→ 840			
839	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVÉ, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	<b>(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE</b>		<b>(B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ</b>		
		OUI	NON	OUI	NON	
		1* b    2 02 ←		1	2	
		1* b    2 03 ←		1	2	
		1* b    2 04 ←		1	2	
04	Test de grossesse	1* b    2 840 ←		1	2	

**PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE**

840	Veuillez me dire SVP si: a) Les <b>EQUIPEMENTS</b> suivants sont utilisés dans cette structure b) sont disponible, et c) Les équipements sont fonctionnels	(a)		(b)			(c)		
		EQUIPEMENT TEST UTILISÉ POUR LE TEST		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	MICROSCOPE OPTIQUE	1 → b	2 ↵ 02 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 02 ↵	1	2	8
02	MICROSCOPE ELECTRONIQUE	1 → b	2 ↵ 03 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 03 ↵	1	2	8
03	REFRIGERATEUR DANS LE LABORAT	1 → b	2 ↵ 04 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 04 ↵	1	2	8
04	INCUBATEUR	1 → b	2 ↵ 05 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 05 ↵	1	2	8
05	TUBES A ESSAI / EPROUVETTES	1 → b	2 ↵ 06 ↵	1	2	3			
06	CENTRIFUGEUSE POUR LA MICROBIOLOGIE CSF	1 → b	2 ↵ 07 ↵	1 → c	2 → c	3 ↵ 7 ↵	1	2	8
07	MILIEU DE CULTURE CELLULAIRE	1 → b	2 ↵ 08 ↵	1	2	3			
08	LAME PORTE-OBJETS ET LAMELLES COUVRE-OBJETS	1 → b	2 ↵ 841 ↵	1	2	3			
841	Est-ce qu'on fait ici des tests quelconque sur le PALUDISME, c'est-à-dire dans la structure?			OUI.....	1	NON.....	2	→848	
842	Est-ce que les TDR sont utilisés dans ce service pour diagnostiquer le paludisme?			OUI.....	1	NON.....	2	→847	
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.			OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....	1	OBSERVÉ,AUCUN VALIDE.....	2		
				RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....	3				
844	OBSERVEZ ET DEMANDER LE TYPE OU LA MARQUE DU KIT L'Ag Fp DE TDR DU PALUDISME			Autre marque _____	8				
				PRECISER					
845	Est-ce que vous posséder d'un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?			OUI.....	1	NON.....	2	▶ 847	
846	Puis-je voir le manuel de formation, le poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?			OBSERVÉ.....	1	RAPPORTÉ, PAS VU.....	2		
847	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur le paludisme est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a)		(b)					
		EQUIPEMENT TEST UTILISÉ POUR LE TEST		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS SONT DISPONIBLE?					
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI			
01	COLORANT DE GIEMSA	1 → b	2 ↵ 02 ↵	1	2	3			
02	COLORANT DE CHAMP	1 → b	2 ↵ 03 ↵	1	2	3			
03	COLORANT ACRIDINE ORANGE	1 → b	2 ↵ 03A ↵	1	2	3			
03A	COLORANT MAY GRUMWALD	1 → b	2 ↵ 848 ↵	1	2	3			

848	Est-ce qu'on fait la <b>COLORATION DE GRAM</b> dans cette structure?	OUI.....	1			
		NON.....	2	→ 850		
849	Veuillez SVP me dire si les équipements ou les éléments suivants sont utilisés et sont disponibles aujourd'hui.	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?				
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI		
01		Le violet de Crystal or le violet Gentiane	1	2	3	
02		Soluté de Lugol	1	2	3	
03		Alcool-acetone ou Acetone	1	2	3	
04	Colorant vital rouge, fuchsine phéniquée, or autre contre colorant	1	2	3		
850	Est-ce qu'on a une fois envoyé des prélèvements hors de la structure pour une <b>coloration de Gram</b> , une coloration à l'encre de Chine, un test du paludisme ou pour une culture?	OUI.....	1			
		NON.....	2	→ 852		
851	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE	(B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TEST OBSERVÉ			
		OUI	NON	OUI	NON	
01	Coloration de Gram	1 → b	2 ] 02 ↓	1	2	
02	Coloration à l'encre de Chine	1 → b	2 ] 03 ↓	1	2	
03	Test du paludisme	1 → b	2 ] 04 ↓	1	2	
04	Specimen pour culture	1 → b	2 ] 852 ↓	1	2	
852	Est-ce qu'on fait l' <b>EXAMEN MICROSCOPIQUE DES SELLES</b> dans cette structure?	OUI.....	1			
		NON.....	2	→ 854		
853	Veuillez SVP me dire si les éléments suivants sont utilisés et sont disponibles aujourd'hui.	(a)		(b)		
		UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI
01		Solution saline (pour la méthode de concentration)	1 → b	2 ] 02 ↓	1	2
02	Solution saline (pour la microscopie directe)	1 → b	2 ] 03 ↓	1	2	3
03	Solution d'iode de Lugol	1 → b	2 ] 854 ↓	1	2	3

## SYPHILIS

854	Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur la <b>syphilis</b> , c'est-à-dire dans la structure?	OUI..... NON.....	1 2	→ 859
855	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la syphilis pour faire le diagnostic de la syphilis?	OUI..... NON.....	1 2	→ 857
856	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la syphilis?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....	1 2 3	
857	En plus de TDR de la syphilis, est-ce cette structure fait d'autres tests quelconques sur la syphilis?	OUI..... NON.....	1 2	→ 859
858	Veillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur la syphilis est utilisé dans la structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles c) L'équipement est fonctionnel	<b>(a)</b> <b>TEST FAIT</b> OUI NON	<b>(b)</b> EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE? OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE	<b>(c)</b> EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ? OUI NON NSP
01	VDRL	1 → b 2 ] 02 ←	1 2 3	
02	PCR pour ISTs (CTN)	1 → b 2 ] 03 ←	1 2 3	
03	Rotateur		1 → c 2 → c 3 ] 04 ←	1 2 3
04	RPR (Rapid plasma reagin test)	1 → b 2 ] 04A ←	1 2 3 ] 04A ←	
04A	TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay)	1 → b 2 ] 859 ←	1 2 3 ] 859 ←	

## CHLAMYDIA

859	Est-ce qu'on fait ici un quelconque test sur le Chlamydia, c'est-à-dire dans la structure?	OUI..... NON.....	1 2	→ 861
860	Veillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur le Chlamydia est utilisé dans la structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	<b>(a)</b> <b>TEST FAIT</b> OUI NON	<b>(b)</b> EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE? OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU PAS DISPONIBLE	
01	Coloration de Geimsa	1 → b 2 ] 02 ←	1 2 3	
02	PCR pour CHLAMYDIA	1 → b 2 ] 861 ←	1 2 3	

## TUBERCULOSE

861	Est-ce qu'on fait des tests sur la <b>TBC</b> dans cette structure?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 865	
862	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur la TBC est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont fonctionnels	(a)	(b)	(c)
		EQUIPEMENT TEST UTILISÉ POUR LE TEST	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS SONT DISPONIBLES?	EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?
		OUI    NON	OBSERVÉ    RAPPORTÉ, PAS VU    PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI    NON    NSP
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcool-résistants)	1    2 05 ↘		
02	Carbol Fuchsine (fuchsine phéniquée)	1 → b    2 03 ↘	1    2    3	
03	Acide sulphurique (concentration 20 - 25% ou acide d'alcool	1 → b    2 04 ↘	1    2    3	
04	Bleu de méthylène	1 → b    2 05 ↘	1    2    3	
05	Microscope à fluorescence (MF)	1 → b    2 06 ↘	1 → c    2 → c    3 06 ↘	1    2    8
06	Milieu de culture cellulaire (par exemple, système MGIT 960)	1 → b    2 07 ↘	1    2    3	
07	Salle de biosécurité	1 → b    2 863 ↘	1    2    3	
863	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la TB ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 865	
864	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la TBC? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3		
865	Est-ce qu'il a dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 867	
866	Puis-je voir un échantillon de crachoir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2		
867	Est-ce qu'on envoie des échantillons de crachats en dehors de la structure pour le dépistage de la TB?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 870	
868	Est-ce qu'il y a un document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 870	
869	Puis-je voir le document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2		
870	Est-ce qu'il existe un système de contrôle de qualité (soit interne ou externe) pour les analyses de crachat effectuées dans ce laboratoire?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 880	
871	Veuillez me dire SVP quel type de pratique de contrôle de qualité est suivi dans cette structure?  SONDER POUR SAVOIR QUEL TYPE DE CONTRÔLE QUALITE EST UTILISE.	CQ INTERNE SEULEMENT. .... 01 CQ EXTERNE SEULEMENT. .... 02 CQ INTERNE & EXTERNE. .... 03 ENVOI DE LAMES POUR LA RELECTURE (CONTRÔLE). .... 04 AUTRE ..... 96 (SPECIFIEZ)		
872	Est-ce qu'il y a des documents sur les résultats des procédures de contrôle qualité (interne ou externe)?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 880	
873	Est-ce que les documents sont maintenus pour les procédures de CQ interne, les procédures de CQ externe, ou pour les deux procédures de CQ interne et externe?	DOCUMENTS SUR CQI SEULEMENT. .... 1 DOCUMENTS SUR CQE SEULEMENT. .... 2 DOCUMENTS SUR LES DEUX PROCEDURES DE CQ. .... 3		

## IMAGERIE DE DIAGNOSTIC

880	Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par les ultrasons ou par tomodensitométrie/tomographie avec ordinateur? SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET.	OUI ..... 1 NON ..... 2 <p style="text-align: center;"><b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ←</p>					
881	Veuillez SVP me dire : 1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette structure, s'il est disponible aujourd'hui, et 2) S'il est fonctionnel aujourd'hui	<b>(b)</b> EQUIPEMENT UTILISÉ ET DISPONIBLE?		<b>(c)</b> EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?			
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
01	APPAREIL DE RADIOGRAPHIE	1 → c	2 → c	3 } 02 ↓	1	2	8
02	FILM POUR RADIOGRAPHIE NON PERIME	1 → c	2 → c	3 } 03 ↓	1	2	8
03	MACHINE/SYSTÈME A ULTRASON	1 → c	2 → c	3 } 04 ↓	1	2	8
04	CT SCAN (TOMODENSITOMETRE)	1 → c	2 → c	3 } <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b> ↓	1 ↓	2 ↓	8 ↓ <b>ALLER A LA SECTION SUIVANTE</b>
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.							

## SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	<b>VERIFIEZ Q210</b> EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE <input type="checkbox"/>
-----	--	---

### SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

#### ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les <b>antibiotiques</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	AMOXICILLINE COMPRIME/CAPSULE (Infections bactériennes chez les adultes)	1	2	3	4	5
02	AMOXICILLINE SIROP/SUSPENSION (Antibiotique oral pour enfant)	1	2	3	4	5
03	AMOXICILLINE/CLAVULINATE (AUGMENTIN) COMPRIMES (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
04	AMPICILLINE (POUDRE) INJECTION (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
05	AZITHROMYCINE COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
06	AZITHROMYCINE SIROP/SUSPENSION (antibiotique)	1	2	3	4	5
07	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE (POUDRE) POUR INJECTION	1	2	3	4	5
08	CEFIXIME COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
09	CEFTRIAXONE INJECTION (Antibiotique injectable)	1	2	3	4	5
10	CIPROFLOXACINE (antibiotique oral de seconde intention)	1	2	3	4	5
11	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
12	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
13	DOXYCYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
14	ERYTHROMYCINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
15	ERYTHROMYCINE [suspension buvable]	1	2	3	4	5
16	GENTAMYCINE INJECTION (Antibiotique injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
17	METRONIDAZOLE COMPRIMES [antibiotique/amicide/antiprotozoaire]	1	2	3	4	5
18	METRONIDAZOLE INJECTION	1	2	3	4	5
19	PENICILLINE INJECTION (Antibiotique Injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
20	TETRACYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
21	TETRACYCLINE POMMADE OPHTALMIQUE	1	2	3	4	5
22	AUTRE ANTIBIOTIQUE ET POMMADE OPHTALMIQUE POUR NOUVEAU-NE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS DEPARASITANTS						
902	Est-ce que les médicaments suivants destinés aux traitements des <b>infestations vermineuses</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ALBENDAZOLE	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE	1	2	3	4	5

### MEDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

903	Est-ce que les médicaments suivants, destinés à la prise en charge des <b>maladies non transmissibles</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	AMITRIPTYLINE (Dépression)	1	2	3	4	5
02	AMLODIPINE COMPRIMES (Inhibiteur calcique pour hypertension)	1	2	3	4	5
03	ATENOLOL (Beta-bloquant, Angine/hypertension)	1	2	3	4	5
04	BECLOMETHASONE INHALATEUR	1	2	3	4	5
05	BETAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
06	CAPTOPRIL (Vaso-dilatation, hypertension cardiaque)	1	2	3	4	5
07	DEXAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
08	DIAZEPAM INJECTION (Anxiété/relaxant musculaire)	1	2	3	4	5
09	ENALAPRIL CAPSULE/COMPRIME (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion)	1	2	3	4	5
10	AUTRE INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION	1	2	3	4	5
11	EPINEPHRINE INJECTION	1	2	3	4	5
12	FUROSEMIDE (DIURETIQUE)	1	2	3	4	5
13	THIAZIDE DIURETIQUE	1	2	3	4	5
14	GLIBENCLAMIDE (Traitement oral pour les deux types de diabète)	1	2	3	4	5
15	GLUCOSE SOLUTION INJECTABLE	1	2	3	4	5
16	HEPARINE INJECTION	1	2	3	4	5
17	HYDROCORTISONE	1	2	3	4	5
18	INSULINE INJECTIONS [DIABETE]	1	2	3	4	5
19	ISOSORBIDE DINITRATE	1	2	3	4	5
20	METFORMINE COMPRIMES	1	2	3	4	5
21	NIFEDIPINE COMPRIMES/CAPSULES (CCB pour hypertension)	1	2	3	4	5
22	OMEPRAZOLE (Reflux gastro-oesophagien)	1	2	3	4	5
23	PREDNISOLONE	1	2	3	4	5
24	SALBUTAMOL INHALATEUR (Bronchospasme/Asthme chronique)	1	2	3	4	5
25	SIMVASTATINE (Cholestérol élevé)	1	2	3	4	5

## MÉDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

904	Est-ce que les <b>médicaments anti-fongiques</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)					
01	FLUCONAZOLE					
02	MICONAZOLE (Ovules vaginales)	1	2	3	4	5
03	MICONAZOLE CREME	1	2	3	4	5
04	NYSTATINE (suspension orale)	1	2	3	4	5
05	NYSTATINE OVULE VAGINALE/CREME	1	2	3	4	5

## MÉDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les <b>médicaments</b> suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT]] [20mg/120mg] 1		2	3	4	5
02	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [40mg/240mg] 1		2	3	4	5
03	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [60mg/360mg] 1		2	3	4	5
04	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] [80mg/480mg] 1		2	3	4	5
05	FANSIDAR [SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE]	1	2	3	4	5
06	QUININE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
07	QUININE INJECTION	1	2	3	4	5
08	ARTESUNATE INJECTABLE	1	2	3	4	5
09	ARTESUNATE SUPPOSITORES	1	2	3	4	5
10	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

## SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la <b>santé maternelle</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)					
01	CALCIUM GLUCONATE INJECTION	1	2	3	4	5
02	ACIDE FOLIQUE COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	COMPRIMES DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
05	MAGNESIUM SUPHATE INJECTION	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
08	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A CAPSULES	1	2	3	4	5
11	ZINC COMPRIMES	1	2	3	4	5

## SOLUTES INTRAVEINEUX

907	Est-ce que les liquides intraveineux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	SALINE NORMALE/ SOLUTION INJECTABLE SODIUM CHLORIDE	1	2	3	4	5
02	SOLUTION DE RINGER LACTATE	1	2	3	4	5
03	5% DEXTROSE - SALINE NORMALE	1	2	3	4	5

## MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les <b>AUTRES médicaments</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	DICLOFENAC COMPRIMES (Médicament oral pour forte douleur)	1	2	3	4	5
02	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	PARACETAMOL SIROP	1	2	3	4	5

## CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

909	OBSERVER L'ENDROIT OÙ LES MEDICAMENTS QUI ÉTÉ EVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE)DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.		OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT AU-DESSUS DU SOL (ETAGERE, PALLETTE...)?		1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?		1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DU SOLEIL?		1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?		1	2
05	EST-CE QUE LA PIECE DE STOCKAGE EST BIEN AÉRÉÉ?		1	2
910	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. .... 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. .... 2 NON. .... 3		
911	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS A JOUR QUOTIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCKS MIS A JOUR QUOTIENNEMENT. .2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUES. .... 3 REGISTRE DE STOCKS PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. .... 4 ..... 6		

## MATERIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	SERINGUES JETABLES AVEC AIGUILLES JETABLES OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
02	KIT POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
03	CATHETER POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	1	2	3
04	GANTS EN LATEX	1	2	3
05	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	1	2	3

## SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	<b>VERIFIEZ Q212</b> PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ( <b>RESPONSE 2 ENCERCLÉ</b> )	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE ( <b>REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ</b> ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←																																																																						
921	Est-ce que les <b>PRODUITS CONTRACEPTIFS</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">02</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">03</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">04</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">05</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">06</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">07</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">08</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">09</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	01	1	2	3	4	5	02	1	2	3	4	5	03	1	2	3	4	5	04	1	2	3	4	5	05	1	2	3	4	5	06	1	2	3	4	5	07	1	2	3	4	5	08	1	2	3	4	5	09	1	2	3	4	5	10	1	2	3	4	5
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ																																																																						
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE																																																																				
01	1	2	3	4	5																																																																			
02	1	2	3	4	5																																																																			
03	1	2	3	4	5																																																																			
04	1	2	3	4	5																																																																			
05	1	2	3	4	5																																																																			
06	1	2	3	4	5																																																																			
07	1	2	3	4	5																																																																			
08	1	2	3	4	5																																																																			
09	1	2	3	4	5																																																																			
10	1	2	3	4	5																																																																			

### CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDICHER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL (ETAGERE, PALLETTE)?	1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. .... 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. .... 2 NON. .... 3	
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE! 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QU 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 4 _____ 6 (SPECIFIER)	
925	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE PF REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE PF ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←	

### SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

930	<b>VERIFIEZ Q214</b> ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>  ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←										
931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">(A) OBSERVÉ DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) NON OBSERVÉ</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AU MOINS UN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">DISPONIBLE AUCUN VALIDE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU</th> <th style="text-align: center;">NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI</th> <th style="text-align: center;">JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE</th> </tr> </table>	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ										
AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE								
01	ETHAMBUTOL COMPRIMES	1	2	3	4	5						
02	ISONIAZIDE COMPRIMES	1	2	3	4	5						
03	PYRAZINAMIDE	1	2	3	4	5						
04	RIFAMPICINE	1	2	3	4	5						
05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4	5						
06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5						
07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5						
08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5						
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (4FDC)	1	2	3	4	5						
10	STREPTOMYCINE INJECTABLE	1	2	3	4	5						

### CONDITIONS DE STOCKAGE DES ANTITUBERCULEUX

932	OBSERVER L'ENDROIT OU LES ANTITUBERCULEUX SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ETAGERE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITÉ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIÈCE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
933	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. .... 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS ... 2 NON..... 3	
934	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN 1 REGISTRE DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN.. 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS. .... 3 REGISTRE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMEN, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS..... 4 6	
935	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/>  ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE TBC <input type="checkbox"/>  REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←	

**SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX**

940	<b>VERIFIEZ Q216</b> ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ)	ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ) ALLER A LA SECTION SUIVANTE						
941	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI)</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE		
		01	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		02	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5
		03	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		04	DIDANOSINE (ddl) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		05	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		06	LAMIVUDINE (3TC) SIROP	1	2	3	4	5
		07	STAVUDINE 30 (D4T)	1	2	3	4	5
		08	STAVUDINE SIROP	1	2	3	4	5
		09	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF)	1	2	3	4	5
10	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5		
942	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI)</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE		
		01	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		02	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
		03	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
		04	EFAVIRENZ (EFV) SIROP	1	2	3	4	5
05	DELAVIRDINE (DLV)	1	2	3	4	5		

943	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>inhibiteur de la protéase</b> sont disponibles aujourd'hui dans cette structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	LOPINAVIR (LPV)	1	2	3	4	5
01A	LOPINAVIR (LPV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
02	INDINAVIR (IDV)	1	2	3	4	5
03	NELFINAVIR (NFV)	1	2	3	4	5
04	SAQUINAVIR (SQV)	1	2	3	4	5
05	RITONAVIR (RTV)	1	2	3	4	5
06	ATAZANAVIR (ATV)	1	2	3	4	5
06A	ATAZANAVIR (ATV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
07	FOSAMPRENAVIR (FPV)	1	2	3	4	5
08	TIPRANAVIR (TPV)	1	2	3	4	5
09	DARUNAVIR (DRV)	1	2	3	4	5
09A	DARUNAVIR (DRV) + RITONAVIR	1	2	3	4	5
944	Est-ce que les ARV suivants, du type <b>Inhibiteur de Fusion ou ARV Combinés</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ENFUVIDITE (T-20)	1	2	3	4	5
02	STAVUDINE + LAMIVUDINE [D4T + 3TC]	1	2	3	4	5
03	STAVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [D4T + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
04	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE [AZT + 3TC]	1	2	3	4	5
05	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + ABACAVIR [AZT + 3TC + ABC]	1	2	3	4	5
06	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [AZT + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR + EMTRICITABINE [TDF + FTC]	1	2	3	4	5
08	TENOFOVIR + LAMIVUDINE [TDF + 3TC]	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + EFAVIRENZ [TDF + 3TC + EFV]	1	2	3	4	5
10	TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ [TDF + FTC + EFV]	1	2	3	4	5

### CONDITIONS DE STOCKAGE DES ARV

945	OBSERVER L'ENDROIT OU LES ARV SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES ARV SONT AU DESSUS DU SOL (ETAGERE/ARMOIRES)?	1	2
02	EST-CE QUE LES ARV SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE	1	2
03	EST-CE QUE LES ARV SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?	1	2

946	EST-CE QUE LES ARV SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. .... 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. .... 2 NON. .... 3	
947	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité d'ARV reçue, la quantité distribuée et la quantité restante aujourd'hui?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVÉ AUTRE SYSTÈME _____	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 FICHES DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT. .... 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE DES ARV DISTRIBUÉS. .... 3 FICHE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UNE FICHE POUR LES ARV DISTRIBUÉS. .... 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)	
948	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE  ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. ←	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE ARV  REMERCEZ VOTRE REpondant DANS LE SERVICE DE ARV ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. ←	

**MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES**

**SERVICES DE SANTE INFANTILE**

**SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS**

1000	<b>VERIFIEZ Q102.01</b> SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.		
	<b>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE</b> (UTILISER LE MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
03	Vaccination Rougeole	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
04A	Vaccination Fievre Jaune	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES
1002	Est-ce que les directives nationales en matières de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2 → 1004
1003	Puis-je voir les directives nationales en matières de vaccination infantiles?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES. ....	1 2 → 1006
1004	Y a-t-il d'autres types de normes en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON	1 2 → 1006
1005	Puis-je voir Ces autres directives?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES. ....	1 2
1006	DEMANDER A VOTRE REpondant DE VOIR LES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LES SERVICES DE VACCINATION	OBSERVÉ    RAPPORTÉ,    PAS PAS VU            DISPONIBLE	
01	Cartes ou carnets individuels de vaccination vierges	1            2            3	
02	Feuilles de pointage (contrôle) / "taco jo"	1            2            3	
03	Registre de vaccination/du nourrisson sain	1            2            3	

1007	Est-ce que cette structure conserve habituellement ses vaccins, ou bien tous ses vaccins sont soit obtenus d'une autre structure sanitaire ou livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS. .... 1 SE RAVITAILLÉ AILLEURS. .... 2	→ 1014				
1008	DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ LES VACCINS SONT CONSERVÉS. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR OU LA GLACIÈRE.	REFRIGERATEUR OBSERVÉ. .... 1 REFRIGERATEUR PAS OBSERVÉ. .... 2	→ 1014				
1008A	INDIQUEZ LE TYPE DE REFRIGERATEUR OBSERVÉ.	IG 50 ..... 1 TSW 3000 ..... 2 TSW 2000 ..... 3 AUTRES ..... 4					
1009	Avez-vous une feuille de température ( un graphique de suivi la chaîne de froid)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012				
1010	Puis-je voir la feuille de température?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	→ 1012				
1011	VERIFIER SI LA FEUILLE DE TEMPERATURE A ÉTÉ REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI ..... 1 NON, PAS REMPLI ..... 2					
1012	S'il vous plait, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans la structure. Si oui, je voudrais le voir.  SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIER SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ				
		DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ / PAS DISPONIBLE JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE				
	01	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	1	2	3	4	5
	02	VACCIN ORAL POLIO	1	2	3	4	5
	03	VACCIN ROUGEOLE ET DILUANT	1	2	3	4	5
	04	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2	3	4	5
04A	VACCIN FIEVRE JAUNE ET DILUANT	1	2	3	4	5	
1013	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR?	ENTRE +2 ET +8 DEGRES. .... 1 AU-DESSUS DE +8 DEGRES. .... 2 EN-DESSOUS DE +2 DEGRES. .... 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. .... 4 LE REFRIGERATEUR DE VACCIN PAS VU ..... 5					
1013A	Utilisez-vous le cahier de maintenance du refrigerateur?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 1014				
1013B	Puis-je voir le cahier?	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE NON VU ..... 2					
1014	Combien de glacières avez-vous?  DEMANDER A VOIR LES GLACIERES. LA REPONSE RAPPORTÉE PAR UN REpondant INFORME EST ACCEPTABLE	UN. .... 1 DEUX OU PLUS. .... 2 AUCUN. .... 3	→ 1050				
1015	Combien d'accumulateurs avez-vous?  DEMANDEZ A VOIR LES ACCUMULATEURS LES RESPONSES RAPPORTEES SONT ACCEPTABLES <b>ATTENTION: 4-5 ACCUMULATEURS FAIT UN LOT.</b>	UN ..... 1 DEUX OU PLUS. .... 2 UTILISATION DE LA GLACE ACHETÉE PLUTOT. 3 PAS D'ACCUMULATEUR. .... 4					

## PRECAUTIONS DE BASE

1050	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>INFORMATIONS GENERALES.....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>SOINS INFANTILES.....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL.....</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>CPN.....</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME.....</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE.....</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>SERVICES IST.....</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE.....</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PETITE CHIRURGIE.....</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITE AVANT.....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table>	INFORMATIONS GENERALES.....	11	SOINS INFANTILES.....	13	PLANNING FAMILIAL.....	14	CPN.....	15	PTME.....	16	MATERNITE.....	17	SERVICES IST.....	18	TUBERCULOSE.....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22	PETITE CHIRURGIE.....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">SECTION SUIVANTE/SERVICE</div>
INFORMATIONS GENERALES.....	11																										
SOINS INFANTILES.....	13																										
PLANNING FAMILIAL.....	14																										
CPN.....	15																										
PTME.....	16																										
MATERNITE.....	17																										
SERVICES IST.....	18																										
TUBERCULOSE.....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH.....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22																										
PETITE CHIRURGIE.....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										
1051	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1052	<p>DECRIRE LE CADRE DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SALLE SEPARÉE.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>PAS D'INTIMITÉ.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4																	
SALLE SEPARÉE.....	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT.....	3																										
PAS D'INTIMITÉ.....	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

## SECTION 11: SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

1100	<b>VERIFIEZ Q102.02</b> SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE	
↓		↓	
SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) ←			

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOU DANS LA COMMUNAUTE				
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES				
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI NON.....	1 2 → 1104				
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2				
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE		(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	BALANCE POUR ENFANT (GRADUATION 250g )	1 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8
02	PESE-BEBE (GRADUATION 100g )	1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2	8
03	TOISE	1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2	8
04	RUBAN METRE	1	2	3			
04A	TABLE DE CROISSANCE	1	2	3			
05	COURBES DE CROISSANCE	1	2	3			

## SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	<b>VERIFIEZ Q102.03</b> SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>
------	--	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont délivrés dans cette structure pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants		OUI      NON
01	DIAGNOSTIQUER ET/OU TRAITER LA MALNUTRITION INFANTILE		1      2
02	DONNER LA VITAMINE A		1      2
03	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN FER		1      2
04	DONNER LA SUPPLEMENTATION EN ZINC		1      2
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1204	Est-ce que les directives de la PCIME pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1206
1205	Puis-je les voir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	→ 1208
1206	Est-ce que d'autres directives pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1208
1207	Puis-je les voir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	
1208	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITES AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1210
1209	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER :		
	Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE      ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQU      NSP
01	Pesée de l'enfant	1	2      3      8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2      3      8
03	Prise de la température de l'enfant	1	2      3      8
04	Evaluation du statut vaccinal de l'enfant	1	2      3      8
05	Dispensation de conseils sur la santé	1	2      3      8
06	Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température	1	2      3      8

07	Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité aux enfants les plus gravement malades	1	2	3	8		
1210	Je voudrais savoir si les éléments suivant existent dans ce service et sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ←	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100 gr)	1 → b	2 → b	3 03 ←	1	2	8
03	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 04 ←	1	2	8
04	STETHOSCOPE MEDICAL	1 → b	2 → b	3 05 ←	1	2	8
05	Un chronomètre ou une montre affichant les secondes	1 → b	2 → b	3 06 ←	1	2	8
06	le personnel a des montres qui affichent les secondes	1	2	3			
07	Un mesureur calibré à un 1/2 ou 1-litre pour la SRO	1	2	3			
08	Tasses et cuillères	1	2	3			
09	PACKETS OU SACHETS DE SRO	1	2	3			
10	Au moins 3 seaux (pour laver les tasses)	1	2	3			
11	Table/Lit de consultation	1	2	3			
1211	Veuillez me dire si vous disposez des matériels suivants. SI OUI, DEMANDER A VOIR						
01	Livret de tableaux de la PCIME	1	2	3			
02	Cartes conseils des mères sur la PCIME	1	2	3			
03	Autres supports visuels pour éduquer les gardiennes d'enfant	1	2	3			
1212	Est-ce que des informations sanitaires individuelles sur les enfants malades sont conservées dans ce service (par exemple carte ou carnet de santé)	OUI..... 1 NON..... 2			→ 1250		

1213	Puis-je voir un exemplaire vierge?	OBSERVÉ	1
		RAPPORTÉ, PAS VU	2

## PRECAUTIONS DE BASE

1250	VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES. .... 11 VACCINATION 12 PLANNING FAMILIAL..... 14 CPN..... 15 PTME..... 16 MATERNITE..... 17 SERVICES IST..... 18 TUBERCULOSE..... 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH..... 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22 PETITE CHIRURGIE..... 23 PAS VISITE AVANT..... 31	SECTION SUIVANTE/SERVICE	
1251	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1052	DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES	SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4		
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	<b>VERIFIEZ Q102.04</b>	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>
		↓	←
			SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE.  
IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PF.  
SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure?  UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		
1302	Est-ce que cette structure <b>fournit</b> (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien <b>prescrit, conseille ou réfère</b> les clientes pour l'usage des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFERE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)	1	2	3
08	IMPLANT	1	2	3
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	1	2	3
12	STERILISATION MASCULINE	1	2	3
13	STERILISATION FEMININE	1	2	3
14	AUTRES METHODES (PAR EX., SPERMICIDE OU DIAGPHRAGME)	1	2	3
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1305
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		→ 1307
1305	Est-ce ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1307
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1308A
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE..... 2		
1308A	Est-ce qu'il y a des cartes individuelles de suivi de rendez-vous des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1308C
1308B	Puis-je voir une carte vierge de suivi de rendez-vous de cliente?	OBSERVÉE..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE..... 2		
1308C	Est-ce qu'il y a un fichier (armoire, dispositif) pour ranger les fiches des clients par status (actives, inactives, abandon des soins) dans ce service ?	OUI..... 1 NON..... 2		→ 1309
1308D	Puis-je le voir?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2		

1309	Y a-t-il dans votre structure un système par lequel certaines observations ou paramètres sont systématiquement relevés chez les clientes avant de faire la consultation? SI OUI, DEMANDER A VOIR OU SE DEROULENT CES ACTIVITES.	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1311		
1310	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée des clientes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Organisation sessions d'éducation de groupes sur la santé	1	2	3	8
1311	Dans cette structure est-ce que les prestataires diagnostiquent et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire ou une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAIENT SYSTEMAT IST... 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE... 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE..... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE 4			
1312	Est-ce que les prestataires en PF font des tests de dépistage du VIH dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1314		
1313	Puis-je voir un exemplaire du kit de test de depistage rapide (TDR) pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN KIT VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN KIT VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3			

### EQUIPEMENTS ET MATERIELS

1314	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 } 02 ←	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 } 03 ←	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 } 04 ←	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN/ LAMPE DE POCHE	1 → b	2 → b	3 } 05 ←	1	2	8
05	TABLE GYNECOLOGIQUE / TABLE DE CONSULTATION	1	2	3			
06	ECHANTILLON METHODES DE PF	1	2	3			
07	AUTRES SUPPORTS VISUELS SPECIFIQUES A LA PF [PAR EX. AIDE MEMOIRE, CARTES CONSEILS, DEPLIANTS, AFFICHE]	1	2	3			
08	MODELE POUR DEMONTRER L'INSERTION DU DIU	1	2	3			
09	MANNEQUINS POUR DEMONSTRATION DU CONDOM (PENIS ANATOMIQUE)	1	2	3			
09A	MANNEQUINS POUR DEMONSTRATION DE L'IMPLANT (BRAS ANATOMIQUE)	1	2	3			

1315	<b>VERIFIEZ Q1302.07 &amp; Q1302.08.</b> DIU OU IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	NI DIU NI IMPLANT PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	1321	
DEMANDER A ALLER DANS LA SALLE OU A L'ENDROIT OU LES DIU ET/OU LES IMPLANTS SONT INSERES OU RETIRES				
1316	Veuillez me montrer les éléments suivants pour l'insertion du DIU ou des méthodes par implants:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	GANTS STERILES	1	2	3
02	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
03	PINCES A SERVIR	1	2	3
04	TAMPON DE GAZE OU COTON STERILE	1	2	3
1317	<b>VERIFIEZ Q1302.07</b> DIU <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE	DIU PAS <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE	1319	
1318	Veuillez SVP me montrer les éléments suivants pour la pose/ l'insertion du DIU:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	SPECULUM VAGINAL- PETIT	1	2	3
02	SPECULUM VAGINAL- MOYEN	1	2	3
03	SPECULUM VAGINAL- LARGE	1	2	3
04	PINCE UTERINE DE POZZI	1	2	3
04A	PINCE A COL	1	2	3
05	HYSTEROMETRE	1	2	3
1319	<b>VERIFIEZ Q1302.08.</b> IMPLANT <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE	IMPLANT PAS <input type="checkbox"/> PROPOSÉ DANS LA STRUCTURE	1321	
1320	Veuillez me montrer les éléments suivants pour la pose/retrait de l'implant.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	ANESTHESANT LOCAL	1	2	3
02	SERINGUES ET AIGUILLES STERILES	1	2	3
03	TROCART POUR INSERER L'IMPLANT	1	2	3
04	PAQUET D'IMPLANT SCELLÉ	1	2	3
05	BISTOURI	1	2	3
06	KIT DE PETITE CHIRURGIE [CONTENANT: PINCE U/PINCE A DISSEQUER, CUPULE, CHAMP STERILE TROUE BETADINE ]	1	2	3
1321	Où est-ce que le matériel, tel que les speculums ou les forceps, déjà utilisé pour la fourniture de services en PF, est traité pour la réutilisation?	DANS LE SERVICE DE PF. . . . . 1 LIEU CENTRAL DANS LA STRUCTURE. . . . . 2 DANS LES DEUX ENDROITS 3 PAS DE TRAITEMENT DU MATERIEL DANS LA STRUCTURE. . . . . 4	→ 1350 → 1350	
1322	Quelle est, dans ce service, la méthode finale de traitement du matériel utilisé en PF?  SONDEZ POUR TOUTES LES METHODES UTILISEES	AUTOCLAVE. . . . . A STERILISATION A LA VAPEUR. . . . . B IMMERSION DANS SOLUTION CHLORINE. . . . . C FAIRE BOUILLIR OU CHAUFFER . . . . . D NETTOYAGE AVEC EAU ET SAVON. . . . . E		

**PRECAUTIONS DE BASE**

1350	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SECTION SUIVANTE/SERVICE
		VACCINATION . . . . .	12	
SOINS INFANTILES	13			
CPN. . . . .	15			
PTME. . . . .	16			
MATERNITE . . . . .	17			
IST . . . . .	18			
TUBERCULOSE. . . . .	19			
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH. . . . .	21			
MALADIES NON TRANSMISSIBLES . . . . .	22			
PETITE CHIRURGIE . . . . .	23			
PAS VISITE AVANT. . . . .	31			
1351	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET , OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1352	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE PF	SALLE SEPARÉE. . . . .	1	
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. . . . .	2	
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	
		PAS D'INTIMITÉ. . . . .	4	
1353	<b>VERIFIEZ Q212</b> CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS (REPONSE 1 PAS ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/>		921
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	<b>VERIFIEZ Q.102.05</b> SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
------	---	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE.  
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				
1402	est-ce que les prestataires de services CPN fournissent habituellement aux femmes enceintes, les services de CPN suivants?	OUI	NON			
01	SUPPLEMENTATION EN FER	1	2			
02	SUPPLEMENTATION EN ACIDE FOLIQUE	1	2			
03	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2			
04	VACCINATION CONTRE LE TETANOS	1	2			
1403	<b>VERIFIEZ Q1402.04</b> VACCINATION ANTI TETANOS FOURNIE <input type="checkbox"/>	VACCINATION ANTI TETANOS PAS FOURNIE <input type="checkbox"/>		→ 1406		
1404	Est-ce que le vaccin anti tétanique est disponible tous les jours où les services de CPN sont disponibles dans la structure?	OUI	NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN. ....	→ 1406		
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanos est-elle disponible dans la structure?	JOURS PAR SEMAINE. .... <input style="width: 20px;" type="text"/> MOINS D'UN JOUR PAR SEMAINE. .... 0				
1406	Est-ce que les prestataires en CPN fournissent l'un des tests suivants aux femmes enceintes, comme étant partie intégrante de la CPN?  SI OUI, DEMANDER A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST EST VALIDE/NON PERIME  SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE DISPONIBLE PAS VU	DISPONIBLE AILLEURS DA LA STRUCTUR	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH	1	2	3	4	5
02	TEST D'ALBUMINURIE	1	2	3	4	5
03	TEST DE GLUCOSURIE	1	2	3	4	5
04	N'IMPORTE QUEL TEST RAPIDE D'ANEMIE	1	2	3	4	5
05	TEST RAPIDE DE DEPISTAGE DE LA SYPHILIS	1	2	3	4	5

1407	Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux patientes en CPN	OUI	NON
01	CONSEILS SUR LA NECESSITE DE FAIRE 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE	1	2
02	CONSEILS SUR LA PREPARATION DE L'ACCOUCHEMENT (PLAN D'ACCOUCHEMENT)	1	2
03	CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL	1	2
04	CONSEILS SUR LE VIH/SIDA	1	2
05	CONSEILS SUR L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES POUR SE PROTEGER DES PIQURES DE MOUSTIQUE ET LE PALUDISME	1	2
06	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	1	2
06A	CONSEILS SUR LES SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ET DU NOUVEAU NE	1	2
07	CONSEILS SUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE	1	2
08	CONSEILS SUR LES VISITES POST NATALES	1	2
1408	Dans cette structure, est-ce que les prestataires en CPN font systématiquement le diagnostic et le traitement des IST, ou bien est-ce que les patientes en IST sont référées à un autre prestataire ou une autre structure sanitaire pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAITENT SYSTEMAT IST. .... 1 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE. .... 2 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE. .... 3 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAIEMENT/REFERENCE... 4	
1409	Est-ce que les directives nationales pour les CPN sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1411
1410	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI INCLUSES DANS D'AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 1413
1411	Est-ce que d'autres types de directives sur les CPN sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1413
1412	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1415
1414	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI FAISANT PARTIE DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1417
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. .... 2	
1417	Est-ce que des cartes ou des fiches-clientes individuelles pour les CPN ou CPoN sont conservées dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1419
1418	Puis-je voir une fiche ou une carte vierge?	OBSERVÉE ..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. .... 2	
1419	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel les observations ou les paramètres des clientes CPN sont systématiquement relevés avant la consultation?  SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OÙ CES ACTIVITÉS SE DEROULENT.	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1421

1420	OBSERVER POUR VOIR SI LES ACTIVITÉS CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUÉMENT. SI UNE ACTIVITÉ N'EST PAS OBSERVÉE, DEMANDER: Est-ce que [ACTIVITÉ NON OBSERVÉE] est systématiquement faite pour toutes les clientes en CPN?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée des clientes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Organisation de sessions d'éducation de groupe	1	2	3	8
04	Test d'albumine	1	2	3	8
05	Test d'anémie	1	2	3	8

### EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DSIPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	STETHOSCOPE DE PINARD (OBSTETRICAL)	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	
06	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	TABLE GYNECOLOGIQUE OU LIT DE CONSULTATION	1	2	3			
1422	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5	
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
04	SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITTERRMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
05	VACCIN CONTRE LE TETANOS	1	2	3	4	5	

**PRECAUTIONS DE BASE**

1450	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SECTION SUIVANTE/SERVICE
		VACCINATION . . . . .	12	
SOINS INFANTILES	13			
FP	14			
PTME . . . . .	16			
MATERNITE . . . . .	17			
IST . . . . .	18			
TUBERCULOSE . . . . .	19			
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH . . . . .	21			
MALADIES NON TRANSMISSIBLES . . . . .	22			
PETITE CHIRURGIE . . . . .	23			
PAS VISITE AVANT . . . . .	31			
1451	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] / ANTISEPTIQUES	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1452	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN	SALLE SEPARÉE . . . . .	1	
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE . . . . .	2	
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	
		PAS D'INTIMITÉ . . . . .	4	
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 15: PREVENTION TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

1500	<b>VERIFIEZK Q102.06</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT ←
------	---	---

### ATTENTION!!!

NE COMMENCER CETTE SECTION QU' APRES AVOIR FINI AVEC LA SECTION SUR LES CPN

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME DANS LA STRUCTURE.  
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1501	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes	OUI	NON	
01	CONSEILS SUR LE VIH ET SERVICE DE TEST DE DEPISTAGE AUX FEMMES ENCEINTES	1	2	
02	TEST DE DEPISTAGE DES NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2	
03	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ANTIRETROVIRAUX AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIV 1		2	
04	TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE AUX ARV AUX NOUVEAU-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE	1	2	
05	CONSEILS AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES POUR L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NE§ 1 ET NOURRISSONS		2	
06	CONSEILS NUTRITIONELS POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS	1	2	
07	CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES	1	2	
1502	<b>VERIFIEZ Q1501.01</b> COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES <input type="checkbox"/>		1506
1503	EST-CE QUE C'EST LE MEME ENDROIT OU ON FOUNIT LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN. .... 1 NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT. .... 2		→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH (TDR) est disponible dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3		
1506	<b>VERIFIEZ Q1501.02</b> COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS <input type="checkbox"/>		→ 1509
1507	Est-ce que dans ce service, les prestataires utilisent un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage des enfants ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→ 1509
1508	Puis-je voir un exemplaire de papier buvard?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EXEMPLAIRE EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3		

1509	Est-ce que les directives nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1511					
1510	Puis-je les voir?  PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	→ 1513					
1511	Est-ce que d'autres types de directives sur la PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1513					
1512	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2						
1513	Est-ce que des directives sur le counseling pour l'allaitement du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1515					
1514	Puis-je les voir?  PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2						
1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1550					
1516	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVÉ					
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE		
		01	ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		02	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		03	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		04	LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		05	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		06	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		07	TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4	5
		08	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
		09	ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4	5
		10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5		

## PRECAUTIONS DE BASE

1550	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . . 11 VACCINATION INFANTILE . . . . . 12 SOINS INFANTILES . . . . . 13 PLANNING FAMILIAL . . . . . 14 CPN . . . . . 15 MATERNITE . . . . . 17 SERVICES IST . . . . . 18 TUBERCULOSE . . . . . 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH . . . . . 21 MALDIES NON TRANSMISSIBLES . . . . . 22 PETITE CHIRURGIE . . . . . 23 PAS VISITÉ AVANT . . . . . 31	SECTION SUIVANTE/SERVICE	
1551	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT(OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1552	DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME.  DECRIRE LE CADRE DE LA PIECE OU L'ENDROIT.	SALLE SEPARÉE. . . . . 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE. . . . . 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT . . . . . 3 PAS D'INTIMITÉ. . . . . 4		
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	<b>VERIFIEZ Q102.07</b>	Fourniture de services pour accouchement normal et/ou soins aux nouveau-nés	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	-------------------------	---	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL.  
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1601	Est-ce qu'un prestataire qualifié en matière d'accouchement, est présent dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 1604
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de permanence, une liste d'appel ou un programme journalier d'affectation du personnel?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 1604
1603	Puis-je le voir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	

### ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, en tant qu'élément de leur travail. Si oui, est-ce que ces services ont été fournis au moins une fois au cours des 3 derniers mois	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS M		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
01	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'ANTIBIOTIQUES (IV OU IM)	1 → b	2 02 ←	8 02 ←	1	2	8
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1 → b	2 03 ←	8 03 ←	1	2	8
03	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN ANTICONVULSIVANT POUR L'ECLAMPSIE (IV OU IM)	1 → b	2 04 ←	8 04 ←	1	2	8
04	ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	1 → b	2 05 ←	8 05 ←	1	2	8
05	RETRAIT MANUEL DU PLACENTA	1 → b	2 06 ←	8 06 ←	1	2	8
06	RETRAIT POSTPARTUM DE RESIDUES PLACENTAIRES	1 → b	2 07 ←	8 07 ←	1	2	8
07	REAMINATION NEONATALE	1 → b	2 08 ←	8 08 ←	1	2	8
08	CORTICOSTEROIDES POUR UN TRAVAIL PREMATURE	1 → b	2 1605 ←	8 1605 ←	1	2	8
1605	Est-ce que les directives nationales sur la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, sont disponibles dans ce service?				OUI..... 1 NON..... 2		→ 1607
1606	Puis-je les voir?				OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2		
1607	Est-ce que vous avez les directives nationales sur les soins obstétricaux d'urgence complets?  ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.				OUI..... 1 NON..... 2		→ 1609
1608	Puis-je les voir?				OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		

1609	Est-ce que vous avez les directives sur la prise en charge du travail prématuré?  ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'AUTRES DIRECTIVES.	OUI..... 1 NON ..... 2	→ 1611
1610	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	
1611	Est-ce que dans cette structure on pratique la méthode kangourou pour les nouveaux né à faible poids?	OUI..... 1 NON ..... 2	→ 1613
1612	Est-ce qu'il y a une salle séparée où on pratique la méthode kangourou ou est-ce qu'elle est intégrée dans le service principal de maternité?	OUI, SALLE SEPARÉE ..... 1 NON, INTEGRÉ ..... 2	
1613	Est-ce que les prestataires dans cette structure utilisent le partogramme pour surveiller le travail et l'accouchement?	OUI ..... 1 PAS D'UTILISATION DE PARTOGRAMME ..... 2	→ 1615
1614	Est-ce que dans cette structure, on utilise systématiquement, de manière sélective, ou pas du tout le partogramme?	SYSTEMATIQUEMENT..... 1 SELECTIVEMENT..... 2	
1615	Combien de lits réservés au service maternité sont disponibles dans cette structure?	# DE LITS RESERVES A LA MATERNITE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	
1616	Combien de lits réservés pour les accouchements sont disponibles dans ce service ?	# DE LITS RESERVES AUX ACCOUCHEMENTS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	
1617	Est-ce que cette structure participe à des analyses (revue de cas) régulières sur la mortalité maternelle et néonatale ou bien sur "les cas évités de justesse"?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1622
1618	Est-ce que ces analyses sont faites sur les mères seulement, les nouveaux-nés ou sur les deux à la fois?	POUR LES MERES SEULEMENT..... 1 POUR LES NOUVEAUX-NES SEULEMENT..... 2 POUR LES DEUX ..... 3	→ 1621
1619	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité maternelle ou sur " <u>les cas évités de justesse</u> " sont-elles faites?	CHAQUE: <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT . . 53 NSP ..... 98	
1620	<b>VERIFIEZ Q1618:</b>  REPONSE "3" ENCERCLEE <input type="checkbox"/>	REPONSE "3" PAS ENCERCLEE <input type="checkbox"/>	→ 1622
1621	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité néonatale ou sur les " <u>cas évités de justesse</u> " sont-elles faites?	CHAQUE: <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINE SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT. . 53 TJRS AVEC CELLE SUR LA MORTALITE MATERNELLE..... 95 NSP ..... 98	

## EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	INCUBATEUR	1 → b	2 → b	3 } 02 ←	1	2	8
02	AUTRE SOURCE EXTERNE DE CHALEUR	1 → b	2 → b	3 } 03 ←	1	2	8
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 } 04 ←	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1 → b	2 → b	3 } 05 ←	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1 → b	2 → b	3 } 06 ←	1	2	8
06	VENTOUSE OBSTETRICALE EXTRACTOR	1 → b	2 → b	3 } 07 ←	1	2	8
07	ASPIRATEUR MANUEL OU KIT D&C	1 → b	2 → b	3 } 08 ←	1	2	8
08	BALLON ET MASQUE RESPIRATOIRE	1 → b	2 → b	3 } 09 ←	1	2	8
09	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 } 10 ←	1	2	8
10	THERMOMETRE POUR BASSE TEMPERATURE	1 → b	2 → b	3 } 11 ←	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 } 12 ←	1	2	8
12	STETHOSCOPE DE PINARD (OBSTETRICAL)	1 → b	2 → b	3 } 13 ←	1	2	8
13	TENSIOMETRE	1 → b	2 → b	3 } 14 ←	1	2	8
14	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 } 1623 ←	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT	1	2	8			
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE	1	2	8			
03	FILS DE CLAMPAGE POUR CORDON OMBILICAL	1	2	8			
04	SPECULUM	1	2	8			
05	CISEAUX POUR EPISIOTOMIE	1	2	8			
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL	1	2	8			
07	MATERIEL ET AIGUILLES POUR SUTURE	1	2	8			
08	PORTES-AIGUILLES	1	2	8			
09	PINCES DE COCHERE	1	2	8			
10	PINCES A CLAMPER	1	2	8			
11	PORTE-COMPRESSES	1	2	8			
12	PARTOGRAMME VIERGE	1	2	8			

1624	Est-ce que cette structure observe <b>systématiquement</b> les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveau-nés?	OUI	NON	NSP		
01	Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (Peau sur Peau)	1	2	8		
02	Sécher et couvrir les nouveau-nés pour les réchauffer	1	2	8		
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8		
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
05	Aspiration à l'aide d'une sonde	1	2	8		
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8		
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8		
08	Administration de Vitamin K au nouveau-né	1	2	8		
09	Appliquer de la Tetracycline dans les deux yeux	1	2	8		
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8		
11	Donner au nouveau-né le colostrum par la mise au sein immédiat	1	2	8		
12	Donner au nouveau-né le vaccin polio oral avant la sortie	1	2	8		
13	Faire le BCG au nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
1625	Veuillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) NON OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5
02	ANTIBIOTIQUE INJECTABLE (PAR EX., CEFTRIAXONE)	1	2	3	4	5
03	UTEROTONIQUE INJECTABLE (PAR EX., OXYTOCINE)	1	2	3	4	5
04	SULFATE DE MAGNESIUM	1	2	3	4	5
05	DIAZEPAM INJECTABLE	1	2	3	4	5
06	SOLUTION IV (EXPANSEURS DU VOLUME PLASMATIQUE)/ (GROSSE MOLECULE)AVEC LE NECESSAIRE A PERFUSION	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	SOLUTION DE CHLORHEXIDINE A 4% (NETTOYAGE DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5

**PTME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT**

1626	Est-ce que dans ce service vous faites la PTME pour les femmes qui viennent pour accoucher?	OUI..... 1 NON ..... 2					
1627	Est-ce que les prestataires de la maternité font le dépistage du VIH dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1629				
1628	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR du VIH?  VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3					
1629	Est-ce que vous avez des stocks d'ARV pour la PTME, dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1650				
1630	Veuillez me dire si les médicaments antirétroviraux suivants pour la PTME sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON / OU JAMAIS DISPONIBLE	
01		ZIDOVDINE (AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02		NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
03		LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04		LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05		ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06		EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07		TENAFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4	5
08		EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
09		ZIDOVDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4	5
10		NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
11	ZIDOVDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5	

**PRECAUTIONS DE BASE**

1650	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDiquer LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SECTION SUIVANTE/SERVICE
		VACCINATION INFANTILE . . . . .	12	
SOINS INFANTILES	13			
PLANNING FAMILIAL . . . . .	14			
CPN . . . . .	15			
PTME	16			
SERVICES IST	18			
TUBERCULOSE . . . . .	19			
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH	21			
MALDIES NON TRANSMISSIBLES	22			
PETITE CHIRURGIE	23			
PAS VISITÉ AVANT	31			
1651	<b>STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION</b>	OBSERVE	REPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL / DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUE	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1652	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE	SALLE SEPARÉE . . . . .	1	
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE . . . . .	2	
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	
		PAS D'INTIMITÉ . . . . .	4	
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 17: PALUDISME

1700	<b>VERIFIEZ Q102.08:</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME
			SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER POUR LE PALUDISME. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LE PALU. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins (GE/TDR) pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins systématiquement ou parfois seulement?	SYSTEMATIQUEMENT/TOUJOURS ..... 1 PARFOIS SEULEMENT ..... 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE ..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE ..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU ..... 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF ..... 1 AUTRE ..... 2 PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, un affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme ou l'ordinogramme?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme selon les directives?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	

REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

## SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	<b>VERIFIEZ Q102.09</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES IST. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DES SERVICES IST. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
1802	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic des IST?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1804
1803	Comment se fait le diagnostique des IST?	APPROCHE SYNDROMIQUE SEULEMENT ..... 1 ETIOLOGIE (LABO) SEULEMENT ..... 2 A LA FOIS SYNDROMIQUE ET ETIOLOGIQUE ..... 3	
1804	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement pour les IST?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1805	VERIFIEZ Q1802 ET Q1804 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q1802 NI Q1804 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	
1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service ont jamais été référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur sont offert dans cette structure?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT ..... 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV ..... 2	
1808	Est-ce que les prestataires du service IST font le dépistage du VIH dans ce service même?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1810
1809	Puis-je voir un echantillon du kit TDR du VIH?  VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE ..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE ..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU ..... 3	
1810	Est-ce que les directives nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service?  ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→ 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1814
1813	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	
1814	Est-ce que cette structure pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1816
1815	Est-ce que la notification est toujours active ou parfois (quand la structure contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive (quand la structure demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)?	TOUJOURS ACTIVE ..... 1 PARFOIS ACTIVE ..... 2 SEULEMENT PASSIVE ..... 3	
1816	Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1818
1817	Puis-je voir une fiche individuelle ou un carnet de santé individuel. (Vierge ou pas).	OBSERVÉE ..... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE ..... 2	

1818	DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSELIN DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.				
	<b>SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:</b>	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
01	Sur les IST	1	2	3	8
02	sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
03	sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
04	Posters sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
	<b>INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI</b>				
08	Sur les IST	1	2	3	8
09	Sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
10	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
11	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
12	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
13	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
14	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8

## PRECAUTIONS DE BASE

1850	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">INFORMATIONS GENERALES .....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>VACCINATION INFANTILE .....</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>SOINS INFANTILES.....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL .....</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>CPN .....</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME .....</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE.....</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE .....</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PETITE CHIRURGIE .....</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITE AVANT.....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table>	INFORMATIONS GENERALES .....	11	VACCINATION INFANTILE .....	12	SOINS INFANTILES.....	13	PLANNING FAMILIAL .....	14	CPN .....	15	PTME .....	16	MATERNITE.....	17	TUBERCULOSE .....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22	PETITE CHIRURGIE .....	23	PAS VISITE AVANT.....	31	SECTION SUIVANTE/SERVICI
INFORMATIONS GENERALES .....	11																										
VACCINATION INFANTILE .....	12																										
SOINS INFANTILES.....	13																										
PLANNING FAMILIAL .....	14																										
CPN .....	15																										
PTME .....	16																										
MATERNITE.....	17																										
TUBERCULOSE .....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	22																										
PETITE CHIRURGIE .....	23																										
PAS VISITE AVANT.....	31																										
1851	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDROALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3																							
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3																							
10	MASQUES	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
1852	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OÙ SONT DELIVRES LES SERVICES IST	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">SALLE SEPARÉE.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>PAS D'INTIMITÉ.....</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </table>	SALLE SEPARÉE.....	1	AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2	INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	PAS D'INTIMITÉ.....	4																	
SALLE SEPARÉE.....	1																										
AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE.....	2																										
INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																										
PAS D'INTIMITÉ.....	4																										
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

## SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	<b>VERIFIEZ Q102.10</b>  FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input style="float: left; margin-left: 20px;" type="checkbox"/>  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES SUR LA TBC.  
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRESTATION DE SERVICES SUR LA TB.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1901	Combien de jours par mois les services de santé sur la TBC sont-ils fournis?  UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 10px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
------	--	---

### DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

1902	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic de la tuberculose chez un patient?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1904
1903	Quelle est la méthode la plus utilisée par les prestataires pour faire le diagnostic de la TBC?  SONDER POUR DETERMINER LA METHODE LA PLUS UTILISEE A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO	EXAMEN DES CRACHATS SEULEMENT ... 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT..... 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO... 3 A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO 4 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT... 5	
1904	Est-ce que les prestataires ont une fois référé des patients en dehors de la structure pour le diagnostic de la TBC?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1907
1905	Est-ce que cet établissement a un accord avec une structure de référence pour que les résultats des tests de dépistage de la TBC vous soient retournés, soit directement, soit par le patient?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1906	Est-ce qu'il existe un document/registre des patients qui sont référés pour le diagnostic de la TBC?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1908
1907	Puis-je voir le document/registre des patients qui sont référés ?  VERIFIER SI LES RESULTATS DES DIAGNOSTICS Y SONT ENREGISTRES	REGISTRE VU (PAPIER) ..... 1 REGISTRE VU (ELECTRONIQUE)..... 2 REGISTRE PAS VU..... 3	

### TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

1908	Est-ce que les prestataires de cette structure prescrivent un traitement pour la TBC ou bien gèrent les patients qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1910
1909	Quel est le schéma ou l'approche thérapeutique que les prestataires utilisent pour le suivi des patients <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TBC?  PRECISER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS. .... 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS. .... 3 DIAGNOSTIC ET TRAITE LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI. .... 4 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE ..... 5 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT, PAS DE SUIVI. .... 6 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS. .... 7	
1910	<b>VERIFIEZ Q1902 AND Q1908</b>  FOURNITURE DE <input style="float: right; margin-right: 20px;" type="checkbox"/> DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC	PAS DE FOURNITURE DE DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input style="float: left; margin-left: 20px;" type="checkbox"/>  SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	
1911	Est-ce qu'il existe un système pour dépister le VIH chez les patients tuberculeux?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1913
1912	Puis-je voir un registre ou une preuve de ce système de dépistage du VIH chez les patients de TBC? LE SYSTEME PEUT ETRE SOUS FORME D'UN REGISTRE	SYSTEME OR REGISTRE OBSERVE ..... 1 SYSTEME OR REGISTRE RAPPORTE, PAS VU ..... 2	



## PRECAUTIONS DE BASE

1950	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTRÉES.	INFORMATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS INFANTILES..... 13 PLANNING FAMILIAL ..... 14 CPN. .... 15 PTME..... 16 MATERNITE..... 17 IST ..... 18 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH ..... 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22 CHIRURGIE MINEURE..... 23 PAS VISITE AVANT..... 31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
1951	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	OBSERVE      RAPPORTE      PAS PAS VU      DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1                      2                      3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1                      2                      3	
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/ DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1                      2                      3	
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 } 06 ↓	2                      3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1                      2                      3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1                      2                      3	
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1                      2                      3	
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1                      2                      3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1                      2                      3	
10	MASQUES MEDICAUX	1                      2                      3	
11	BLOUSES	1                      2                      3	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1                      2                      3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1                      2                      3	
1952	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC	OU SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT PAS D'INTIMITÉ..... 4	
1953	<b>VERIFIEZ Q214</b> ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU <input type="checkbox"/> OU PAS STOCKES ( <b>REPONSE 1 PAS ENCERCLEE</b> ) ↓	ANTITUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC ( <b>RESPONSE 1 ENCERCLEE</b> ) <input type="checkbox"/>	→ 931
REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

## SECTION 20: TEST DE DEPISTAGE DU VIH

2000	<b>VERIFIEZ Q102.11</b>  FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DE DEPISTAGE DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE COUNSELING ET LE DEPISTAGE DU VIH. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
2001	Combien de jours par mois les services de dépistage du VIH sont-ils délivrés dans la structure?  UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DES JOURS. .... <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
2002	Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le test de dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procédure qui est suivie? En d'autres termes, quelles sont les options possibles pour faire le test de dépistage?  APRES QUE LA REPONSE EST DONNEE, SONDER POUR DETERMINER TOUTES LES AUTRES PROCEDURES POUR FAIRE LE DEPISTAGE DU VIH.  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DANS LE SERVICE A PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE AU LABO B PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE. .... C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA STRUCTURE. D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. .... E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE. .... F	
2003	<b>VERIFIEZ Q2002</b> FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" PAS ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2005
2004	Puis-je voir un kit TDR du VIH?  VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3	
2005	Est-ce qu'il existe dans ce service des tableaux/fiches/ cartes individuelles pour les patients qui reçoivent des prestations dans ce service? (par ex., un carnet de santé) Cela renvoie à tout système, où les informations individuelles sur les patients sont enregistrées de telle sorte qu'un fichier de tous les soins et services sont disponibles dans un seul document?	OUI ..... 1 NON PAS DE DOSSIER INDIVIDUEL DE MALADE. .... 2	→ 2007
2006	Puis-je voir un exemplaire de dossier de malade?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	
2007	Est-ce que les directives nationales sur le counseling et le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2009
2008	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 2011
2009	Est-ce que d'autres types de directives sur le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2011
2010	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
2011	Est-ce que le personnel de cet établissement a accès à la prophylaxie post-exposition contre le VIH?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2012	Est-ce que des protocoles/directives écrites pour la prophylaxie post-exposition sont disponibles dans ce service?  PEUT FAIRE PARTIE D'UN AUTRE DOCUMENT	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2014
2013	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
2014	<b>VERIFIEZ Q2002</b> PRELEVEMENT DE SANG DANS LE SERVICE ("A" OU "B" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE PRELEVEMENT DE SANG DANS SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	→ 2052

PRECAUTIONS DE BASE					
2050	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPIONDANT DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES ..... 11 VACCINATION INFANTILE ..... 12 SOINS INFANTILES..... 13 PLANNING FAMILIAL ..... 14 CPN..... 15 PTME..... 16 MATERNITE..... 17 IST ..... 18 TUBERCULOSE ..... 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... 22 PETITE CHIRURGIE ..... 23 PAS VISITE AVANT..... 31			→2053
2051	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)		1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)		1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE		1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE		1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)		1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/ OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)		1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)		1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ ANTISEPTIQUES		1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES		1	2	3
10	MASQUES		1	2	3
11	BLOUSES		1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]		1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE		1	2	3
2052	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4			
2053	Est-ce que des condoms à donner aux patients recevant des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2			→2055
2054	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS..... 2			
2055	<b>VERIFIEZ Q2002</b>  DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" OU "F" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←			
2056	Est-ce que cet établissement a un accord avec la structure de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?	OUI ..... 1 NON ..... 2  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
2057	Puis-je voir quelques evidences de cet accord?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2			
REMERCIEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

## SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100	<b>VERIFIEZ Q102.12</b>  FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURES DE SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH <input type="checkbox"/>  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
------	--	--

DEMANDER A VOIR L'ENDOIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DU TRAITEMENT DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CES SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2101	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure prescrivent un traitement ARV	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2102	Est-ce que les prestataires de santé dans cette structure fournissent des services de suivi du traitement aux personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ..... 1 OUI, SERVICE DE SUIVI DANS LA STRUCTURE ET DANS LA COMMUNAUTE ..... 2 NON ..... 3	
2103	VERIFIEZ Q2101 ET Q2102 REPONSE "1" ENCERCLEE DANS SOIT Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS ENCERCLEE NI DANS Q2101 NI Q2102 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
2104	Est-ce que les <b>Directives Nationales sur le traitement ARV</b> sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2106
2105	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→2108
2106	Est-ce que d'autres types de directives sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2108
2107	Puis-je les voir?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU ..... 2	

### TESTS DE BASE AVANT LE TRAITEMENT ARV

2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils font des tests de base de façon systématiquement, sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.	TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FACON			
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP
01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3	8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolites)	1	2	3	8
07	Analyse d'urines	1	2	3	8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
09	Test crachat pour la TBC	1	2	3	8
10	Hepatite B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8
12	Tous autres tests de routine (SPECIFIER)	1	2	3	8

## TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si <b>un test de suivi</b> est fait systématiquement, de manière sélective ou jamais pendant que le patient est sous TARV (c'est-à-dire pour le suivi)				
		TEST DE SUIVI EFFECTUÉ DE FACON			
	TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP
01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
02	Comptage globulaire complet (Hemogramme)	1	2	3	8
03	Comptage cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolytes)	1	2	3	8
07	Analyse d'urines	1	2	3	8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
09	Test crachat pour la TBC	1	2	3	8
10	Hépatite B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8
12	Tous autres tests de routine _____ (SPECIFIER)	1	2	3	8
2110	<b>VERIFIEZ Q216</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     ARV STOCKES AILLEURS OU                      PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE                      TARV (REPONSE 1 ENCERCLEE) <input type="checkbox"/> </div> </div>				
941					
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

## SECTION 22: SOINS ET SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH

2200	<b>VERIFIEZ Q102.13</b> FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH	PAS DE FOURNITURE DE SOINS ET DE SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT																																							
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SOINS ET LES SERVICES DE SOUTIEN CONTRE LE VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER QUESTIONS SUIVANTES.																																									
2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de santé fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">OUI</th> <th style="width: 33%;">NON</th> <th style="width: 33%;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	NSP	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8	1	2	8
OUI	NON	NSP																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
1	2	8																																							
01	Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA. Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques.																																								
02	Faire un traitement systématique par voie intraveineuse des infections fongiques spécifiques telles que la méningite à cryptocoque																																								
03	Faire un traitement pour le sarcome de Kaposi																																								
04	Faire ou prescrire un traitement palliatif pour les patients, tels que la gestion des symptômes ou de la douleur ou les soins infirmiers aux patients en phase terminale, ou très affaiblis.																																								
05	Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle, c'est-à-dire l'éducation et la fourniture au patient de suppléments nutritionnels																																								
06	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies																																								
07	Fournir des soins pédiatriques pour les enfants atteints du VIH/SIDA																																								
08	Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine)																																								
09	Fournir un traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole																																								
10	Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer																																								
11	Fournir le counseling et/ou services de PF																																								
12	Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH																																								
2202	Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la TBC chez les patients séropositifs?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2204																																						
2203	Puis-je voir le registre qui montre que les patients seropositifs sont systématiquement tester et dépister pour la TBC?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ ..... 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2																																							
2204	Est-ce que les directives nationales pour la gestion clinique du VIH/SIDA sont disponibles dans ce service ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2206																																						
2205	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2																																							
2206	Est-ce que les directives sur les soins palliatifs sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→2208																																						
2207	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2																																							
2208	Est-ce qu'il y a dans ce service des condoms à distribuer aux patients qui reçoivent les services?	OUI ..... 1 NON ..... 2	Section → suivante																																						
2209	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. .... 2																																							
REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																																									

## SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2300	<b>VERIFIEZ Q102.14</b> FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/> ↓	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/> ←
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT				

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS QUI ONT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES OU CHRONIQUES, TELLES QUE LE DIABETE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORME SUR LA FOURNITURE DE TELS SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

### DIABETE

2301	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent le diabète?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT ..... 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION ..... 2 OUI, GESTION SEULEMENT ..... 3 NON ..... 4	→ 2310
2302	Est-ce que les <b>directives nationales</b> sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2304
2303	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→ 2310
2304	Est-ce que <b>d'autres types de directives</b> sur le diagnostic et la gestion du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2310
2304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	

### MALADIES CADIO-VASCULAIRES

2310	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent les <b>maladies cardiovasculaires</b> telles que l'hypertension?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT ..... 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION ..... 2 OUI, GESTION SEULEMENT ..... 3 NON ..... 4	→ 2320
2311	Est-ce que les <b>directives nationales</b> pour le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2313
2312	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→ 2320
2313	Est-ce que <b>d'autres types de directives</b> pour le diagnostic et la gestion des maladies cardiovasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2320
2314	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	

### MALADIES RESPIRATOIRES

2320	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou gèrent des maladies respiratoires <b>chroniques</b> telles que la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT ..... 1 OUI, DIAGNOSTIC ET GESTION ..... 2 OUI, GESTION SEULEMENT ..... 3 NON ..... 4	→ 2330
2321	Est-ce que les <b>directives nationales</b> pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2323
2322	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→ 2330
2323	Est-ce que <b>d'autres types de directives</b> pour le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2330
2324	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	

## EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE

2330	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE LISTES CI-DESSOUS. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	SECTION INFORMATIONS GENERALES ..... 1 PAS VISITE AVANT. .... 2	→ 2350				
2331	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service et s'ils sont fonctionnels  DEMANDER A VOIR LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS	(A) DISPONIBLE	(B) FONCTIONNEL				
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT [GRADUATION 250 gr]	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	PESE-PERSONNE POUR ENFANT [GRADUATION 100 gr]	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	STADIOMETRE [OU TOISE] POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	RUBAN DE MESURE [POUR LA CIRCONFERENCE]	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 08 ↙	1	2	8
08	APPAREIL BP NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 09 ↙	1	2	8
09	APPAREIL BP MANUEL	1 → b	2 → b	3 10 ↙	1	2	8
10	SOURCE D'ECLAIRAGE (LAMPE DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3 11 ↙	1	2	8
11	MASQUE ET BALLON AUTOGONFLABLE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3 12 ↙	1	2	8
12	MASQUE ET BALLON AUTOGONFLABLE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3 13 ↙	1	2	8
13	MICRONEBULISEUR	1 → b	2 → b	3 14 ↙	1	2	8
14	DISPOSITIFS D'ESPACEMENT POUR INHALATEURS	1 → b	2 → b	3 15 ↙	1	2	8
15	DEBIMETRES	1 → b	2 → b	3 16 ↙	1	2	8
16	OXIMETRE DE POULS	1 → b	2 → b	3 17 ↙	1	2	8
17	CONCENTRATREURS D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 18 ↙	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 19 ↙	1	2	8
19	SYSTÈME DE DISTRIBUTION DE L'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 20 ↙	1	2	8
20	KITS DE PERFUSION - ADULTE	1	2	3			
21	KITS DE PERFUSION - ENFANT	1	2	3			

## SALLE DE CONSULTATION DES PATIENTS

2350	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">INFORMATIONS GENERALES .....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>VACCINATION INFANTILE .....</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>SOINS INFANTILES .....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL .....</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>CPN .....</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME .....</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE .....</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>IST .....</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE .....</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>PETITE CHIRURGIE .....</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITE AVANT .....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table>	INFORMATIONS GENERALES .....	11	VACCINATION INFANTILE .....	12	SOINS INFANTILES .....	13	PLANNING FAMILIAL .....	14	CPN .....	15	PTME .....	16	MATERNITE .....	17	IST .....	18	TUBERCULOSE .....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21	PETITE CHIRURGIE .....	23	PAS VISITE AVANT .....	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
INFORMATIONS GENERALES .....	11																										
VACCINATION INFANTILE .....	12																										
SOINS INFANTILES .....	13																										
PLANNING FAMILIAL .....	14																										
CPN .....	15																										
PTME .....	16																										
MATERNITE .....	17																										
IST .....	18																										
TUBERCULOSE .....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21																										
PETITE CHIRURGIE .....	23																										
PAS VISITE AVANT .....	31																										
2351	<b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE") / OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL] /ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES DE PROTECTION]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
2352	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE .....	1																								
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE .....	2																								
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT .....	3																								
		PAS D'INTIMITÉ .....	4																								
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.																											

## SECTION 24: SERVICES DE PETITE CHIRURGIE

2400	<b>VERIFIEZ Q102.15</b> FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT					
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA FOURNITURE DE SERVICES DE LA PETITE CHIRURGIE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES ACTES DE PETITE CHIRURGIE ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESS							
2401	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE	(B) FONCTIONNEL				
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01		1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02		1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03		1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04		1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05		1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
06		1 → b	2 → b	3 2402 ↙	1	2	8
2402	Veuillez SVP me dire si le matériel ou les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN MEDICAMENT AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE	
01		1	2	3	4	5	
02		1	2	3	4	5	
03		1	2	3	4	5	
04		1	2	3	4	5	
05	1	2	3	4	5		
2403	Est-ce qu'il y a des directives sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base (IMEESC)?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 2450			
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2					

## PRECAUTIONS DE BASE

2450	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">INFORMATIONS GENERALES .....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>VACCINATION INFANTILE .....</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>SOINS CURATIFS INFANTILES .....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>PLANNING FAMILIAL .....</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>CPN .....</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>PTME .....</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td>MATERNITE .....</td> <td style="text-align: right;">17</td> </tr> <tr> <td>IST .....</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>TUBERCULOSE .....</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>PAS VISITÉ AVANT .....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> </table>	INFORMATIONS GENERALES .....	11	VACCINATION INFANTILE .....	12	SOINS CURATIFS INFANTILES .....	13	PLANNING FAMILIAL .....	14	CPN .....	15	PTME .....	16	MATERNITE .....	17	IST .....	18	TUBERCULOSE .....	19	COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21	MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	22	PAS VISITÉ AVANT .....	31	SECTION SUIVANTE/SERVICE ↓
INFORMATIONS GENERALES .....	11																										
VACCINATION INFANTILE .....	12																										
SOINS CURATIFS INFANTILES .....	13																										
PLANNING FAMILIAL .....	14																										
CPN .....	15																										
PTME .....	16																										
MATERNITE .....	17																										
IST .....	18																										
TUBERCULOSE .....	19																										
COUNSELING ET DEPISTAGE VIH .....	21																										
MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	22																										
PAS VISITÉ AVANT .....	31																										
2451	<b>MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	OBSERVE PAS VU	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE																							
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3																							
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3																							
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL/DISTRIBUTEUR DE SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE	1	2	3																							
04	POUBELLE (A PEPALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3																							
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3																							
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")/OBJET PIQUANT COUPANT TRANCHANT (OPCT)	1	2	3																							
07	GANTS JETABLES EN LATEX (GANTS D'EXAMEN OU GANTS STERILES)	1	2	3																							
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]/ANTISEPTIQUE	1	2	3																							
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3																							
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3																							
11	BLOUSES	1	2	3																							
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3																							
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3																							
2452	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE .....	1																								
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE .....	2																								
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3																								
		PAS D'INTIMITÉ .....	4																								
REMERCEZ VOTRE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.																											

## SECTION 25: CESARIENNES

2500	<b>VERIFIEZ Q102.16</b> FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE FOUNTURE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>					
DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU ON PRATIQUE LES CESARIENNES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRATIQUE DES CESARIENNES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
2501	Est-ce que la structure dispose d'un prestataire qui est qualifié pour pratiquer une césarienne et qui est présent ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2504				
2502	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'equipe de garde?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2504				
2503	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU ..... 2					
2504	Est-ce que la structure dispose d'un anesthésiste qui est présent dans la structure ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2507				
2505	Est-ce qu'il y a un horraire, un programme ou un planning pour les 24 heures de l'equipe de garde?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2507				
2506	Puis-je le voir?	PLANNING OBSERVE..... 1 PLANNING RAPPORTE, PAS VU ..... 2					
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans la structure au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2					
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES CESARIENNES ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS							
2510	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	MACHINE D'ANESTHESIE RESPIRATEUR	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	CIRCUIT DU RESPIRATEUR(MASQUE, BALLON, FILTRE, TUYAU)	1 → b	2 → b	3 02A ↙	1	2	8
02A	ELECTROCARDIOSCOPE (SCOPE)	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	CANULE OROPHARYNGEE DE MAYO (ADULTE)	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	CANULE OROPHARYNGEE (ENFANT)	1 → b	2 → b	3 05 ↙	1	2	8
05	PINCE MAGILLS - ADULTE	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
06	PINCE MAGILLS - ENFANT	1 → b	2 → b	3 07 ↙	1	2	8
07	TUBE ENDOTRACHEAL ( 3.0 - 5.0)	1 → b	2 → b	3 08 ↙	1	2	8
08	TUBE ENDOTRACHEAL ( 5.5 - 9.0)	1 → b	2 → b	3 09 ↙	1	2	8
09	STYLET D'INTUBATION GUIDE D'INTUBATION	1 → b	2 → b	3 10 ↙	1	2	8
10	AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT	1	2	8
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.							

## SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

2600	<b>VERIFIEZ Q102.18</b> FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←				
2601	Veuillez SVP me dire si les réactifs ou les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. je voudrais les voir.  VERIFIER POUR VOIR SI REACTIF AU MOINS UN EST VALIDE (PAS PÉRIMÉ)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) PAS OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE
01	Réactif Anti-A (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
02	Réactif Anti-B (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
03	Réactif Anti-D (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
04	Réactif de COOMBS (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5
04A	Réactif Anti-AB (avec date d'expiration valide)	1	2	3	4	5

## SECTION 27: SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE

2700	<b>VERIFIEZ Q102.19</b> FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT DANS LA STRUCTURE OÙ LE SANG EST COLLECTÉ, STOCKÉ, TRANSFORMÉ OU MANIPULÉ AVANT LA TRANSFUSION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS LA STRUCTURE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES		
2701	D'où vient le sang qu'on utilise dans la structure pour les transfusions sanguines?  SONDER POUR AVOIR UNE LISTE COMPLETE DES SOURCES DU SANG.	BANQUE DE SANG NATIONALE..... A BANQUE DE SANG REGIONALE..... B DON DE SANG DIRECT DES PARENTS..... C AUTRE..... D (SPECIFIER)
2702	Est-ce qu'au cours des 3 derniers mois, on a fait une transfusion de sang dans un contexte obstétrical (cad, pour des soins maternels)?	OUI..... 1 NON..... 2

## DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

2710	Est-ce qu'avant de faire la transfusion, le sang qui est transfusé dans cette structure est dépisté, pour n'importe quelle maladie infectieuse <b><u>soit dans la structure même ou en dehors?</u></b>	OUI..... 1 NON..... 2	→ 2720
2711	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté seulement dans la structure, seulement dans une structure externe, ou dans les deux à la fois?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE..... 1 SEULEMENT DANS UNE AUTRE STRUCTURE.... 2 DEPISTAGE A LA FOIS INTERNE ET EXTERNE... 3	
2712	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté pour l'une des maladies infectieuses suivante, soit <b><u>dans la structure même ou en dehors?</u></b> SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "parfois", ou "rarement" dépisté?	TOUJOURS      PARFOIS      RAREMENT      NON	
01	VIH	1      2      3      4	
02	SYPHILIS	1      2      3      4	
03	HEPATITE B	1      2      3      4	
04	HEPATITE C	1      2      3      4	
2713	Est-ce qu'on a une fois envoyé du sang en dehors de la structure pour le dépistage de l'une des 4 maladies infectieuses mentionnées ci-dessus?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 2720
2714	Pour laquelle des maladies a-t-on envoyé du sang en dehors de la structure pour le dépistage? DEMANDER A VOIR LA DOCUMENTATION	(A) PRELEVEMENT ENVOYE POUR TESTS EXTERNES (B) DOCUMENTS SUR LES TESTS EXTERNES	
		OUI      NON      OUI      NON	
01	VIH	1 → b      2 02 ←	1      2
02	SYPHILIS	1 → b      2 03 ←	1      2
03	HEPATITE B	1 → b      2 04 ←	1      2
04	HEPATITE C	1 → b      2 2720 ←	1      2

## CONSERVATION DU SANG

2720	Est-ce qu'il est arrivé que la structure manque de sang pendant plus d'un jour, à n'importe quel moment au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
2721	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur pour la conservation du sang?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 2724
2722	Puis-je voir le réfrigérateur?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	→ 2724
2723	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR OÙ ON CONSERVE LE SANG?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES..... 1 PLUS DE +6 DEGRES..... 2 MOINS DE +2 DEGRES..... 3 THERMOMETRE NON FONCTIONNEL..... 4	
2724	Est-ce qu'il existe des directives quelconques sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sures?	OUI ..... 1 NON ..... 2	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
2725	Puis-je voir les directives sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sures?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	

## SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE LA STRUCTURE DE SANTE

		OUI	NON					
3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE							
01	<b>LE SOL:</b> BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2					
02	<b>COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES:</b> NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS	1	2					
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2					
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/ OU SONT PERCEES	1	2					
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2					
06	<b>MURS:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2					
07	<b>PORTES:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2					
08	<b>PLAFOND:</b> TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2					
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<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: 10px; text-align: center;">.</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				.		
		.						
REMERCEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.								

**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)**

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES:

---

---

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**MEASURE DHS - ENQUETE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTE**

**INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTE**

Code de la structure:

--	--	--	--	--

Code Enquêteur:

--	--

Numéro de SERIE du Prestataire:

--	--

[DU FORMULAIRE LISTANT LE PERSONNEL]

Sexe du prestataire: (1=MASCULIN; 2=FEMININ)

--

Statut du Prestataire: (1 = affecté; 2 = appuie)

--

Nombre d'observations de CPN associées au prestataire. ....

--

Nombre d'observations d'"Enfants Malades" associés au prestataire. ....

--

**INDIQUER SI LE PRESTATAIRE  
A ETE PRECEDEMENT INTERVIEWE  
DANS UNE AUTRE STRUCTURE.  
SI OUI, INSCRIRE NOM ET  
CODE DE LA STRUCTURE OU  
IL A ETE INTERVIEWE**

OUI, PRECEDEMENT INTERVIEWE ..... 1

NOM&CODE DE LA STRUCTURE

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

→ FIN

NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMENT 2

LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_. Je représente l'Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie (ANSD) et le Ministère de la Santé.  
Nous faisons une étude pour d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de sante de notre pays.  
Je vais commencer par vous lire quelques lignes expliquant le but de l'étude.

Votre structure a été sélectionné pour faire partie de l'étude. Nous allons poser plusieurs questions sur les types de prestations que vous fournissez personnellement, et à propos de la formation que vous avez reçue.

Les informations que vous nous donnez pourront être utilisées par le ministère de la Santé, d'autres institutions ou chercheurs, dans le but d'améliorer la panification des services ou pour des études plus approfondies des services de santé.

Ni votre nom ni celui d'un autre agent de santé participant dans cette étude ne sera mentionné dans la base de données ou dans un rapport; cependant, il y a une petite possibilité qu'un des répondants puisse être identifié dans l'avenir. Pourtant, nous demandons votre aide pour nous assurer que les informations que nous recueillons sont exactes.

Vous pouvez refuser de répondre à telle ou telle question ou interrompre l'interview à tout moment. Cependant, nous espérons que vous participerez à l'enquête. Avez-vous des questions en rapport avec l'enquête? Ai-je votre accord pour commencer?

signature de l'enquêteur

				2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNEE			

LA SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUE QUE LE CONSENTEMENT A ETE OBTENU

101

Puis-je commencer l'interview maintenant?

OUI..... 1

NON..... 2

→ FIN

## 1. EDUCATION ET EXPERIENCE

102	Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.  Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, et supérieures avez-vous complétées?	ANNÉES ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
103	Quelle est votre profession/qualification actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste?  [la liste sera spécifique au pays - elle doit être suffisamment étendue, éviter le besoin d'inclure « autre »]	MEDECIN GENERALISTE. .... 01 CHIRURGIEN GENERALISTE. .... 02 MEDECIN SPECIALISTE ..... 03 TECHNICIEN SUPERIEUREN ADMINISTRATION ..... 04 TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE. .... 05 TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE. .... 06 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/ REANIMATION. .... 07 TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESIOTHERAPIE. .... 08 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ONDOTOLOGIE. .... 09 TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE ..... 10 TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTALMOLOGIE. .... 11 TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE. .... 12 INFIRMIER(E) D'ETAT ..... 13 INFIRMIER(E) BREVETE / AGENT SANITAIR ..... 14 ASSISTANT INFIRMIER ..... 15 SAGE-FEMME D'ETAT ..... 16 BIOLOGISTE ..... 20 TECHNICIEN DE LABORATOIRE. .... 21 TRAVAILLEURS SOCIAUX ..... 22 ASSISTANTS SOCIAUX ..... 23 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) ..... 24 AUTRE _____ SPECIFIER ..... 96		
104	En quelle année avez-terminé cette formation?  SI QUALIFICATION NON-TECHNIQUE (103=95), DEMANDEZ: En quelle année avez-vous terminé votre formation de base en vue de l'obtention de votre qualification actuelle?	ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
105	En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette structure?	ANNEE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
106	Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B?  SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'a présent?	OUI, UNE DOSE. .... 1 OUI, 2 DOSES. .... 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS. .... 3 NON. .... 4	→ 108	
107	Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette structure?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
108	Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?	OUI. .... 1 NON. .... 2		

## 2. FORMATION GÉNÉRALE / PALUDISME /MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

200	Tout d'abord, je voudrais vous poser des questions au sujet de quelques cours généraux de formation. Avez-vous reçu une <b>formation continue</b> (c.-à-d depuis que vous avez commencé à travailler) ou <b>une formation de mise à jour</b> sur l'un ou l'autre thème suivant? [LIRE LE THEME]  SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette <b>formation continue</b> ou <b>formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Les mesures de précaution universelles, telles que l'hygiène des mains, nettoyage et désinfection, gestion de déchets, prévention de piqûres accidentelles dues aux aiguilles de seringue ou de blessures par d'autres objets tranchants, ou bonnes pratiques d'injection?	1	2	3
02	Toute formation spécifique à la sécurité des injections?	1	2	3
03	Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?	1	2	3
04	La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?	1	2	3

201	<b>VÉRIFIEZ A LA Q103 LA PROFESSION/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE</b>		
	CODE 10, 20 OU 21 (CAD., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/>		700
	CODE 10, 20 OU 21 <b>N'EST PAS</b> ENCERCLE <input type="checkbox"/>		
Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez <b>personnellement</b> comme partie de <b>vosre fonction actuelle au sein de cette structure</b> et de toute <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> liée à ce sujet que vous avez reçue. Rappelez-vous que nous parlons de <b>services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette structure.</b>			
202	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « <b>amis des jeunes</b> » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
203	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes" ?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. .... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. .... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . . 3	

### PALUDISME

204	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le palu?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
205	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec le diagnostic et/ traitement du paludisme?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→207	
206	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	
			NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE	
01	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2	3
02	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
03	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME	1	2	3
04	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1	2	3
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2	3
06	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1	2	3
07	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3

## DIABÈTE

207	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement le <b>diabète</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
208	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> axée sur le diagnostic et/ou gestion du diabète?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. .... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. .... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . . 3	

## MALADIES CARDIOVASCULAIRES

209	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les maladies cardiovasculaires telle que l'hypertension?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
210	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> axée sur le diagnostic et/ou gestion des maladies cardio-vasculaires?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. .... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. .... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . . 3	

## MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

211	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les affections respiratoires chroniques telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
212	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques?  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. .... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. .... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. . . 3	

### 3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

300	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>vaccination des enfants</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
301	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>suivi de la croissance infantile</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
302	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>soins curatifs aux enfants</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
303	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> en rapport avec la santé infantile ou les maladies de l'enfance?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 400	
304	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	PEV OU SURVEILLANCE DE LA CHAÎNE DE FROID	1	2	3
02	PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANCE (PCIME)	1	2	3
03	DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
04	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIC RAPIDE DU PALUDISME	1	2	3
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2	3
06	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	1	2	3
07	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE	1	2	3
08	CARENCE EN MICRONUTRIMENTS ET/OU ÉVALUATION DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL	1	2	3
09	ALLAITEMENT AU SEIN	1	2	3
10	SUPPLÉMENTATION ALIMENTATION CHEZ LES NOURRISSONS	1	2	3
11	VIH/SIDA PÉDIATRIQUE	1	2	3
12	ARV PÉDIATRIQUE	1	2	3
13	AUTRE SUJET SUR LA SANTÉ INFANTILE (PRÉCISER) _____	1	2	3

### 4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

400	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de <b>planification familiale</b> ?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
401	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets en rapport avec la planification familiale?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 500	
403	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	COUNSELING EN GÉNÉRAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DE DIU	1	2	
03	INSERTION ET/OU RETRAIT D'IMPLANTS	1	2	
04	PRATIQUER LA VASECTOMIE	1	2	
05	PRATIQUER LA LIGATURE DES TROMPES	1	2	
06	GESTION CLINIQUE DES MÉTHODES DE PF, Y COMPRIS LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES	1	2	
07	PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES FEMMES INFECTÉES AU VIH	1	2	
08	AUTRE SUJET RELATIF À LA PF (SPÉCIFIER) _____	1	2	

## 5.SERVICES DE SANTE MATERNELLE

### CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

500	<p>Dans votre position <b>actuelle</b>, et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services <b>de soins prénatals ou de soins postnatals</b>?</p> <p>SI OUI, INSISTEZ ET NOTEZ LESQUELS SERVICES SONT FOURNI</p>	<p>OUI, PRENATAL..... 1                  OUI, POSTNATAL..... 2                  OUI, LES DEUX..... 3                  NON, AUCUN DES DEUX..... 4</p>		
501	<p>Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets relatifs aux soins prénatals ou soins postnatals?</p>	<p>OUI..... 1                  NON..... 2</p>	→503	
502	<p>Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]</p> <p>SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>	<p>OUI,                  AU COURS                  DES 24                  DERNIERS                  MOIS</p>	<p>OUI,                  IL Y A                  PLUS                  DE 24                  MOIS</p>	<p>NON                  N'A PAS                  RECU DE                  FORMATION                  CONTINUE</p>
01	Dépistage en CPN (ex.,la tension artérielle, glycosurie et protéinurie)?	1	2	3
02	Conseils en CPN (ex., nutrition, PF et soins du nouveau-né)?	1	2	3
03	Complications de la grossesse et leur prise en charge	1	2	3
04	L'évaluation nutritionnelle de la femme enceinte, comme le calcul de l'indice de masse corporelle et la mesure de la circonférence du bras à mi-hauteur?	1	2	3
503	<p>Fournissez-vous <b>personnellement</b> des prestations qui sont spécifiquement orientées vers la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Quelles sont les prestations spécifiques que vous fournissez?</p> <p>INDIQUEZ LEQUEL DES SERVICES SUR LA LISTE EST FOURNI ET INSISTEZ: Y-A-T-IL UN AUTRE?</p>	<p>CONSEILS PREVENTIFS..... A                  CONSEILS POUR TEST VIH..... B                  FAIRE UN TEST VIH..... C                  FOURNIR DES ARVs A LA MERE... D                  FOURNIR DES ARVs A L'ENFANT. E                  PAS DE SERVICES PTME..... Y</p>		
504	<p>Avez-vous reçu dans le cadre de la <b>formation continue</b>, une formation sur des sujets liés à santé maternelle et/ou du nouveau-né et le VIH/SIDA ?</p>	<p>OUI..... 1                  NON..... 2</p>	→506	
505	<p>Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]</p> <p>SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>	<p>OUI,                  AU COURS                  DES 24                  DERNIERS                  MOIS</p>	<p>OUI,                  IL Y A                  PLUS                  DE 24                  MOIS</p>	<p>NON                  N'A PAS                  RECU DE                  FORMATION                  CONTINUE</p>
01	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	1	2	3
02	Conseils nutritionnels pour le nouveau-né né de mère avec VIH/SIDA ?	1	2	3
03	Alimentation des nourrissons et jeunes enfants	1	2	3
04	Pratiques des gestes obstétricaux actualisées en relation avec le VIH?	1	2	3
05	Traitement antirétroviral prophylactique pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2	3

## SERVICES D'ACCOUCHEMENT

506	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des <b>accouchements</b> ? Je veux dire faire de véritables délivrances de nouveau-nés?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 509	
507	Durant les 6 derniers mois, combien d'accouchements, approximativement, avez-vous conduit comme <b>principal prestataire (y inclure les accouchements effectués dans un cadre privé et dans cette structure)</b> ?	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
508	A quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé un partogramme?	JAMAIS. .... 0 LA SEMAINE DERNIERE. .... 1 LE MOIS DERNIER. .... 2 LES 6 DERNIERS MOIS. .... 3 IL Y A PLUS DE 6 MOIS. .... 4		
509	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur sujets liés à l'accouchement?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 511	
510	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	La Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC)?	1	2	3
02	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC)?	1	2	3
03	Soins de routine pour le travail et l'accouchement vaginal?	1	2	3
04	Prise en Charge Active du Troisième Stade du Travail (GATPA)?	1	2	3
05	Soins obstétricaux d'urgence (SOU) / Aptitudes à sauver la vie - en général?	1	2	3
06	Les soins post-avortement?	1	2	3
07	Les pratiques de soins à l'accouchement spécifiquement destinées à éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2	3

## SERVICES DES SOINS AUX NOUVEAU-NES

511	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des soins aux nouveau-nés?	OUI. .... 1 NON. .... 2		
512	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets liés aux soins des nouveau-nés?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 600	
513	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	La réanimation néonatale utilisant un sac et un masque	1	2	3
02	L'allaitement maternel <b>précoce et exclusif</b>	1	2	3
03	Prise en charge des infections du nouveau-né (y compris les antibiotiques injectables)	1	2	3
04	Soins thermiques (y compris le séchage immédiat et contact peau-à-peau)	1	2	3
05	Utilisation du matériel stérile en coupant le cordon et soins du cordon appropriés	1	2	3
06	Soins Maternels Kangourou (SMK) pour les bébés de faible poids à la naissance	1	2	3

## 6. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - TB - VIH / SIDA

### INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

600	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	YES. .... 1 NO. .... 2	
601	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets liés aux services IST?	YES. .... 1 NO. .... 2	→603
602	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
			NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	1	2 3
02	La prise en charge syndromique des IST	1	2 3
03	La résistance aux médicaments pour le traitement des IST	1	2 3

### LA TUBERCULOSE

603	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées à la tuberculose. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> y relatif	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]?		Avez-ecru une formation continue sur [SERVICE]?		
		(a)		(b)		
	LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	OUI	NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Diagnostic de la tuberculose basé sur des tests de crachat ou de l'analyse	1	2	1	2	3
02	Diagnostic de la tuberculose basé sur les symptômes cliniques	1	2	1	2	3
03	Prescription de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
04	Fourniture des services de suivi de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
05	Utilisation de la stratégie traitement de courte durée sous surveillance directe (DOT)	1	2	1	2	3
06	Prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose	1	2	1	2	3
07	Prise en charge de la TB multiresistante (MDR) ou identification des cas à référer	1	2	1	2	3

### SERVICES VIH/SIDA

604	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées aux services VIH. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> y relatif	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]?		Avez-ecru une formation continue sur [SERVICE]?		
		(a)		(b)		
	LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	OUI	NON	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Fournir des conseils relatifs au test du VIH	1	2	1	2	3
02	Effectuer le test du VIH	1	2	1	2	3
03	Fournir des services liés à la PTME	1	2	1	2	3
04	Fournir des services de soins palliatifs	1	2	1	2	3
05	Fournir des services de traitement antirétroviral, y compris la prescription, le counseling, ou le suivi	1	2	1	2	3
06	Fournir un traitement préventif des infections opportunistes (IO) comme la tuberculose et la pneumonie	1	2	1	2	3
07	Fournir des soins pédiatriques pour le SIDA	1	2	1	2	3
08	Fournir des soins à domicile pour le VIH/SIDA	1	2	1	2	3
09	Fournir des services de prophylaxie post-exposition (PPE)	1	2	1	2	3

## 7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

700	Dans votre position <b>actuelle</b> , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, effectuez-vous personnellement des examens en laboratoire? ENCERCLEZ LE CODE 2 « NON » SI LE PRESTATAIRE COLLECTE SEULEMENT DES SPÉCIMENS	OUI..... 1 NON..... 2	→ 800	
701	S'il vous plaît dites-moi si vous faites personnellement l'un ou l'autre des tests suivants dans le cadre de votre travail au sein de cette structure	OUI	NON	
01	L'examen microscopique des crachats pour diagnostiquer la tuberculose	1	2	
02	Tests de dépistage rapide du VIH	1	2	
03	Tout autre test du VIH, comme la PCR, ELISA, ou Western Blot	1	2	
04	Tests d'hématologie, tel que le test de l'anémie	1	2	
05	Le test CD4	1	2	
06	Microscopie pour le diagnostic du paludisme	1	2	
702	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur des sujets liés aux différents tests de diagnostic que vous effectuez?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 800	
703	Avez-vous reçu une <b>formation continue ou une formation de mise à jour</b> sur les thèmes suivants [LIRE THEME]  SI OUI: Est-ce que cette <b>formation continue ou formation de mise à jour</b> a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	L'examen microscopique des crachats pour diagnostiquer la tuberculose?	1	2	3
02	Le test VIH?	1	2	3
03	Le test CD4?	1	2	3
04	Dépistage sanguin du VIH avant la transfusion?	1	2	3
05	Dépistage sanguin de l'hépatite B avant la transfusion?	1	2	3
06	Les examens pour surveiller la TAR tels que TLC et la créatinine sérique?	1	2	3
07	La microscopie pour le diagnostic du paludisme?	1	2	3

800	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de votre travail au sein de cette structure.  En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans cette structure? SI LES SEMAINES NE SONT PAS REGULIERES, DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE FAIRE LA MOYENNE DU NOMBRE D'HEURES PAR MOIS ET DIVISEZ ALORS CE NOMBRE PAR 4.	NOMBRE MOYEN D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE DANS CETTE STRUCTURE	<input type="text"/>
801	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la supervision que vous avez personnellement reçue. Cette supervision peut être d'un superviseur de la structure sanitaire même ou de l'extérieur. Recevez-vous un appui technique ou une supervision dans votre travail?  SI OUI, DEMANDEZ : A quand remonte la dernière supervision ?	OUI, AU COURS DES 3 MOIS DERNIERS. .... 1 OUI, IL Y A 4-6 MOIS. .... 2 OUI, IL Y A 7-12 MOIS. .... 3 OUI, IL Y A PLUS DE 12 MOIS. .... 4 NON. .... 5	→ 804
802	Combien de fois durant les six derniers mois votre travail a été supervisé ?	NOMBRE DE FOIS. .... CHAQUE JOUR. .... '96	<input type="text"/>
803	La dernière fois que vous avez été personnellement supervisé, est-ce que votre superviseur a fait l'une des choses suivantes:		
01	Vérifier vos registres ou rapports?	A VERIFIE REGISTRE	OUI 1 NON 2 NSP 8
02	Observer votre travail?	A OBSERVE TRAVAIL	OUI 1 NON 2 NSP 8
03	Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?	FEEDBACK	OUI 1 NON 2 NSP 8 05 ← 05
04	Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail?	APPRECIATION VERBALE	OUI 1 NON 2 NSP 8
05	Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?	A ACTUALISE	OUI 1 NON 2 NSP 8
06	Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	A DISCUTE DES PROBLEMES	OUI 1 NON 2 NSP 8
804	Avez-vous une description écrite des activités de votre travail actuel ou de votre position dans cette structure sanitaire? SI OUI, DEMANDEZ : Est-ce que je peux la voir ?	OUI, VUE ..... 1 OUI, RAPPORTEE, PAS VUE ..... 2 NON ..... 3	
805	Y a-t-il des occasions de promotion dans votre travail actuel?	OUI. .... 1 NON. .... 2 INCERTAIN/NE SAIT PAS. .... 8	
806	Quel(s) type(s) de supplément de salaire recevez-vous, si il y en a un?  INSISTEZ: Rien d'autres?	SALAIRE MENSUEL OU QUOTIDIEN COMPLÉMENTAIRE. .... A PERDIEM EN ASSISTANT A UNE FORMATION. .... B ALLOCATION DE SERVICE. .... C PAIEMENT POUR ACTIVITÉS SUPPLEMENTAIRES (NON FOURNIES ROUTINIEREMENT). .... D MOTIVATION AU SEIN DE LA STRUCTURE ..... E MOTIVATION NATIONALE ..... F HEURES SUPPLEMENTAIRES ..... G AUTRE ..... X (PRECISEZ) AUCUN. .... Y	
807	Dans votre position actuelle, quels sont les encouragements non-matérielles avez-vous reçus pour le travail que vous effectuez, s'il y en a un?	CONGE/VACANCES ..... A UNIFORMES, SACS A DOS, CASQUETTES etc. .... B REDUCTION SUR MEDICAMENTS, BILLETS GRATUITS POUR SOINS, BONS, etc. .... C FORMATION. .... D RATION ALIMENTAIRE/REPAS. .... E LOGEMENT SUBVENTIONNE ..... F AUCUN ..... Y	

<p>808</p>	<p>Parmi les diverses choses liées à votre situation de travail que vous voudriez voir améliorées, pouvez-vous me citer les trois choses qui selon vous sont les plus susceptibles d'améliorer votre capacité à fournir des prestations de soins? Classez-les, s'il vous plaît, par ordre d'importance, 1 étant le plus important</p> <p>ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA 1ERE CHOSE MENTIONNEE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME ET LA 3EME.</p> <p>SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE 1 OU 2 ELEMENTS SEULEMENT LAISSEZ ALORS VIDES LA/LES CASE(S) RESTANTE(S). IL DOIT Y AVOIR AU MOINS UN ELEMENT SAISI.</p>	<p>PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR ..... A</p> <p>PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS ..... B</p> <p>PLUS DE FOURNITURES/STOCK ..... C</p> <p>ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE ..... D</p> <p>MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL).... E</p> <p>MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES..... F</p> <p>PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES)..... G</p> <p>TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES..... H</p> <p>FOURNIR DES ANTIRETROVIRAUX.... I</p> <p>FOURNIR DE LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSURE (PEP)..... J</p> <p>AUGMENTER LA SECURITE..... K</p> <p>MEILLEURE INFRASTRUCTURE..... L</p> <p>PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE..... M</p> <p>SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES)..... N</p> <p>AUTRES..... X</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>CLASSEMENT</p> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> </div>			
<p>REMERCEZ LE PRESTATAIRE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES</p>					

# MEASURE DHS - ÉVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

## OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

### 1. Identification de la Structure Sanitaire

	TYPE DE QUESTIONNAIRE	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> M
Nom de la Structure:	_____			
Localisation de la Structure:	_____			
NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL)	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CODE DU PATIENT (DE LA LISTE DES CLIENTS ENFANT MALADE)	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. Information sur le Prestataire

<u>Catégorie de Prestataire:</u> MEDECIN GENERALISTE 01 CHIRURGIEN GENERALISTE 02 MEDECIN SPECIALISTE 03 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION 04 TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE 05 TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE 06 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION 07 TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE 08 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE 09 TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE 10 TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE 11 TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE 12 INFIRMIER(E) D'ETAT 13 INFIRMIER€ BREVETE / AGENT SANITAIRE 14 ASSISTANT INFIRMIER 15 SAGE-FEMME D'ETAT 16 BIOLOGISTE 20 TECHNICIEN DE LABORATOIRE 21 TRAVAILLEURS SOCIAUX 22 ASSISTANTS SOCIAUX 23 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ( MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) 24 AUTRES _____ 96 (SPECIFIEZ)	CATEGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>  SEQUENTIAL? OR NEED TO BE THIS WAY TO MATCH THE LISTE DU PERSONNEL
SEXE DU PRESTATAIRE: (1=Masculin; 2=Féminin)	SEXE DU PRESTATAIRE ..... <input type="checkbox"/>
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>

### 3. Information sur l'Observation

Date: .....	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de l'observateur: _____	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
CODE OBSERVATEUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	ANNÉE ..... <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/>

#### 4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
-----	-----------	-------	---------

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E). ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ÊTES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ÊTES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.

**A LIRE AU PRESTATAIRE:** Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le **Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)**. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au Sénégal dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce(tte) client(e) afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.

Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le le ministère de la Santé ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.

Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.

Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation? 

		2	0	1	
JOUR		MOIS		ANNÉE	

\_\_\_\_\_  
Signature de l'enquêteur  
(indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)

100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ <b>FIN</b>
-----	---	----------------------------	--------------

**A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR:** Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente le Ministère de la Santé et l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au Sénégal. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.

Nous ne sommes pas en train d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service ne seront divulgués. Ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.

Sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre consultation c'est de manière complètement volontaire. Que vous acceptiez de participer ou non, cela n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la salle de consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.

Après la consultation, un de mes collègues souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?

\_\_\_\_\_  
Signature de l'enquêteur  
(indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)

101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ <b>FIN</b>
-----	--	----------------------------	--------------

102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION .....	<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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					

103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
-----	---	----------------------------	--

104	INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT.	MASCULIN ..... 1 FEMININ ..... 2	
-----	-------------------------------	-------------------------------------	--

## 5. INTERACTION ENTRE LE PRESTATAIRE ET L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
<b>HISTOIRE DU CLIENT</b>		
105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ QUE L'ENFANT A EU L'UN OU L'AUTRE DES <b>SYMPTOMES PRINCIPAUX</b> SUIVANTS	
01	fièvre	A
02	Toux ou respiration difficile (ex. une respiration rapide ou tirage sous-costal)	B
03	Diarrhée	C
04	Douleur ou écoulement à l'oreille	D
05	Aucun des symptômes ci-dessus	Y
106	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ L'UN OU L'AUTRE DES <b>SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER</b> SUIVANTS	
01	Enfant est incapable de boire ou de téter	A
02	Enfant vomit tout	B
03	Enfant a eu des convulsions avec cette maladie	C
03A	Enfant est léthargique ou inconscient	D
04	Aucun des signes ci-dessus	Y
107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉVALUÉ LES <b>SYMPTOMES D'UNE SUSPICION D'UNE INFECTION PAR LE VIH EN DEMANDANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSSES SUIVANTES:</b>	
01	Le statut sérologique de la mère	A
02	Une tuberculose chez l'un des parents dans les 5 dernières années	B
03	Deux ou plusieurs épisodes de diarrhée chez l'enfant, qui dure chacune 14 jours ou plus	C
04	Aucune des choses ci-dessus	Y

### EXAMENS PHYSIQUES

108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN OU L'AUTRE DES <b>EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS SUR L'ENFANT MALADE</b>	
01	Pris la température de l'enfant en utilisant un thermomètre	A
02	Touché l'enfant pour sentir la chaleur du corps/fièvre	B
03	Compté le rythme respiratoire	C
04	Ausculté l'enfant (appliquer le stéthoscope sur la poitrine) ou compter les pulsations	D
05	Examiné la peau pour voir s'il y a déshydratation ou non (ex. pincer la peau de l'abdomen)	E
06	Vérifié la pâleur des paumes	F
07	Vérifié la pâleur de la conjonctive ou l'intérieur de la bouche	G
08	Vérifié l'intérieur de la bouche et la gorge (également pour la candidose buccale)	H
09	Vérifié la raideur de nuque	I
10	Regardé dans l'oreille de l'enfant	J
11	Vérifié derrière l'oreille de l'enfant	K
12	Déshabillé l'enfant pour l'examiner (des épaules aux chevilles)	L
13	Pressé les deux pieds pour vérifier la présence d'œdème	M
13A	Pris la taille de l'enfant	N
14	Pesé l'enfant	O
15	Reporté le poids sur le diagramme de croissance (la courbe de croissance)	P
15A	Comparé le poids de l'enfant au poids de référence	Q
16	Vérifié l'existence des ganglions lymphatiques dans 2 ou plusieurs des sites suivants: cou, les aisselles, l'aîne	R
17	Aucun des examens ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

### AUTRES EXAMENS

109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU PROCEDE OU NON A D'AUTRES EXAMENS RELATIFS A LA SANTE DE L'ENFANT <b>EN FAISANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:</b>	
01	Offert à l'enfant quelque chose à boire ou demandé à la mère de mettre l'enfant au sein SI L'ENFANT BOIT OU PREND LE SEIN PENDANT LA VISITE, CECI COMPTE EN TANT QUE « OUI »	A
02	Interrogé sur les habitudes <b>alimentaires</b> ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	B
03	Interrogé sur les habitudes d' <b>allaitement</b> ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	C
04	Interrogé sur des pratiques alimentaires ou d'allaitement de l'enfant pendant cette maladie	D
05	Mentionné le poids ou la croissance de l'enfant à l'accompagnateur, ou discuté le diagramme de croissance (la courbe de croissance)	E
06	Regardé la carte de vaccination de l'enfant ou interrogé l'accompagnateur au sujet des vaccinations	F
07	Demandé si l'enfant a reçu de la vitamine A durant les 6 derniers mois	G
08	Regardé la carte de santé de l'enfant avant de commencer la consultation, ou tout en rassemblant les informations de l'accompagnateur, ou en examinant l'enfant CE DOCUMENT PEUT ÊTRE UNE CARTE DE VACCINATION OU AUTRE CARTE DE SANTÉ	H
09	A écrit sur la carte santé de l'enfant	I
10	Demandé si l'enfant a reçu un médicament de déparasitage dans les 6 derniers mois	J
11	Aucun des examens ci-dessus	Y

### CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR

110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES	
01	Fourni des informations générales sur l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même lorsqu'il n'est pas malade	A
02	Dit à l'accompagnateur de donner des liquides supplémentaires à l'enfant pendant cette maladie	B
03	Dit à l'accompagnateur de continuer d'alimenter l'enfant pendant cette maladie	C
04	Dit à l'accompagnateur que l'enfant a telle maladie	D
05	Décrit les signes et/ou les symptômes pour lesquels l'enfant devrait être immédiatement ramené à la structure.	E
06	Utilisé une aide visuelle pour éduquer l'accompagnateur	F
07	Aucun des conseils ci-dessus	Y

### DES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES

111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES IL S'AGIT UNIQUEMENT DES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR DONNERA A L'ENFANT A LA MAISON ET NE COMPREND PAS DE MÉDICAMENT DONNÉ A L'ENFANT PENDANT LA CONSULTATION (EX. SRO OU ANTIDOULEURS) POUR UN TRAITEMENT IMMÉDIAT DES SYMPTOMES.	
01	Prescrit ou fourni des médicaments par voie orale pendant ou après la consultation	A
02	Expliqué la façon d'administrer un traitement oral	B
03	Demandé l'accompagnateur de répéter les instructions pour l'administration de médicaments à la maison	C
04	A donné la première dose du traitement oral	D
05	Discuté de la visite de suivi de l'enfant malade	E
06	Aucun des conseils ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

### RÉFÉRENCES ET HOSPITALISATION

112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES		
	ADMINISTRER LES SOINS D'URGENCE AVANT DE REFERER L'ENFANT		
	01	RECOMMANDÉ QUE L'ENFANT SOIT HOSPITALISÉ URGEMMENT (C.À.D. ADMIS A L'HÔPITAL OU RÉFÉRÉ À UN AUTRE HÔPITAL)	A
	02	RÉFÉRÉ L'ENFANT À UN AUTRE PRESTATAIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE POUR D'AUTRES SOINS	B
	03	RÉFÉRÉ L'ENFANT POUR UN TEST EN LABORATOIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE OU EN DEHORS DE LA STRUCTURE	C
	04	EXPLIQUÉ LA RAISON DE LA RÉFÉRENCE	D
	05	A DONNÉ UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ACCOMPAGNATEUR	E
	06	EXPLIQUÉ OÙ (OU CHEZ QUI) ALLER	F
	07	LE PRESTATAIRE A EXPLIQUÉ QUAND ALLER POUR LA RÉFÉRENCE	G
08	RIEN DE CE QUI EST DIT CI-DESSUS	Y	
113	QUEL A ÉTÉ LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION?  [L'OBSERVATION PREND FIN A CE POINT]	TRAITÉ ET RENVOYÉ CHEZ LUI... 1 ENFANT RÉFÉRÉ CHEZ PRESTATAIRE, MÊME STRUCTURE... 2 ENFANT ADMIS, MÊME STRUCTURE... 3 ENFANT ENVOYÉ AU LABO... 4 ENFANT RÉFÉRÉ À UNE AUTRE STRUCTURE... 5	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

## 6. DIAGNOSTIC

<p>DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE VOUS DIRE LE DIAGNOSTIC POUR L'ENFANT MALADE. SI LA DESHYDRATATION ETAIT DIAGNOSTIQUEE, DEMANDEZ SI ELLE ETAIT GRAVE, MODERE, OU LEGERE ET NOTEZ LA REPONSE APPROPRIEE. POUR TOUT AUTRE DIAGNOSTIC, ENCECERLEZ LE DIAGNOSTIC FAIT.</p>		
<b>DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)</b>		
201	<b>DESHYDRATATION</b>	
	DESHYDRATATION SEVERE. ....	1
	DESHYDRATATION MODEREE. ....	2
	DESHYDRATATION LEGERE. ....	3
	AUCUN DES SYMPTOMES CI-DESSUS. ....	4
202	<b>SYSTEME RESPIRATOIRE</b>	
	PNEUMONIE / BRONCHO-PNEUMONIE. ....	A
	SPASME BRONCHIQUE/ASTHME. ....	B
	INFECTION RESPIRATOIRE SUPERIEURE (IRS). ....	C
	MALADIE RESPIRATOIRE, DIAGNOSTIC INCERTAIN. ....	D
	TOUX, DIAGNOSTIC INCERTAIN. ....	E
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. ....	Y	
203	<b>SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL</b>	
	DIARRHEE. ....	A
	DYSENTERIE (AUTRE QU' AMIBIASE). ....	B
	AMIBIASE. ....	C
	AUTRES DIAGNOSTICS DIGESTIFS / INTESTINAUX (PRECISEZ) _____	X
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. ....	Y	
204	<b>PALUDISME</b>	
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES). ....	1
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSC). ....	2
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST RAPID) ....	3
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. ....	4	
205	<b>FIEVRE/ROUGEOLE</b>	
	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE. ....	1
	ROUGEOLE PRESUMEE SANS COMPLICATIONS. ....	2
	ROUGEOLE PRESUMEE AVEC COMPLICATIONS (EX. BOUCHE / YEUX). ....	3
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. ....	4	
206	<b>L'OREILLE</b>	
	MASTOIDITE. ....	A
	INFECTION AIGUE DE L'OREILLE. ....	B
	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE. ....	C
	AUTRE INFECTION DE L'OREILLE. ....	X
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. ....	Y	
207	<b>LA GORGE</b>	
	DOULEUR DE LA GORGE. ....	1
	AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ) _____	2
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-DESSUS. ....	3	
208	<b>AUTRE DIAGNOSTIC</b>	
	AUTRE DIAGNOSTIC (SPECIFIEZ) _____	1
PAS D'AUTRE DIAGNOSTIC. ....	2	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
-----	--------------------------	-------

### 7. TRAITEMENT

DEMANDEZ A PROPOS DU TRAITEMENT QUI A ETE PRESCRIT OU FOURNI. INSISTEZ SI NECESSAIRE		
209	Avez-vous prescrit un traitement aujourd'hui pour cet enfant? SI OUI, ENCERCLEZ TOUS LES TRAITEMENTS QUI ONT ETE PRESCRITS OU FOURNIS A L'ENFANT AUX QUESTIONS CI-APRES	OUI..... 1 NON..... 2 → 215
210	<b>TRAITEMENT GENERAL</b>	
01	INJECTION DE BENZATHINE PENICILLINE	A
02	INJECTION D'AUTRE ANTIBIOTIQUE	B
03	AUTRE INJECTION	C
04	CO-TRIMOXAZOLE COMPRIMES	D
05	CO-TRIMOXAZOLE SIROP	E
06	CAPSULES D'AMOXICILLINE	F
07	AMOXICILLINE SIROP	G
08	AUTRE ANTIBIOTIQUE COMPRIMES/SIROP	H
09	PARACETAMOL	I
10	AUTRES ANTIPYRETIQUES	J
11	ZINC	K
12	VITAMINES (AUTRES QUE LA VITAMINE A)	L
13	SIROPS CONTRE LA TOUX/AUTRES MEDICAMENTS	M
14	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
211	<b>RESPIRATOIRE</b>	
01	NEBULISEUR OU INHALATEUR	A
02	BRONCHODILATATEUR INJECTABLE (EX.ADRENALINE)	B
03	BRONCHODILATATEUR ORAL	C
04	OREILLE SECHEE PAR DES TIGES MONTEES (APPLICATEURS)	D
05	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
212	<b>PALUDISME</b>	
01	QUININE INJECTABLE	A
02	ARTHEMETER/ARTESUNATE INJECTABLE	B
03	AUTRE ANTIPALUDIQUE INJECTABLES (FANSIDAR)	C
04	ARTHEMATER/ARTESUNATE EN SUPPOSITOIRE	D
05	ACT ORAL (COARTEM)	E
06	ARTHEMETER/ARTESUNALE ORAL	F
07	AMODIAQUINE ORALE	G
08	FANSIDAR ORALE (SP)	H
09	QUININE ORALE	G
10	AUTRE ANTIPALUDIQUE ORAL	H
11	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
213	<b>DESHYDRATATION</b>	
01	SRO MAISON (PLAN A)	A
02	SRO INITIAL DANS LA STRUCTURE (4 HEURES - PLAN B)	B
03	SERUMS INTRAVEINEUX (PLAN C)	C
04	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y
214	<b>AUTRE TRAITEMENT&amp; CONSEILS</b>	
01	VITAMINE A (PEUT AUSSI ETRE POUR L'IMMUNISATION )	A
02	CONSOMMER DES ALIMENTS SOLIDES	B
03	PRENDRE DES LIQUIDES SUPPLEMENTAIRES	C
04	PRENDRE DU LAIT MATERNEL	D
05	PRESCRIT / DONNÉ COMPRIMES VERMIFUGES	E
06	TOUT AUTRE TRAITEMENT _____	X
07	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-DESSUS	Y

### DEMANDEZ AU PRESTATAIRE

215	Est-ce la première visite de [NOM] à cette structure pour cette maladie, ou est-ce une visite de suivi?	PREMIÈRE VISITE ..... 1 SUIVI ..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
216	Avez-vous <b>vacciné</b> l'enfant au cours de cette visite ou référé l'enfant pour la <b>vaccination</b> aujourd'hui mise à part la Supplémentation en VITAMINE A?  SI NON: POURQUOI ?	OUI, A VACCINE ENFANT..... 1 OUI, A REFERE ..... 2 NE MANQUE PAS DE VACCIN A COMPLETE VACCINATIONS 3 VACCIN NON DISPONIBLE..... 4 ENFANT TROP MALADE..... 5 CE N'EST PAS LE JOUR DE LA VACCINATION ..... 6 N'A PAS VERIFIE POUR LA VACCINATION ..... 7	
217	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION. ....	<input type="text"/> : <input type="text"/>	
<b>Commentaires de l'Observateur:</b>			

# MEASURE DHS - EVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

## OBSERVATION DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)

### 1. Identification de l'Institution de Santé

TYPE DE QUESTIONNAIRE		O	C	P	N
Nom de la structure sanitaire: _____					
Localisation de la structure sanitaire: _____					
NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE	.....				
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL)	.....				
CODE DE LA PATIENTE (DE LA LISTE DES CLIENTES DE CPN)	.....				

### 2. Information sur le Prestataire

<b>Catégorie de Prestataire:</b> MEDECIN GENERALISTE 01 CHIRURGIEN GENERALISTE 02 MEDECIN SPECIALISTE 03 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ADMINISTRATION 04 TECHNICIEN SUPERIEUR DE MAINTENANCE 05 TECHNICIEN SUPERIEUR DE RADIOLOGIE 06 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ANESTHESIE/REANIMATION 07 TECHNICIEN SUPERIEUR EN KINESITHERAPIE 08 TECHNICIEN SUPERIEUR EN ODONTOLOGIE 09 TECHNICIEN SUPERIEUR EN LABO/BIOLOGIE 10 TECHNICIEN SUPERIEUR EN OPHTAMOLOGIE 11 TECHNICIEN SUPERIEUR EN GENIE SANITAIRE 12 INFIRMIER(E) D'ETAT 13 INFIRMIERÉ BREVETE / AGENT SANITAIRE 14 ASSISTANT INFIRMIER 15 SAGE-FEMME D'ETAT 16 BIOLOGISTE 20 TECHNICIEN DE LABORATOIRE 21 TRAVAILLEURS SOCIAUX 22 ASSISTANTS SOCIAUX 23 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ( MATRONE, RELAIS, AIDE-INFIRMIER, PREVENTIONISTE, AGENT DE CROIX ROUGE, SECOURISTE, AIDE SOIGNANT, DEPOSITAIRE) 24 AUTRES _____ 96 (SPECIFIEZ)	CATEGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>
SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)	SEXE DU PRESTATAIRE ..... <input type="text"/>

### 3. Information sur l'Observation

Date: .....	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de l'observateur : _____	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
CODE DE L'OBSERVATEUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	ANNEE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### 4. Observation de la Consultation Prénatale

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
-----	-----------	-------	---------

AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA CLIENTE. ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.

	<p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente l'Agence Nationale de la Statistique (ANSD) qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au Sénégal dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de CPN sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">JOUR</td> <td style="font-size: 8px;">MOIS</td> <td colspan="3" style="font-size: 8px;">ANNEE</td> </tr> </table>			2	0	1	JOUR	MOIS	ANNEE			
		2	0	1									
JOUR	MOIS	ANNEE											
	<p>_____ Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>												
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN										

	<p><b>A LIRE A LA CLIENTE:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je suis (CATEGORIE PROFESSIONELLE) Je représente l'ANSD qui exécute une étude pour le Ministère de la Santé. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au Sénégal. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, en vue de comprendre comment les services CPN sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués. Ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptiez ou non de participer n'affectera pas les services que vous recevrez Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la salle de consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, un de mes collègues souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p>						
	<p>_____ Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>						
101	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LA CLIENTE.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN				
102	ENREGISTREZ L'HEURE DE DEBUT DE L'OBSERVATION .....	<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>					
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI ..... 1 NON ..... 2					

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
<b>POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, ENCERCLEZ TOUTE ACTION PRISE PAR LE PRESTATAIRE OU PAR LA CLIENTE. SI AUCUNE ACTION DU GROUPE N'EST OBSERVEE, ENCERCLEZ "Y" POUR CHAQUE GROUPE A LA FIN DE DE L'OBSERVATION.</b>		

#### ANTECEDENTS DE LA CLIENTE

104	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UN OU L'AUTRE DES ELEMENTS SUIVANTS:	
01	L'âge de la cliente	A
02	Les médicaments que la cliente prend	B
03	Date du début des dernières règles	C
04	Nombre de grossesses antérieures que la cliente a eues	D
04	Aucun des éléments ci-dessus	Y

#### ASPECTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES

X105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE OU LA CLIENTE A DISCUTE L'UN OU L'AUTRE DES ASPECTS SUIVANTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES:	
01	Mort-nés antérieures	A
02	Enfants décédés au cours de la première semaine de vie	B
03	Enfants décédés au cours des 4 premières semaine de vie	C
04	Saignement intense, pendant ou après l'accouchement	D
05	Accouchement antérieur assisté (césarienne, ventouse, ou forceps)	E
06	Avortements spontanés antérieurs	F
07	Grossesses multiples antérieures	G
08	Travail prolongé antérieur	H
09	Hypertension gravidique antérieure	I
10	Convulsions liées à une grossesse antérieure	J
11	Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s)	K
12	Aucun des aspects ci-dessus	Y

#### SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ACTUELLE

106	DANS LA <b>COLONNE A</b> , INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UN DES SIGNES DE DANGER SUIVANTES RELATIFS A LA GROSSESSE ACTUELLE. DANS LA <b>COLONNE B</b> , INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS SUR CES SIGNES.	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE OU LA CLIENTE A MENTIONNE	(B) PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS
01	Saignement vaginal	A	A
02	Fièvre	B	B
03	Maux de tête ou vision brouillée	C	C
04	Gonflement du visage ou des mains	D	D
05	Fatigue ou essoufflement	E	E
06	Mouvements fœtaux (absence ou excessif)	F	F
07	Toux ou difficulté à respirer pendant 3 semaines ou plus	G	G
08	Autres symptômes ou problèmes que la cliente pense qu'ils pourraient être liés à cette grossesse	H	H
09	Aucun des signes ci-dessus	Y	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

### EXAMEN MEDICAL

X107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EXECUTE LES PROCEDURES SUIVANTES:	
01	Prendre la tension artérielle de la cliente	A
02	Peser la cliente	B
03	Examiner les conjonctives/paumes pour l'anémie	C
04	Examiner les jambes/pieds/mains pour l'œdème	D
05	Examiner les ganglions pour gonflement	E
06	Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du fœtus	F
07	Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur de l'utérus	G
08	Auscultier l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus	H
09*	Consulter les résultats des tests et examen de routine faits récemment (échographie, groupe sanguin, test d'urine, etc...)	I
10	Examiner les seins de la cliente	J
11	Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale	K
12	Mesurer la hauteur utérine à l'aide du ruban metre	L
13	Verifier la taille de la cliente	M
14	Aucune des procédures ci-dessus	Y

### TESTS ET EXAMEN DE ROUTINE

108*	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A) A DEMANDE, B) A EFFECTUE, C) A REFERE LA CLIENTE POUR DES TESTS SUIVANTS	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE	(B) PRESTATAIRE A EFFECTUE	(C) PRESTATAIRE A REFERE	(D) PAS ACTION PRISE
01	Test d'anémie	A	B	C	Y
02	Groupe sanguin	A	B	C	Y
03	Test d'urine	A	B	C	Y
04	Test de syphilis	A	B	C	Y
05*	Test d'Emmel	A	B	C	Y
06*	Test d'hépatite B	A	B	C	Y
07*	Test de glycémie	A	B	C	Y
08*	Test de toxoplasmose	A	B	C	Y
09*	Echographie	A	B	C	Y

### CONSEIL ET DEPISTAGE DE VIH

109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT CE QUI SUIT:	
01	A Demandé si la cliente connaît son statut sérologique	A
02	A fourni des conseils relatifs au test du VIH	B
03	A référé pour le counseling relatif au test du HIV	C
04	A effectué un test de VIH	D
05	A référé pour un test de VIH	E
06	Aucune des actions ci-dessus	Y

### MAINTIEN D'UNE GROSSESSE SAIN

110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE CONSEIL AU SUJET DES PREPARATIFS SUIVANTS	
01	A discuté de la nutrition (c.à.d. quantité ou qualité de nourriture à manger) durant la grossesse	A
02	A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse	B
03	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites prénatale	C
04	Aucun des sujets ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

### PROPHYLAXIE DE FER

111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné des comprimés/ du sirop de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A
02	A expliqué l'importance de la prise de fer ou de l'acide folique	B
03	A expliqué comment prendre des comprimés/du sirop de fer ou d'acide folique	C
04	A expliqué les effets secondaires des comprimés / du sirop de fer	D
05	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

### INJECTION DE VACCIN ANTI-TETANIQUE

112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné une injection de vaccin anti-tétanique (VAT)	A
02	A expliqué l'importance de l'injection du VAT	B
03	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

### DEPARASITAGE

113	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A
02	A expliqué l'importance du Mebendazole/de l'Albendazole	B
03	Aucun des médicaments ci-dessus	Y

### PALUDISME

114	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A donné un médicament prophylactique antipaludéen (SP) à la cliente pendant la consultation	A
02	A prescrit des médicaments prophylactiques antipaludéens à la cliente à obtenir ailleurs	B
03	A expliqué l'objet du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens	C
04	A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens	D
05	A expliqué les effets secondaires possibles des médicaments antipaludéens	E
06	A donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) comme une partie de la consultation ou a instruit la cliente d'obtenir une MII ailleurs dans la structure	F
07	A clairement expliqué l'importance d'usage de moustiquaire imprégnée d'insecticide à la cliente	G
	<b>OBSERVATION DIRECTE:</b>	
08	La dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire comme une partie de la consultation	H
09	L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée	I
10	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y

### PREPARATIFS A L'ACCOUCHEMENT

115	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE DES CONSEILS AU SUJET DE L'ACCOUCHEMENT AU MOYEN DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A demandé à la cliente là où elle compte accoucher	A
02	A conseillé à la cliente de se préparer à l'accouchement (ex. mettre de l'argent de côté, prendre des dispositions pour le transport d'urgence)	B
03	A conseillé la cliente d'utiliser les services d'un personnel de santé qualifié pour l'accouchement	C
04	A discuté avec la cliente ce qu'elle doit avoir sous la main à la maison en cas d'urgence (ex., la lame de rasoir neuve, linge propre, garniture, ...)	D
05	Aucun des sujets ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
-----	-------------------------	-------

### RECOMMANDATIONS POUR LE NOUVEAU-NE ET LE POST PARTUM

116	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS AU SUJET DES SOINS DU NOUVEAU-NE OU SOINS POSTPARTUM DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A discuté des soins du nouveau-né (chaleur, hygiène et soins du cordon)	A
02	A discuté de l'initiation précoce et prolongée de l'allaitement maternel	B
03	A discuté de l'allaitement exclusif au sein	C
04	A discuté de l'importance de la vaccination du nouveau-né	D
05	A discuté des options pour la planification familiale après l'accouchement	E
06	A discuté des soins post-nataux et de l'importance des soins post-nataux	F
07	Aucun des sujets ci-dessus	Y

### OBSERVATIONS D'ENSEMBLE SUR L'INTERACTION

117	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE SI LA CLIENTE AVAIT DES QUESTIONS ET L'A ENCOURAGE A POSER DES QUESTIONS.	OUI, A POSE QUESTIONS. .... 1 NON,PAS DE QUESTIONS. .... 2	
118	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A UTILISE DES IMAGES POUR L'EDUCATION SANITAIRE OU POUR DONNER DES CONSEILS DURANT LA CONSULTATION.	OUI, A UTILISE D'IMAGES. .... 1 N'A PAS UTILISE D'IMAGES. .... 2	
119	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A REGARDE DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE (OU BIEN AVANT D'EXAMINER LA CLIENTE, OU BIEN PENDANT L'INTEROGATOIRE OU L'EXAMEN DE LA CLIENTE).	OUI, A REGARDE DANS CARNET. .... 1 N'A PAS REGARDE DANS CARNET. .... 2 CARNET DE SANTE N'EST PAS UTILISE 3	121
120	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A ECRIT QUELQUE CHOSE DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE.	OUI. .... 1 NON. .... 2 NE SAIT PAS. .... 8	
121	ENREGISTREZ LE RESULTAT DE LA CONSULTATION.  [ENREGISTREZ LE RESULTAT AU MOMENT OU L'OBSERVATION PREND FIN]	LA CLIENTE S'EN VA. .... 1 LA CLIENTE EST REFEREE(AU LABO OU AUTRE PRESTATAIRE) DANS LA MEME INSTITUTION. .... 2 LA CLIENTE EST ADMISE DANS LA MEME INSTITUTION. .... 3 LA CLIENTE EST REFEREE DANS UNE AUTRE INSTITUTION. .... 4	

### QUESTIONS DESTINEES AU PRESTATAIRE DE CPN

DEMANDEZ AU PRESTATAIRE LES QUESTIONS SUIVANTES ET VERIFIER DANS LE REGISTRE DE CPN OU DANS LE CARNET DE CPN DE LA CLIENTE		
122	A combien de semaines de grossesse est la cliente?	SEMAINES DE GROSSESSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
123	Est-ce la 1ère, 2ème, 3ème, 4ème ou 5ème visite de la cliente pour des soins prénatals pour <b>cette grossesse en cours dans cette institution?</b>	PREMIERE VISITE. .... 1 DEUXIEME VISITE. .... 2 TROISIEME VISITE. .... 3 QUATRIEME VISITE. .... 4 CINQUIEME VISITE OU PLUS. .... 5 NE SAIT PAS. .... 8
124	Est-ce que la cliente a eu une grossesse antérieure, quel que soit la durée ou le résultat de cette grossesse, ou est-ce sa première grossesse?	PREMIERE GROSSESSE. .... 1 PAS PREMIERE GROSSESSE. .... 2 NE SAIT PAS. .... 8
125	<b>VERIFIEZ Q123</b> PAS LA PREMIERE VISTE DE LA CLIENTE (REPONSE "1" PAS ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>	PREMIERE VISITE DE LA CLIENTE (REPONSE "1" ENCERCLEE) <input type="checkbox"/>  127 ←

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
126	Quelle est la date de la précédente visite de CPN de la cliente pour cette grossesse?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS. .... 98 MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS. .... 98 ANNEE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS. .... 9998
127	ENREGISTREZ LE TEMPS DE LA FIN DE L'OBSERVATION. . . . .	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Commentaires de l'Observateur:</b>		

# MEASURE DHS: EVALUATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SOINS DE SANTE

## INTERVIEW DES CLIENTES A LA SORTIE DES SOINS PRENATALS

### IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION DE SANTE

TYPE DE QUESTIONNAIRE

S	C	P	N
---	---	---	---

Nom de la structure sanitaire

Adresse de la structure sanitaire

NUMERO DE LA STRUCTURE

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL)

--	--

CODE DE LA PATIENTE

--	--	--

### INFORMATION SUR L'INTERVIEW

DATE:

\_\_\_\_\_

JOUR .....

--	--

MOIS .....

--	--

ANNEE .....

2	0	1	
---	---	---	--

Nom de l'enquêteur/trice: \_\_\_\_\_

CODE DE L'ENQUETEUR

--	--

# 1. Information sur la visite -Consultation Périnatale (CPN)

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A													
	<p><b>A LIRE A LA CLIENTE</b> : Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons l'Agence Nationale de la Statistique et de la Demographie (ANSD) qui exécute une étude pour le ministère de la santé.</p> <p>Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des institutions de santé.</p> <p>Afin d'améliorer les services qu'offre cette structure, nous voudrions vous poser quelques questions sur la visite de consultation prénatale que vous venez d'effectuer.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez ultérieurement.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission pour continuer l'entrevue ?</p>															
	<p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td><b>2</b></td><td><b>0</b></td><td><b>1</b></td> </tr> <tr> <td>JOUR</td><td>MOIS</td><td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table>					<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	JOUR	MOIS	ANNEE				
				<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>										
JOUR	MOIS	ANNEE														
100	Puis-je commencer l'entrevue?	ACCEPTE ..... 1 REFUS ..... 2	→ FIN													
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<input type="text"/> : <input type="text"/>														
102	Avez-vous une carte/carnet de soins prénataux, ou une carte de vaccination sur vous?  SI OUI: DEMANDEZ A VOIR LA CARTE/CARNET.	OUI ..... 1 NON, CARNET RESTE DANS LA STRUCTURE ..... 2 CARNET PAS UTILISE ..... 3	→106													
103	VÉRIFIEZ LA CARTE/CARNET PRÉNATAL, OU CARTE DE VACCINATION. INDIQUEZ S'IL Y EST NOTE OU NON QUELQUE CHOSE QUI MONTRE QUE LA CLIENTE A REÇU LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE.	OUI, UNE FOIS ..... 1 OUI, DEUX FOIS ..... 2 OUI, TROIS FOIS OU PLUS ..... 3 PAS D'INDICATION ..... 4														
104	SELON LA CARTE/CARNET PRÉNATAL, DEPUIS COMBIEN DE SEMAINES EST-ELLE ENCEINTE?	# DES SEMAINES ..... <input type="text"/> PAS DISPONIBLE ..... 95														
105	EST-CE QUE LA CARTE /CARNET PRÉNATAL INDIQUE QUE LA CLIENTE A REÇU LE TPI  SI OUI, INDIQUEZ LE NOMBRE DES DOSES	OUI, 1 DOSE ..... 1 OUI, 2 DOSES ..... 2 OUI, 3 DOSES ..... 3 OUI, 4 DOSES ..... 4 NO ..... 5														
106	Avez-vous déjà été enceinte, quels que soient la durée ou l'aboutissement, ou bien c'est votre première grossesse?	PREMIERE GROSSESSE ..... 1 PAS PREMIERE GROSSESSE ..... 2														
107	Est-ce que c'est votre première visite prénatale dans cette structure pour cette grossesse?  SI PAS PREMIERE VISITE, DEMANDER Combien de fois avez-vous visité cette structure pour cette grossesse?	PREMIERE VISITE ..... 1 DEUXIEME VISITE ..... 2 TROISIEME VISITE ..... 3 QUATRIEME VISITE ..... 4 PLUS DES 4 VISITES ..... 5														

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
108	Durant cette visite, ou visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des comprimés /du sirop de fer ou acide folique ou les deux?  MONTREZ A LA CLIENTE LES COMPRIMES DE FER, ACIDE FOLIQUE OU COMPRIME COMBINE.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→112
109	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il expliqué comment prendre les comprimés /du sirop de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
110	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé des effets secondaires des comprimés /du sirop de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
111	Dites-moi SVP tous les effets secondaires que vous connaissez et qui sont liés à la prise des comprimés / du sirop de fer.  INSISTER: QUOI D'AUTRES?	NAUSÉE..... A SELLES NOIRES..... B CONSTIPATION..... C AUTRE _____ X (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... Z	
112	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit un antipaludique?  MONTREZ LES COMPRIMES A BASE DE SP (SULFADOXINE/PYRIMETHAMINE) EX. FANSIDAR	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→114
113	Vous a-t-on demandé d'avaler les comprimés dans la structure et en présence d'un prestataire?	OUI 1 NON 2	
114	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a conseillé d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
115	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide gratuitement?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→117
116	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a proposé d'acheter une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou vous a recommandé un endroit pour l'acheter.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
117	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la nutrition ou quelle nourriture vous devez manger pendant cette grossesse?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
118	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé des signes d'alerte des complications de la grossesse.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
119	Dites moi s'il vous plait certains signes de complication (signe de danger) que vous connaissez.  ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.  INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	SAIGNEMENT VAGINAL A FIEVRE B OEDEME VISAGE/MAINS C FATIGUE ET ESSOUFLEMENT D MAUX DE TETE ET VISION TROUBLE E CONVULSIONS F MOUVEMENT FOETAL REDUIT OU ABSENT G RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES H AUTRE X NSP Z	
120	Qu'est ce que le prestataire vous a donné comme conseil au cas où vous avez un de ces signes de complications?  ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.  INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	VENIR A LA STRUCTURE A REDUIRE L'ACTIVITE PHYSIQUE B CHANGER LE REGIME ALIMENTAIRE C AUTRE _____ X (SPECIFIER)  PAS DES CONSEILS Y	
121	Est-ce que pendant cette visite ou une visite antérieures, un prestataire a discuté avec vous de choses que vous devriez avoir en vue de votre accouchement ? Ceci pourrait inclure des dispositions en cas d'urgences, les choses que vous devriez apporter avec vous à la maternité ou les choses que vous devriez avoir à la maison pour un accouchement à domicile.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
122	Dites-moi SVP tout ce que vous savez sur les préparatifs à faire en vue de votre accouchement.  ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.  INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXEMPLE "QUOI D'AUTRES?"	TRANSPORT D'URGENCE..... A ARGENT..... B DESINFECTANT..... C LAME DE RASOIR/CISEAUX STERILES POUR COUPER LE CORDON... D AUTRE _____ X (SPECIFIER) NE SAIT PAS ..... Z	
123	Avez-vous mis de l'argent de côté pour l'accouchement? SI OUI, DEMANDEZ: En avez-vous assez?	OUI, ASSEZ..... 1 OUI, MAIS PAS ASSEZ..... 2 NON..... 3	
124	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il questionné sur le lieu où vous pensez accoucher?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
125	Avez-vous décidé où vous irez accoucher?  SI OUI: INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE VA ACCOUCHER DANS UNE STRUCTURE OU A DOMICILE	DANS CETTE INSTITUTION ... 1 DANS AUTRE INSTITUTION..... 2 A DOMICILE..... 3 CHEZ LA MATRONE. .... 4 AUTRE _____ 6 (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... 8	
126	Connaissez-vous les signes de danger de l'accouchement ou de l'après accouchement?  SI OUI: Quels sont les signes que vous connaissez?	SAIGNEMENTS ABONDANTS...A FIEVRE..... B PLAIES GENITALES..... C AUCUN..... Y AUTRE _____ X (SPECIFIER)	
127	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, est-ce que le prestataire a parlé de l'importance de l'allaitement exclusif ?—c'est-à-dire, de ne donner à votre bébé que du lait maternel ?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→129
128	Pendant combien de mois le prestataire vous a conseillé d'allaiter exclusivement votre enfant au sein, c'est-à-dire, de ne donner à votre bébé ni liquide ni nourriture en plus de votre lait ?	ENTRE 4 A 6 MOIS 1 6 MOIS 2 AUTRE 6 NSP ..... 8	
129	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé de l'utilisation de la planification familiale après la naissance de votre bébé?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→201

## 2. Satisfaction Cliente

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
	Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des consultations prénatales.		
201	Combien de temps avez- vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?	MINUTES . . . . . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NE SAIT PAS . . . . . 998	
202	Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les structures sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui; et si oui, s'il était un <b>grand</b> problème ou un problème <b>mineur</b> pour vous.		
		PAS DES PROBLE GRAND MINEUR MES NSP	
01	Le temps d'attente	1 2 3 8	
02	La capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant votre grossesse avec le prestataire	1 2 3 8	
03	La quantité d'explications que vous avez reçue au sujet de votre grossesse ou autres problèmes.	1 2 3 8	
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée	1 2 3 8	
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation	1 2 3 8	
06	La disponibilité des médicaments dans la structure	1 2 3 8	
07	Les heures de service dans cette la structure	1 2 3 8	
08	Le nombre de jours de fonctionnement de services par semaine	1 2 3 8	
09	La propreté de la structure sanitaire	1 2 3 8	
10	Le comportement du personnel a vote egard	1 2 3 8	
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8	
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cette structure ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
204	Vous a-t-on demandé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 206

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette structure aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 999998	
206	Est-ce que cette structure est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à la structure la plus proche de chez vous ?  SI LA CLIENTE MENTIONNE PLUSIEURS RAISONS, INSISTEZ POUR SAVOIR LA RAISON PRINCIPALE	HEURE DE FONCTIONNEMENT PAS COMMODE ..... 01 MAUVAISE REPUTATION .....02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS ..... 04 PREFERE RESTER ANONYME .....05 C'EST PLUS CHER ..... 06 REFERENCE ..... 07 AUTRE 96 NSP .....98	
208	En général, laquelle de ces affirmations décrivent le mieux votre opinion sur les services que vous avez reçu dans cette structure aujourd'hui  LIRE TOUTES LES ATTESTATIONS ET EN CHOISIR UNE SEULE  01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3		
209	Pouvez-vous recommander cette structure à un ami ou à un membre de famille?	OUI 1 NON 2 NSP ..... 8	



# MEASURE *DHS* - EVALUATION DES PRESTATIONS DE SERVICES

## Interview de Sortie de l'Accompagnateur de l'Enfant Malade

### 1. Identification de la Formation Sanitaire

Nom de la structure sanitaire: _____ Adresse de la structure sanitaire: _____	TYPE DE QUESTIONNAIRE..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">X</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">E</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> </tr> </table>	X	E	M		
X	E	M				
NUMERO DE LA STRUCTURE SANITAIRE .....	<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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
NUMERO DE SERIE DU PRESTATAIRE (DE LA LISTE DU PERSONNEL).....	<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> </tr> </table>					
CODE DU (DE LA) CLIENT(E).....	<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> </table>					

### 2. Informations Sur l'Interview

Date: _____  Nom de l'enquêteur _____	JOUR ..... <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> </tr> </table> MOIS ..... <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> </tr> </table> ANNEE ..... <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> CODE DE L'ENQUETEUR ..... <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> </tr> </table>					2	0	1			
2	0	1									

3. Informations sur la Visite																	
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A														
	<p><b>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR:</b> Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons le ministère de la santé et l'agence national des statistiques. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre experience en rapport aux services qui a été offert à l'enfant que vous avez accompagné d'aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'entrevue à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués. Ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'entrevue et que je quitte le service, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de continuer l'entrevue ?</p> <p>_____</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">JOUR</td> <td colspan="2">MOIS</td> <td colspan="3">ANNEE</td> </tr> </table> <p>Signature de l'Enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)</p>							2	0	1	JOUR		MOIS		ANNEE		
				2	0	1											
JOUR		MOIS		ANNEE													
100	Puis-je commencer l'entrevue?	CLIENT ACCEPTE ..... 1 CLIENT REFUSE ..... 2	→ FIN														
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>															
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____															
<b>AGE DE L'ENFANT</b>																	
103	En quel mois et quelle année est né [NOM]?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS..... 98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNEE..... 9998															
104	Quel est l'âge de [NOM] en mois (révolus)?	AGE EN MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS..... 98															
<b>SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE</b>																	
105	[NOM] avait-il(elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux jours passés?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8															
106	[NOM] a-t-il eu fait une convulsion au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8															
107	[NOM] a-t-il(elle) eu une toux ou des difficultés à respirer?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8															
108	[NOM] peut-il(elle) boire, manger ou teter?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8															
109	[NOM] a-t-il(elle) tout vomi après avoir mangé ou tété au cours de cette maladie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8															

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
110	[NOM] avait-il(elle) passé des selles liquides et très abondantes au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux derniers jours?	OUI NON NSP	1 2 8
111	[NOM] dort-il(elle) trop au cours de cette maladie?	OUI NON NSP	1 2 8
112	Pour quelle autre raison avez-vous amené [NOM] dans cette structure de santé aujourd'hui?  INSISTEZ : QUOI D'AUTRE  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PROBLEMES AUX OREILLES AFFECTION DE LA PEAU BLESSURE AUTRES _____ SPECIFIER  PAS D'AUTRE RAISON	A B C X  Y
113	[NOM] a-t-il(elle) déjà été(e) amené(e) dans cette structure avant cette maladie?  SI OUI, DEMANDEZ  Quand avez-vous amené [NOM] dans cette structure pour la dernière fois avant cette maladie?	AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE AU COURS DES 2-4 SEMAINES PASSEES  IL Y A PLUS DE 4 SEMAINES NON NSP	1 2 3 4 5
114	Depuis combien de jours la maladie pour laquelle vous avez amené [NOM] aujourd'hui a commencé?  SI MOINS D'UN JOUR, METTEZ 00	NBRE JOUR  NSP	<input type="text"/> <input type="text"/>  98
<b>INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT</b>			
115	Est-ce que le prestataire vous a dit de quelle maladie souffrait [NOM]?	OUI NON NSP	1 2 3
116	Que feriez vous si [NOM] ne guérit pas ou son état s'aggrave.	RETOURNER A LA STRUCTURE ALLER A L'AUTRE STRUCTURE ALLER CHEZ UN AUTRE PRESTA TAIRE OU PHARMACIE ALLER CHEZ LE GUERRISSEUR TRADITIONNEL RIEN, ATTENDRE SEULEMENT NE SAIT PAS	1 2 3 4 5 8
117	Le prestataire vous a-t-il parlé au sujet de signes ou symptômes que vous pouvez voir et pour lesquels vous devez immédiatement ramener l'enfant ?  SI NECESSAIRE, INSISTEZ : Y a-t-il de sérieux symptômes ou signes de danger pour lesquels on vous a dit de ramener [NOM] immédiatement ?  ENCERCLEZ LE SYMPTÔME ENUMERE SI L'ACCOMPAGNATEUR COMPREND QUE L'ENFANT DEVRAIT ETRE RAMENE SI LE SYMPTOME NE DISPARAIT PAS OU L'ETAT S'AGGRAVE.	FIEVRE..... PROBLEMES RESPIRATION..... DEVIENT PLUS MALADE..... SANG DANS LES SELLES..... VOMISSEMENT..... FAIBLE/NE MANGE PAS..... FAIBLE/NE BOIT PAS..... AUTRE _____ (SPECIFIER) NON, AUCUN..... NE SAIT PAS.....	A B C D E F G X  Y Z
118	Le prestataire vous a-t-il dit quelque chose sur le fait qu'il faut ramener [NOM] de nouveau à la structure sanitaire pour le suivi ou s'il n'y a pas d'urgence ?  SI OUI: Pourquoi devriez-vous revenir ?	PLUS DE MEDICAMENTS..... SI SYMPTOMES OU L'ETAT S'AGGRAVE..... RENDEZ-VOUS DE SUIVI..... SUPPLEMENTATION EN VIT A RESULTAT LABORATOIRE ENFANT ADMIS..... VACCINATION ROUTINIERE..... AUTRE _____ (SPECIFIER) NON.....	A B C D E F G X  Y

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
		NE SAIT PAS..... Z	
<b>TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS</b>			
119	Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour [NOM] à prendre à la maison ?	OUI, A DONNE MEDICAMENTS... 1 OUI, A DONNE PRESCRIPTION... 2 A DONNE MEDICAMENTS ET PRESCRIPTION..... 3 NON..... 8	→ 124
120	DEMANDEZ À VOIR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR A REÇUS ET TOUT CE QUI EST SIMPLEMENT PRESCRIT SUR LES ORDONNANCES ET NON EXECUTE.  ENCERCLEZ LA RÉPONSE DÉCRIVANT LES MÉDICAMENTS ET PRESCRIPTIONS QUE VOUS VOYEZ.	A TOUS LES MEDICAMENTS..... 1 A CERTAIN. MEDS, CERTAINES PRESCRIP. NON EXECUTEES.. 2 AUCUN MÉDICAMENT VU, DES PRESCRIP. SEULEMENT..... 3	
121	Est-ce que le prestataire dans la formation sanitaire vous a expliqué comment donner ces médicaments à [NOM] à la maison ?  SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
122	Est-ce que vous êtes sûr de la façon d'administrer ces médicaments ; en d'autres termes, <b>combien</b> vous allez donner à [NOM] de <b>chacun</b> de ces médicaments par jour ? SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
123	Est-ce qu'une dose de l'un quelconque de ces médicaments a déjà été donnée à [NOM] ici même au service ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
124	Est-ce que [NOM] a reçu une injection aujourd'hui, ici même, pour traiter la maladie ? SI NON, VERIFIEZ LES PRESCRIPTIONS ET ENREGISTREZ S'IL Y A UNE PRESCRIPTION POUR UNE INJECTION.	OUI, RECU INJECTION..... 1 OUI, RECU PRESCRIPTION POUR INJECTION..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS..... 8	
125	Est-ce que quelqu'un de la formation sanitaire a pesé [NOM] aujourd'hui ?	OUI..... 1 NON..... 2	
126	Est-ce que quelqu'un vous a parlé aujourd'hui au sujet du poids de [NOM] et comment [NOM] se développe ?	OUI..... 1 NON..... 2	
127	Est-ce qu'un prestataire vous a interrogé aujourd'hui au sujet des types de nourritures et des quantités que vous donnez normalement à [NOM] quand il n'est pas malade ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER.. 8	
128	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des aliments solides à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 PAS CERTAIN..... 8	
129	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit au sujet des liquides ou du lait maternel (si l'enfant est allaité) à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB.... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 6 NE SAIT PAS..... 8	
130	Est-ce que [Nom] a-t-il été vacciné aujourd'hui?	OUI, OBSERVE RAPPORTE, PAS VU 1 2	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
	SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION (OU CARNET) DE L'ENFANT INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI.	NON 3 NE SAIT PAS..... 8	
<b>REFERENCE</b>			
131	Est-ce que le prestataire vous a demande d'amener [NOM] aupres d'un prestataire de sante ou dans un laboratoire pour un prelevement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
132	Avez-vous amene [NOM] aupres d'un prestataire de sante ou dans un laboratoire pour un prelevement au doigt ou au talon?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134
133	Vous a t-on donne les resultats des tests faits?	OUI..... 1 NON..... 2	
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre structure sanitaire, chez un autre prestataire, ou pour un test en laboratoire pour davantage de soins pour votre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 136
135		OUI      NON      NSP	
01	Est-ce qu'on vous a donné un papier ou une note pour cette référence ?	1          2          8	
02	Est-ce qu'on vous a dit où aller pour la référence ?	1          2          8	
03	Est-ce qu'on vous a dit qui voir pour la référence ?	1          2          8	
04	Est-ce qu'on vous a dit pourquoi vous devez aller pour la référence ?	1          2          8	
05	Avez-vous l'intention d'y aller	1          2          8	
136	Avez-vous vu un autre prestataire de santé ou un guérisseur traditionnel avant de venir ici ?  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE.	OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS CETTE STRUCTURE ..... A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE STRUCTURE..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO..... C NON..... Y	

## 2. Satisfaction de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services de consultation de l'Enfant Malade.</p>			
201	Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?	MINUTES ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT ..... 000 NSP ..... 998	
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clients rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p>		
		PAS DE PROB- LEME    NSP <u>GRAND</u> <u>PETIT</u> <u>LEME</u> <u>NSP</u>	
01	Le temps d'attente	1    2    3    8	
02	La Capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant la maladie de l'enfant avec le prestataire	1    2    3    8	
03	La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de n'importe quel problème ou traitement.	1    2    3    8	
04	L'intimité par rapport à d'autres qui voient L'enfant en train d'être examinée.	1    2    3    8	
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1    2    3    8	
06	La disponibilité des médicaments ou des produits pour la prise en charge de l'enfant malade dans l'établissement	1    2    3    8	
07	Les heures de service dans cet établissement	1    2    3    8	
08	Le nombre de jours de fonctionnement par semaine.	1    2    3    8	
09	La propreté de l'établissement	1    2    3    8	
10	Le comportement du personnel à votre égard.	1    2    3    8	
11	Le coût des services ou du traitement	1    2    3    8	
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous une partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ou tout autre établissement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
204	Vous a-t-on demandé de payer, ou avez-vous payé une certaine somme pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que l'enfant a reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NSP ..... 999998	
206	Est-ce que cette structure est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allé à l'établissement le plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	LES HEURES D'OPERATION INCONVENIENTES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT .....05 C'EST PLUS CHER ..... 06 ETE REFERRE .....07 AUTRE..... 96 NSP .....98	
208	En general, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services recus ou forunis dans cette structure aujourd'hui.  LIRE TOUTES LES AFFIRMATIONS, ET EN CHOISIR UNE SEULE  01) JE SUIS <b>TRES</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 1 02) JE SUIS <b>PLUS OU MOINS</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 2 03) JE <b>NE SUIS PAS</b> SATISFAITE DES SERVICES RECUS ..... 3		
209	Pouvez-vous recommander cette structure de santé à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	

### 3. Caractéristiques Personnelles de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
301	Quel est votre lien de parenté avec [NOM]?	MERE ..... 1 PERE ..... 2 FRERE/SŒUR.....3 TANTE OU ONCLE.....4 GRAND-MERE/GRAND-PERE 5 AUTRE ..... 6 (SPECIFIER)	
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP..... 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint?	PRIMAIRE..... 1 POST-PRIMAIRE/VOCATIONEL. 2 SECONDAIRE..... 3 SUPERIEUR... 4 UNIVERSITAIRE..... 5	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE .. 1 OUI, LIRE SEULEMENT ..... 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>			
<p><b>Commentaires de l'enquêteur:</b></p>			

# MEASURE DHS

Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé

DRAFT DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

INVENTAIRE POUR CASE DE SANTE



# IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTÉ

001	NOM DE LA STRUCTURE SANITAIRE _____	
002	LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE/COMMUNAUTE RURALE) _____	
003	REGION/PROVINCE . . . . .	[ ] [ ]
004	DISTRICT SANITAIRE . . . . .	[ ] [ ] [ ]
005	CODE DE LA STRUCTURE . . . . .	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
006	TYPE STRUCTURE SANITAIRE	
	HÔPITAL . . . . .	01
	CENTRE DE SANTE . . . . .	02
	POSTE DE SANTE . . . . .	03
	CASE DE SANTE . . . . .	04
007	STATUT DE LA STRUCTURE SANITAIRE (Polirisant: responsabe de la case)	
	PUBLIQUE . . . . .	1
	ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF . . . . .	2
	PRIVE . . . . .	3
	PRIVE CONFESIONNEL . . . . .	4
008	URBAIN/RURAL	
	URBAIN . . . . .	1
	RURAL . . . . .	2

## VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR [ ] [ ] MOIS [ ] [ ] ANNEE [ ] [ ]
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	CODE ENQUÊTEUR [ ] [ ]
RESULTAT	_____	_____	_____	RESULTAT [ ] [ ]

**CODES RESULTAT (VISITE FINALE):**

- 1: REMPLI POUR LA STRUCTURE
- 2: REpondant NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE
- 3: DIFFERE
- 4: REFUS DE LA STRUCTURE
- 5= PARTIELLEMENT REMPLI
- 6: AUTRE \_\_\_\_\_  
(SPECIFIER)

### NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS SELECTIONNEES DANS LES REGISTRES DERNIER 30 JOURS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES. . . . .	[ ] [ ]
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI PROMOTION DE L'ENFANT . . . . .	[ ] [ ]
NOMBRE TOTAL CONSULTATIONS EN PF. . . . .	[ ] [ ]
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS ENFANTS MALADES. . . . .	[ ] [ ]
NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS DE SUIVI POST NATAL. . . . .	[ ] [ ]

# COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

**POSITIONNER LE GPS**

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

**SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL**

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTRER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VERIFIER QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)	NOM WAYPOINT <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
011 HAUTEUR	HAUTEUR ..... <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
012 LATITUDE	N/S ..... a
	DEGRES/DECIM b <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O ..... a
	DEGREES/DECIM b <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

# CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE DE SANTE OU L'AGENT DE SANTE EN CHARGE DES SERVICES ET AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE QUI EST PRESENT DANS LA STRUCTURE.

LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est \_\_\_\_\_. Je représente le ministère de la santé et l'agence nationale des statistiques. Nous menons une étude sur les structures de santé, pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations de services de santé au Sénégal.

Je vais vous lire maintenant une déclaration expliquant l'étude.

Votre structure de santé a été sélectionnée pour faire partie de cette étude. Nous vous poserons des questions sur divers services de santé. Les informations collectées dans votre structure pourront être utilisées par le Ministère de Santé, les institutions qui soutiennent les services de santé de votre structure, et les chercheurs, pour améliorer l'offre de services de santé ou pour mener des études plus poussées sur ces mêmes services.

Ni votre nom, ni celui de tout autre prestataire de santé qui participera à cette étude ne figurera dans la base de données ou dans un quelconque rapport ; cependant, il y a un faible risque qu'un des répondants puisse être identifié par la suite. Nous sollicitons tout de même votre aide pour collecter les informations.

Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question ou d'interrompre l'interview à tout moment. Cependant nous espérons que vous répondrez aux questions, ce sera un bénéfice pour les services que vous dispensez et pour le pays.

S'il y a des questions pour lesquelles une autre personne est plus indiquée pour donner l'information, nous vous serions reconnaissants de nous mettre en contact avec cette personne afin de nous aider à collecter cette information.

Avez-vous des questions sur l'étude? Est-ce que je peux commencer l'interview?

				2	0	1
JOUR			MOIS		ANNEE	

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT \_\_\_\_\_

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ ARRET										
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="font-size: 10px;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">HEURES</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">MINUTES</td> </tr> </table>			:			HEURES			MINUTES		
		:											
HEURES			MINUTES										

EXPLIQUEZ A L'INTERVIEWE(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET SUR DES ACTIVITES REALISEES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. EXPLIQUEZ AUSSI QUE VOUS AUREZ BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE REUNIONS ET ACTIVITES. ET QU'IL SERA IMPORTANT DE CONSULTER TOUS LES RAPPORTS DES REUNIONS ET DES ACTIVITES. SOLICITEZ LES RAPPORTS S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE SUR LIEU DE L'INTERVIEW.

EXPLIQUEZ AUSSI QU'IL Y AURA UNE SECTION SUR LES STATISTIQUES DE SANTE (NOMBRE DES VISITES AMBULANTS ET DES HOSPITALISATIONS) POUR LE MOIS PASSE QUI EST COMPLET. IL SERA UTILE DE RASSEMBLER TOUTES CES INFORMATIONS. S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU D'INTERVIEW

ATTENTION!!!!

REMERCEZ L'INTERVIEWE(E) A LA FIN DE CHAQUE SECTION OU SOUS SECTION AVANT DE CONTINUER AU POINT SUIVANT

# MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPONIBILITE DES SERVICES

## SECTION 1: DISPONIBILITE GENERALE DES SERVICES

(la case peut servir de point de prestation pour la stratégie fixe, avancée et mobile selon le type d'intervention)

102	Est-ce que votre structure fournit les services de santé suivants? En d'autres termes est-ce qu'il y a un endroit où les patients peuvent recevoir les services suivants: Services de santé peuvent être offerts par stratégie fixe ou avancée ou mobile	OUI	NON	FAIT
01	Services de vaccination infantile, soit dans la structure ou dans la communauté (stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Un quelconque service de planning familial, - y compris méthodes modernes, les méthodes basées sur la connaissance de la période de fertilité (méthode naturelle), la stérilisation chirurgicale féminine ou masculine	1	2	<input type="checkbox"/>
05	Services de Consultations Périnatales (CPN) (stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) (Stratégies avancées)	1	2	<input type="checkbox"/>
07	Services pour accouchement normal et/ou soins du nouveau-né	1	2	<input type="checkbox"/>
08	Services pour le diagnostic ou le traitement du paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
09	Services pour le diagnostic ou le traitement des IST, en dehors du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
10	Services de Suivi communautaire de la TBC	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH (Stratégie avancée)	1	2	<input type="checkbox"/>

### SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	Est-ce que cette structure dispose de lits pour les patients placés en observation pour la nuit?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 210
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou pour l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	# DE LITS D'OBSERVATION/ D'HOSPITALISATION ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	

## SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

### STOCKAGES DES MEDICAMENTS

210	Est-ce que cette structure dispose de stocks des médicaments ou des produits contraceptifs?  SONDER	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 300
211	<b>VERIFIEZ Q102.04</b> FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE PLANNING FAMILIAL (PF) <input type="checkbox"/>	→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PF ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 1 PRODUITS/PF NON STOCKES 2 3	
213	<b>VERIFIEZ Q102.10</b> FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	→ 300
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service de tuberculose ou ailleurs avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS ANTI-TBC NON STOCKES 1 2 3	

## MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

### SECTION 3: DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24 - INFRASTRUCTURE - SUPERVISION EXTERNE - FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

#### DISPONIBILITE DES SERVICES 24H/24

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé (acteur communautaire) qui est présent dans la structure de santé tout le temps, ou qui est à la disposition de la structure sur appel tout le temps (24H/24H) pour prendre en charge les urgences?	OUI, PRESTATAIRE 24H/24. . . . . 1 NON, PAS DE PRESTATAIRE 24H/24. . . 2	→ 310
301	Est-ce qu'il y a un système de permanence du personnel, une feuille de garde avec les permanences du personnel qui couvre 24H?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	
<b>COMMUNICATION</b>			
310	Est-ce que cette structure a une <b>ligne téléphonique fixe</b> qui permet d'appeler durant tout le temps où les services sont offerts ?  PRECISER QUE SI LA STRUCTURE OFFRE DES SERVICES 24/24 POUR LES URGENCES, CELA SIGNIFIE AUSSI UNE DISPONIBILITE DU TELEPHONE 24/24.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 313
311	Puis-je voir le téléphone fixe?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
312	Est-ce que Le téléphone est fonctionnel ? VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un téléphone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 316
314	Puis-je voir le téléphone portable de la structure ou le téléphone portable personnel pris en charge par la structure VEUILLEZ ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
315	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
316	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>émetteur-radio à ondes courtes</b> pour les appels radio?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 319
317	Puis-je voir l'émetteur-radio à ondes courtes?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
318	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un <b>ordinateur</b> ?	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
320	Puis-je voir l'ordinateur?	OBSERVÉ . . . . . 1 RAPPORTÉ, PAS VU. . . . . 2	
321	Est-ce qu'il est fonctionnel? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	
322	Est-ce qu'il est possible d'avoir la connexion internet au sein de la structure à travers un ordinateur ou un téléphone portable? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 330
323	Durant les jours où les services sont offerts, est-ce que la connexion internet est systématiquement disponible <b>pendant au moins 2 heures</b> ? ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE.	OUI. . . . . 1 NON . . . . . 2	



## SUPERVISION EXTERNE

350	Est-ce que cette structure a reçu une visite de supervision, venant par exemple du poste de sante , de l'ONG, du district, du niveau régional ou national?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→ 360
351	A quand remonte la dernière visite de supervision externe dans la structure? Est-ce au cours des 6 derniers mois ou bien il y a plus de 6 mois?	AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ... 1 IL Y A PLUS DE 6 MOIS. .... 2	→ 360
352	La dernière fois qu'un superviseur a visité la structure au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'il/elle a fait l'une des choses suivantes :	OUI    NON    NSP	
01	Utiliser une liste de contrôle pour évaluer la qualité des données sanitaires disponibles?	1      2      8	
02	Discuter de la performance de la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1      2      8	
03	Aider la structure à prendre une décision en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1      2      8	

## FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement (les soins) pour accéder aux services?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 370
361	Est-ce que la structure a établi un tarif fixe qui couvre toutes les prestations qu'un patient reçoit, ou est-ce qu'il y a des tarifs séparés pour les différents éléments des services fournis par la structure? SONDER.	FRAIS FIXE COUVRANT TOUS LES SER 1 NON, FRAIS SEPARÉ POUR CHAQUE E 2	→ 363
362	Est-ce que la structure a établi des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCERCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI                  NON	
01	CARNET DE SANTE .....	1                  2	
02	INSCRIPTION / CARTE D'ENREGISTREMENT .....	1                  2	
03	CONSULTATION.....	1                  2	
04	MEDICAMENTS.....	1                  2	
05	VACCINS .....	1                  2	
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS.....	1                  2	
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX.....	1                  2	
08	SERINGUES ET AIGUILLES.....	1                  2	
363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI                                  1 NON.....                                  2	→ 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés?	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHE:1 OBSERVE ,CERTAINS, PAS TOUS LES 12	
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les prestations de services fournies dans cette structure?  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIEE.	EXEMPTION/REDUCTION, GRATUIT.... A EXEMPTION/REDUCTION, PAIEMENT DIFFERE..... B SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER..... C PAIEMENT EN NATURE..... D AUTRE..... X	

## SOURCES OF REVENUE

370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 2012-2013. Si une <b>autre personne</b> est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle.  ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE. [la liste sera adaptée au pays]	MINISTERE DE LA SANTE..... A AUTRES MINISTERES..... B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE)..... C FONDS DE SECURITY SOCIALE..... D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P F ORGANISME DONATEUR/ONG..... G CONFESIONNEL..... H PROGRAMMES COMMUNAUAIRES..... I AUTRE..... X	
-----	---	---	--

**SECTION 4: PERSONNELS- GESTION- OPINION DES PATIENTS- ASSURANCE QUALITE-  
TRANSPORT-SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) ET STATISTIQUES DE SANTE**

**LES PERSONNELS**

400	Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée dans cette structure. Nous sommes intéressés de connaître la classification technique la plus élevée de chaque personne en tant infirmier (e) ou médecin) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette établissement.		
		(a)	(b)
	<b>CATEGORIES PROFESSIONNELLES</b>	ENGAGE OU AFFECTE	TEMPS PARTIEL
01	AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE/ SECOURISTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	MATRONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	RELAIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	DSDOM (DISTRIBUTEUR DES SOINS A DOMICILE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	Bajenu gox	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	Membre du Comité de santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**REUNIONS DE GESTION**

DIRE A L'INTERVIEWE QUE CETTE SOUS SECTION A BESOIN DE VERIFIER LES PROCES VERBAUX DES REUNIONS.  
IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion de la structure? Reunion du comité de sante de la case?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→417
411	A quelle fréquence se tiennent ces réunions de gestion?	UNE FOIS PAR MOIS OU MOINS. .... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. .... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. .... 4 NSP ..... 8	↳417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux des réunions de gestion ?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→417
413	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois.	OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	→417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCELER LA LETTRE DE TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNÉS DANS LE RAPPORT.	QUALITY DES DONNEES DU SIS. .... A LA PLENITUDE DES RAPPORTS DU SIS. .... B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU SIS. .... C QUALITE DES SERVICES. .... D UTILISATION DES SERVICES ..... E DONNEES SUR LES MALADIES ..... F CONDITIONS DE TRAVAIL (PAR EX. SALAIRE, HORAIRES DE TRAVAIL). .... G FINANCES OU BUDGET. .... H AUTRE ..... X AUCUN DES SUJETS CI-DESSUS. .... Y ARCHIVE NON DISPONIBLE. .... Z	↳417
415	Est-ce que la structure a pris une quelconque décision basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport ?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP. .... 8	↳417
416	Est-ce que la structure a entrepris une quelconque action de suivi en rapport avec les décisions prises lors de la dernière réunion?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP. .... 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les membres de la communauté et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent <i>régulièrement</i> ?	OUI. .... 1 NON ..... 2 NSP. .... 8	↳430
418	A quelle fréquence les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues?	MENSUELLEMENT OU MOINS ..... 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS ..... 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS ..... 4 NSP ..... 8	↳430
419	Est-ce que le proces verbal des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→430
420	Est ce je peux voir les proces verbaux de la réunion la plus recente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	

## OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette structure, un système pour déterminer les opinions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→440
431	Veillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour connaître les opinions des patients.  ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ET SONDER: PAS D'AUTRES METHODES?	BOITE A IDEES. .... A QUESTIONNAIRE. .... B GUIDE D'ENTRETIEN. .... C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES. .... D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE. .... E EMAIL. .... F SITE WEB DE LA STRUCTURE. .... G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNITE... H AUTRE ..... X NSP. .... Z	→440
432	Est-ce qu'il y a une procédure d'examen ou de présentation des opinions des patients?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP. .... 8	→ 440
433	Puis-je voir le rapport ou le formulaire sur lequel les données ont été compilées ou la discussion rapportée.	OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	

## ASSURANCE QUALITE

DIRE AU REpondANT QUE CETTE SOUS SECTION DEMANDERA DE REGARDER DANS LES DOCUMENTS DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE. IL SERA DONC UTILE DE REUNIR TOUS CES DOCUMENTS AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI. .... 1 NON ..... 2	→450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité?  UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.	OBSERVE ..... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	

## TRANSPORT DES URGENCES

450	Est-ce que cette structure dispose d'une ambulance fonctionnelle ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure même, et qui part de là pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS ..... 1 OUI, PARFOIS ..... 2 NON ..... 3	→452
451	Puis-je voir l'ambulance ou le véhicule?	OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTE, PAS VU. .... 2	→ 453
452	Est-ce que cette structure a accès à une ambulance fonctionnelle ou un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure sanitaire, pour le transport en urgence des patients ?	OUI, TOUJOURS. .... 1 OUI, PARFOIS ..... 2 NON ..... 3	→ 460
453	Est-ce qu'il y a du carburant disponible aujourd'hui? ACCEPTER LA REponse RAPPORTEE PAR UN REpondANT INFORME	OUI. .... 1 NON. .... 2 NSP. .... 8	

## SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE DU SYSTEME DE L'INFORMATION SANITAIRE DANS CETTE STRUCTURE.  
 PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation de rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→464
462	A quelle fréquence ces rapports sont compilés?	AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS. .... 1 TOUS LES 2-3 MOIS. .... 2 TOUS LES 4-6 MOIS. .... 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. .... 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE. .... 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU. .... 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette structure, une personne désignée, par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→470
465	Qui est cette personne?  INSISTEZ	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SGIS. .... 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. .... 2 AUTRE PRESTATAIRE. .... 3	

## STATISTIQUES SANITAIRES

DIRE A L'INTERVIEWE QUE DANS CETTE SOUS SECTION, ON DOIT REUNIR CERTAINES STATISTIQUES  
 DE LA STRUCTURE SI CETTE INFORMATION N'EST PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

470	VERIFIEZ Q110	FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	→ 472
471	Combien de sorties de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez les adultes que les enfants?	# DE SORTIES NSP. .... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
472	Combien de consultations ont été effectuées en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE CONSULTATIONS NSP. .... 9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 5: TRAITEMENT DES EQUIPEMENTS POUR LA REUTILISATION

EMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LE MATERIEL EST TRAITÉ/STERILISÉ POUR LA REUTILISATION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS SONT STERILISES DANS CETTE STRUCTURE? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     OUI (CODES 1 OU 2 ENCERCLES)                      <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     NON (CODE 3 ENCERCLE)                      <input type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: center;">SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←</p>																																		
501	DEMANDER SI LES ELEMENTS CI-DESSOUS SONT UTILISES DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous utilisez [METHODE] dans la structure ?" SI OUI, DEMANDER: "Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">METHODE</th> <th colspan="3">(A) UTILISE ET DISPONIBLE</th> <th colspan="3">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <th>OBSERVE</th> <th>RAPPORTE, PAS VU</th> <th>PAS UTILISE</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 ↓ 2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 ↓ 3</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP	01 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↓ 2	1	2	8	02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 ↓ 3	1	2	8	03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3			
METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL																															
	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP																													
01 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/ VAPEUR AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1 → b	2 → b	3 ↓ 2	1	2	8																													
02 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (FOUR OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 ↓ 3	1	2	8																													
03 N'IMPORTE QUEL PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DHN CHIMIQUE	1 → b	2 → b	3																																
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REpondANT ET INDIQUER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, ETC.																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">A Méthode</th> <th colspan="2">(1) EBULLITION</th> <th rowspan="2">(2) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE</th> </tr> <tr> <th>UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ... 2 → 2</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?</td> <td>MINUTES</td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td>MINUTES</td> </tr> <tr> <td>C Désinfectant chimique utilisé</td> <td>NSP. .... 998</td> <td></td> <td>                     ALCOOL..... 01                      BETADINE ..... 02                      CHLORINE/EAU DE JAVEL ..... 03                      NSP..... 98                 </td> </tr> </tbody> </table>	A Méthode	(1) EBULLITION		(2) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE	UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ... 2 → 2		B Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MINUTES	C Désinfectant chimique utilisé	NSP. .... 998		ALCOOL..... 01 BETADINE ..... 02 CHLORINE/EAU DE JAVEL ..... 03 NSP..... 98																				
A Méthode	(1) EBULLITION		(2) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE																																
	UTILIS. .... 1 PAS UTILISÉ... 2 → 2																																		
B Quelle est la durée en minutes quand l'équipement n'est pas enveloppé dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MINUTES																																
C Désinfectant chimique utilisé	NSP. .... 998		ALCOOL..... 01 BETADINE ..... 02 CHLORINE/EAU DE JAVEL ..... 03 NSP..... 98																																
503	Est-ce cette structure dispose des directives sur la décontamination et désinfection à haut niveau des équipements? OUI. .... 1 NON ..... 2																																		
504	Puis je voir les directives sur la stérilisation finale des équipements? LES DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES. OBSERVEES. .... 1 RAPPORTEES, PAS VUES. .... 2																																		

## SECTION 6: GESTION DES DECHETS MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSIBLE DE LA GESTION DES DECHETS DANS CETTE STRUCTURE.  
 PRESENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode <b>finale</b> utilisée dans cette structure pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies de déchets d'objets tranchants) ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES <b>02 - 09</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p><b>COMBUSTION DANS INCINERATEUR :</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIME 02                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. . . 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE .... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN AUTRE                  ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE .... 12</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96                  (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS 95</p>	
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets pour les déchets autres que les déchets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux autres que les boîtes d'objets tranchants ?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p><b>ATTENTION!</b></p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES <b>02 - 09</b>, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCERCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS</p> <p><b>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR:</b>                  FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) A 2 COMPARTIMB2                  UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT. .... 03</p> <p><b>COMBUSTION A CIEL OUVERT</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 04                  DANS TROU OU SOL PROTEGE. .... 05</p> <p><b>DEPOT SUR DECHARGE SANS COMBUSTION</b>                  SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION. .... 06                  DANS FOSSE COUVERTE OU FOSSE DE LATRINE. . 07                  FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION. .... 08                  SUR SOL PROTEGE OU DANS FOSSE .... 09</p> <p><b>ENLEVEMENT HORS DE LA STRUCTURE</b>                  STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT. .... 10                  STOCKAGE DANS UN                  ENVIRONNEMENT PROTEGE. .... 11                  STOCKAGE NON PROTEGE. .... 12</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96                  (SPECIFIER)</p> <p>IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX. .... 95</p>	
602	<p><b>VERIFIEZ Q600</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE)</p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>                  (CODE "95" ENCERCLE)</p>	604
603	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. SI LES DECHETSTRANCHANTS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA STRUCTURE, OBSERVER LE SITE OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DU SITE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE .... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE .... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE .... 8</p>	
604	<p><b>VERIFIEZ Q601.</b>                  ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>                  (TOUT CODE AUTRE QUE "95"ENCERCLE)</p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE <input type="checkbox"/>                  NI ENLEVES HORS DE LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>                  (CODE "95" ENCERCLE)</p>	606
605	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA STRUCTURE POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDIQUER LES CONDITIONS OBSERVEES. DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE .... 3                  SI LES DECHETS MEDICAUX SONT ELIMINES EN DEHOR DE LA STRUCTURE, OBSERVER LE SITE OU C'EST STOCKE AVANT LE RAMASSAGE POUR L'ELIMINATION EN DEHORS DU SITE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES. .... 1                  DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE .... 2                  DECHETS VISIBLES, <b>NON</b> PROTEGE .... 3                  DECHARGE PAS INSPECTEE .... 8</p>	

606	<b>VERIFIEZ Q600 ET Q601</b> UTILISATION D' INCINERATEUR (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE)	INCINERATEUR NON UTILISE (NI "2" NI "3"ENCERCLE)	610
607	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR	INCINERATEUR OBSERVE. .... 1 INCINERATEUR RAPPORTE,PAS VU. .... 2	
608	Est-ce que l'incinérateur est fonctionnel aujourd'hui?  ACCEPTER LA REPONSE RAPPORTEE PAR UN REPODANT INFORME	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	610
609	Est-ce que le carburant est disponible aujourd'hui?  ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
610	Est-ce que les directives de gestion des déchets médicaux sont disponibles dans ce service ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	620
611	Puis-je les voir ?	OBSERVEES. .... 1 RAPPORTEES , PAS VUES ..... 2	

#### TOILETTE DES PATIENTS

620	Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) dans des conditions fonctionnelles qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ?  SI OUI DEMANDEZ DE VOIR LA TOILETTE DES PATIENTS INDIQUEZ LE TYPE. CELA DOIT ETRE LA TOILETTE DE LA STRUCTURE POUR LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE.	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À DES LATRINES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 À NE SAIT PAS OÙ ..... 15 FOSSE/LATRINES LATRINES AMÉLIORÉES AUTO-AÉRÉES ..... 21 LATRINES AVEC DALLE ..... 22 LATRINESE SANS DALLE/TROU OUVERT ..... 23 TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61	
-----	--	--	--

A CE STADE, DITES A VOTRE REpondant QUE VOUS VOUDRIEZ REGARDER QUELQUES MATERIELES EY EQUIPEMENT UTULISES POUR LA FOURNITURE DE SERVICES AUX PATIENTS. VOUS VOUDRIEZ VOIR SI CES MATERIELS ET EQUIPEMENTS SONT DISPOIBLE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE. SI VOUS N'ETES PAS DANS CE SERVICE, DEMANDEZ A Y ETRE CONDUIT.

### MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le principal service et s'ils sont fonctionnels.  DEMANDER A VOIR LE MATERIEL.	(A) DISPONIBLE			(B) FUNCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
02	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]/Salter	1 → b	2 → b	3	1	2	8
03	BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 100g]/pèse Bébé	1 → b	2 → b	3	1	2	8
04	STADIOMETRE (OU TOISE) POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
05	RUBAN A MESURER [POUR CIRCONFERENCE] Brassard pour Perimetre bracad	1	2	3			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
07	STETHOSCOPE OBSTETRICAL	1 → b	2 → b	3	1	2	8
10	SOURCE D'ECLAIRAGE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3	1	2	8

11	PAIRE DE CISEAUX DROITS	1 → b	2 → b	3	1	2	8
12	PAIRE DE CISEAUX COURBES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
13	PAIRE DE PINCES AVEC GRIFFES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
14	PAIRE DE PINCES SANS GRIFFE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
15	POIRE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
16	HARICOTS	1 → b	2 → b	3	1	2	8
17	PLATEAUX RECTANGULAIRES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
18	RECHAUD A GAZ	1 → b	2 → b	3	1	2	8
19	LAMPE A GAZ	1 → b	2 → b	3	1	2	8
20	MINUTEUR	1 → b	2 → b	3	1	2	8
21	POISSONNIERE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
22	BOITES A INSTRUMENTS METALLIQUES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
23	BASSIN DE LIT	1 → b	2 → b	3	1	2	8
24	SEAUX POUBELLE	1 → b	2 → b	3	1	2	8
25	BOUILLOIRES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
26	BASSINES	1 → b	2 → b	3	1	2	8
27	REGISTRES GRAND FORMAT maternite	1	2	3			
28	REGISTRES GRAND FORMAT PF	1	2	3			
29	REGISTRES GRAND FORMAT IEC	1	2	3			
30	REGISTRES GRAND FORMAT CPC	1	2	3			
31	REGISTRES GRAND FORMAT SPC	1	2	3			
32	FICHES DE STOCK/Cahiers de stock	1	2	3			
33	materials de demonstration culinaires	1 → b	2 → b	3	1	2	8
34	PAIRES DE GANTS PROPRES	1	2	3			
35	BALAI	1 → b	2 → b	3	1	2	8
36	BROSSES A ONGLET	1 → b	2 → b	3	1	2	8

## SALLE DE CONSULTATION

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LA SALLE OU L'ENDROIT, OU DANS LE PRINCIPAL SERVICE DE CONSULTATION, LA PLU DES PRESTATIONS DE SERVICES SONT FOURNIES AU PATIENTS. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATIO FONT. INDIQUER SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS.

710	<b>MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS</b>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LE CADRE DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE. .... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE. .... 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT. .... 3 PAS D'INTIMITE. .... 4		

## LIEU D'ATTENTE

720	Est-ce qu'il y a un endroit d'attente pour les patients où ils <b><u>sont protégés contre le soleil et la pluie?</u></b>	OUI NON	1 2
DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE PRINCIPAL DE CONSULTATION EXTERNE			

## SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	<b>VERIFIEZ Q102.17</b> FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC <input type="checkbox"/>		
ALLER A LA SECTION SUIVANTE OU AU LIEU DE SERVICE ←				
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL LABO OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE OBJET D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.				
841	Est-ce qu'on fait ici des tests quelconque sur le PALUDISME, c'est-à-dire dans la structure?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→851
842	Est-ce que les TDR sont utilisés dans ce service pour diagnostiquer le paludisme?	OUI. .... 1 NON. .... 2		→851
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3		
844	OBSERVEZ ET DEMANDER LE TYPE OU LA MARQUE DE TDR DU PALUDISME  SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF. .... 1 AUTRE _____ 2  PRECISER		
845	Est-ce que vous posséder d'un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 851
846	Puis-je voir le manuel de formation, le poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2		
851	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE	(A) PRELEVEMENT ENVOY HORS DE LA STRUCTURE	(B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TEST OBSERVÉ	
03	Test du paludisme	OUI NON 1 → b 2	OUI NON 1 2	
REMERCEZ VOTRE REpondant POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.				

## SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	<b>VERIFIEZ Q210</b> EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←
-----	--	--

## SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.
Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure de santé. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocker à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

## ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les <b>antibiotiques</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure de santé?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	DISPONIBLE PAS VU	RAPPORTÉ /NSP	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI
1	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
2	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
3	AUREOMYCINE 3% TUBE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

902	Est-ce que les médicaments suivants destinés au traitements des <b>infestations vermineuses</b> sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	MEBENDAZOLE 100 MG	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE SIROP	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les <b>médicaments</b> suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VAL	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] ADULTE	1	2	3	4	5
02	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] ENFANT	1	2	3	4	5
03	COMBINAISON THERAPEUTIQUE A BASE D'ARTEMISINE [ACT] NOURRISSON	1	2	3	4	5
10	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la <b>santé maternelle</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALI	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
03	COMPRIMES DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMES COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMIINE A 200.000 UI	1	2	3	4	5
11	VITAMIINE A 100.000 UI	1	2	3	4	5
12	ZINC COMPRIMES	1	2	3	4	5
15	MERCUROCHROME	1	2	3	4	5
18	BETADINE GYNECOLOGIQUE	1	2	3	4	5
19	ALCOOL A 90	1	2	3	4	5
20	COTOL	1	2	3	4	5
21	ALBUSTIX( strategie avancee)	1	2	3	4	5
22	COTON HYDROPHILE	1	2	3	4	5
23	BANDE DE GAZE	1	2	3	4	5
24	BOITE DE SPARADRAP 5X10	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les <b>AUTRES médicaments</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALI	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	PARACETAMOL SIROP	1	2	3	4	5
03	VITAMINE C	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

909	OBSERVER L'ENDROIT OÙ LES MEDICAMENTS QUI ÉTÉ EVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE)DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT AU-DESSUS DU SOL?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIECE DE STOCKAGE EST BIEN AÉREÉ?	1	2
910	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perimé","le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. . . . . 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. . . . . 2 NON. . . . . 3	
911	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS A JOUR QUOTIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCKS MIS A JOUR QUOTIENNEMENT. . 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUES. . . . . 3 REGISTRE DE STOCKS PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. . . . . 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)	

MATERIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
04	GANTS EN LATEX	1	2	3
05	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	1	2	3

## SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	<b>VERIFIEZ Q212</b>	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (REPOSE 1 OU 3 EN CERCLÉ)				
	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 EN CERCLÉ)	ALLER A LA SECTION SUIVANTE ←				
921	Est-ce que les <b>PRODUITS CONTRACEPTIFS</b> suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure?  VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALI	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIB AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3	4	5
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3	4	5
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3	4	5
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3	4	5
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3	4	5
06	CONDOMS FÉMININS	1	2	3	4	5
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE	1	2	3	4	5
10	METHODE NATURELLE (CYCLE BEADS FOR STANDARD DAYS METHOD)	1	2	3	4	5

## CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

922	OBSERVER L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKES ET INDIQUER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES	YES	NO
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT AU-DESSUS DU SOL?	1	2
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE L'HUMIDITE?	1	2
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT A L'ABRI DE LA CHALEUR?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉÉ?	1	2
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être perimé", le premier a sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS. .... 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS. .... 2 NON. .... 3	
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçues, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui?  DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSER' AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNE! 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QU 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUES. .... 4 6	

SERVICES DE SANTE INFANTILE

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS (Strategies avancees)

1000	<p><b>VERIFIEZ Q102.01</b>                  SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS <input type="checkbox"/></p> <p>SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE ←</p>
------	--	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure, et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure, <i>et combien de</i> de jours par mois dans la communauté.		
	<p><b>SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (STRATEGIE AVANCEE:Point de Vaccination)</b>                  (UTILISER MOIS 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)</p>	(a)	(b)
		# DE JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	# DE JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Nombre de jours de vaccination organisee)Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES
02	Vaccination Polio	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES
03	Vaccination Rougeole	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES
04	Vaccination BCG	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES
04A	Vaccination Fievre Jaune	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES	# DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> 00=PAS DE SERVICES

## SECTION 11:SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

1100	<b>VERIFIEZ Q102.02</b> SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/> PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) ←
------	---

DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont fournis dans cette structure, et le nombre de jours par mois dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE
01	Suivi de la croissance de l'enfant	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>
1102	Est-ce que les directives pour le suivi de la croissance de l'enfant sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI NON.....	1 2 → 1104
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE	
		(B) FONCTIONNEL	
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
		PAS DISPONIBLE	OUI NON NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250g )	1 → b	2 → b
		3 02 ←	1 2 8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100g )	1 → b	2 → b
		3 03 ←	1 2 8
03	TOISE	1 → b	2 → b
		3 04 ←	1 2 8
04	RUBAN DE MESURE POUR LA CIRCONFERENCE	1	2 3
05	COURBES DE CROISSANCE	1	2 3

REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

## SECTION 12: SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	<b>VERIFIEZ Q102.03</b> SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>		SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DELIVRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
1201	Veillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont délivrés dans cette structure pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE		
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="text"/>		
1202	Veillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, délivrent les services suivants	YES	NO		
01	DIAGNOSTIQUENT ET/OU TRAITENT LA MALNUTRITION INFANTILE	1	2		
02	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A	1	2		
03	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN FER	1	2		
04	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN ZINC	1	2		
1203	Est-ce que les prestataires de services aux enfants malades suivent les directives de la PCIME Communautaire dans les prestati aux enfants de moins de 5 ans?	OUI. .... 1 NON ..... 2			
1204	Est-ce que les directives de la PCIME Communautaire pour le diag gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON ..... 2			→ 1206
1205	Puis-je voir les directives de la PCIME communautaire?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	1 2		→ 1208
1206	Est-ce que d'autres directives pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. .... 1 NON ..... 2			→ 1208
1207	Puis-je les voir ?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	1 2		
1208	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITÉS AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI. .... 1 NON ..... 2			→ 1210
1209	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITÉ, DEMANDER : Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACNSP SYSTEMATIQ	
01	Pesée de l'enfant	1	2	3	8
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1	2	3	8
03	Prise de la température de l'enfant	1	2	3	8
05	Dispensation de conseils sur la santé	1	2	3	8
06	Administration de médicaments et/ou passer un linge mouillé pour réduire la température	1	2	3	8

1210	Je voudrais savoir si les éléments suivant existent dans ce service et sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 100 gr)	1 → b	2 → b	3 03 ↙	1	2	8
03	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 04 ↙	1	2	8
04	Un chronomètre ou une montre affichant les secondes	1 → b	2 → b	3 06 ↙	1	2	8
05	le personnel a des montres qui affichent les secondes	1	2	3			
06	Un mesureur calibré à un 1/2 ou 1-litre pour la SRO	1	2	3			
07	Tasses et cuillères	1	2	3			
08	PACKETS OU SACHETS DE SRO	1	2	3			
09	Au moins 3 seaux (pour laver les tasses)	1	2	3			
10	Table/Lit de consultation	1	2	3			
1211	Veuillez me dire si vous disposez des matériels suivants. SI OUI, DEMANDER A VOIR						
01	Fascicules de tableaux de la PCIME	1	2	3			
02	Cartes d'information des mères sur la PCIME (Carte Conseil)	1	2	3			
03	Autres supports visuels pour éduquer les gardiennes d'enfant	1	2	3			
1212	Est-ce que des informations sanitaires individuelles sur les enfants malades sont conservées dans ce service (par exemple registre, carte ou carnet de santé)			OUI. .... 1 NON ..... 2			→ 1250
1213	Puis-je voir un exemplaire vierge?			OBSERVÉ ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2			

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITER LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REpondANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ, INDIQUER DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>INFORMATIONS GENERALES..... 11</p> <p>PAS VISITE AVANT ..... 31</p>	SECTION SUIVANTE/SERVICE		
1251	<p><b>PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.</b></p>	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3	
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3	
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3	
08	DESINFECTANT [PAR EX., CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-DESTRUCTIBLES	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1052	<p>DECRIBE LE CADRE DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES</p>	<p>SALLE SEPARÉE..... 1</p> <p>AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ</p> <p style="padding-left: 20px;">AUDITIVE ET VISUELLE..... 2</p> <p style="padding-left: 20px;">INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3</p> <p>PAS D'INTIMITÉ..... 4</p>			
<p>REMERCEZ LE REpondANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.</p>					

## SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	<b>VERIFIEZ Q102.04</b>	Fourniture de services pour la PF <input type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF <input type="checkbox"/>
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ←

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE.  
IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PF.  
SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE CETTE ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1302	Est-ce que cette structure <b>fournit</b> (c'est-à-dire, stocke les produits ou bien <b>prescrit, conseille ou réfère</b> les clientes pour l'un des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFÈRE	NON
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3
10	METHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA METHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIER)	1	2	3
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE		2	3
1303	Est-ce que les directives nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1305	
1304	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	→ 1307	
1305	Est-ce ce que d'autres directives en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1307	
1306	Puis-je les voir?	OBSERVÉES. .... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2		
1307	Est-ce qu'il y a des fiches ou des cartes individuelles des clientes qui sont conservées dans ce service ?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1314	
1308	Puis-je voir une fiche vierge ou une carte de cliente	OBSERVÉE. .... 1 RAPPORTÉE, PAS VUE. .... 2		

## EQUIPEMENTS ET MATERIELS

1314	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 02 ↙	1	2	8
05	TABLE GYNECOLOGIQUE / TABLE DE CONSULTATION	1	2	3			
06	ECHANTILLON METHODES DE PF	1	2	3			
07	AUTRES SUPPORTS VISUELS SPECIFIQUES A LA PF [PAR EX. FLIP, CHARTS, DEPLIANTS]	1	2	3			
09	MODELE POUR DEMONTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			

REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.

## SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	<b>VERIFIEZ Q.102.05</b> SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/> ↓	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	--	-------------------------------	--

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE.  
 IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN.  
 SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles faites dans cette structure? Strategies avancees UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
1413	Est-ce que des directives sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1415
1414	Puis-je les voir?  ACCEPTABLE SI FAISANT PART DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. .... 2	
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des clientes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. .... 1 NON. .... 2	→ 1421
1416	Puis-je les voir?	OBSERVÉS ..... 1 RAPPORTÉS, PAS VUS. .... 2	

## EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si les matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DSIPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 ↘	1	2	8
1422	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE			(B) PAS OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTEE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
04	SP / FANSIDARPOUR TRAITEMENT ITERMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
REMERCEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.							

## SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET SOINS AUX NOUVEAU-NES

1600	<b>VERIFIEZ Q102.07</b> FOUNITURE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU SOINS AUX NOUVEAU-NES	PAS DE Fourniture de services pour accouchement normal et/ou soins aux nouveau-nés SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1601	Est-ce qu'une matrone est présente dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24H/24) y compris les weekends, pour procurer ces services?	OUI ..... 1 NON..... 2	

## ACTIVITES ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE

1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, en tant qu'élément de leur travail. Si oui, est-ce que ces services ont été fournis au moins une fois au cours des 3 derniers mois	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1 → b	2 03 ↙	8 03 ↗	1	2	8
04	ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	1 → b	2 05 ↙	8 05 ↗	1	2	8
1605	Est-ce que les directives nationales sur la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, sont disponibles dans ce service?	OUI..... 1 NON ..... 2			→ 1622		
1606	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2					

EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 } 04 ←	1	2	8
04	ASPIRATEUR CATHETER	1 → b	2 → b	3 } 05 ←	1	2	8
05	ASPIRATEUR POIRE	1 → b	2 → b	3 } 06 ←	1	2	8
11	PESE-BEBE	1 → b	2 → b	3 } 12 ←	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir				OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
02	MATERIEL POUR LA DELIVRANCE				1	2	8
03	FILS DE LIGATURE POUR CORDON OMBILICAL//CLAMP DE BARE				1	2	8
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8

1624	Est-ce que cette structure observe <b>systématiquement</b> les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?	OUI	NON	NSP		
01	Poser le bébé sur le ventre de la mère juste après l'accouchement (Peau sur Peau)	1	2	8		
02	Sécher et couvrir les nouveaux-nés pour les réchauffer	1	2	8		
03	commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8		
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8		
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8		
09	Appliquer de la Tétracycline dans les deux yeux	1	2	8		
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8		
11	Donner au nouveau-né le colostrum	1	2	8		
1625	Veuillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) NON OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	SOLUTION DE BETADINE (SOINS DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5

PRECAUTIONS DE BASE

1650	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REpondant DE VOUS LES MONTRER.  SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	INFORMATIONS GENERALES . . . . .	11	SECTION SUIVANTE/SERVICE
		SOINS INFANTILES	13	
PAS VISITÉ AVANT	31			
1651	<b>STANDARD PRECAUTIONS AND CONDITIONS FOR CLIENT EXAMINATION</b>	OBSERVED	REPORTED, NOT SEEN	NOT AVAILABLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
04	POUBELLE (A PEDALE) AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06 ↙	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [PAR EX, CHLORINE, HIBITANE, ALCOOL]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1652	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE	SALLE SEPARÉE . . . . .	1	
		AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE . . . . .	2	
		INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT	3	
		PAS D'INTIMITÉ . . . . .	4	
REMERCEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

## SECTION 17: PALUDISME

1700	<b>VERIFIEZ Q102.08:</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LE PALUDISME  SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
------	---	---

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER POUR LE PALUDISME. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LE PALU. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

1701	Combien de jours par mois, les services concernant le paludisme sont disponibles dans votre structure? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1702	Est-ce que dans cette structure, les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins pour vérifier le diagnostic du paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins toujours ou parfois seulement?	TOUJOURS. .... 1 PARFOIS SEULEMENT. .... 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN KIT AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. .... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE. .... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. .... 3	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME  SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	MARQUE MALARIA/TYPE Ag PF. .... 1 AUTRES _____ 2 PRECISER	
1708	Est-ce que vous possédez d'un manuel de formation, une affiche ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1710
1709	Puis-je voir le manuel de formation, l'affichage ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OBSERVÉ. .... 1 RAPPORTÉ, PAS VU. .... 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme?	OUI ..... 1 NON. .... 2	
1711	Est-ce que les directives nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON. .... 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	→
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI ..... 1 NON. .... 2	→
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES ..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES ..... 2	

REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST 	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LES IST  SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT
------	--	---

1818 DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDIQUER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE CONSEIL DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.

<b>SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:</b>		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE	NSP
01	Sur les IST	1	2	3	8
02	sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
03	sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3	8
04	Posters sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3	8
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3	8
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3	8
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3	8
08	<b>INFORMATIONS QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI</b>	1	2	3	8
09	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3	8
10	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3	8
11	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8
12	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3	8

REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.

## SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	<b>VERIFIEZ Q102.10</b> FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES POUR LA TBC <input type="checkbox"/>	
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
1901	Est-ce que les patients touseurs chroniques sont-ils référés pour la recherche de la tuberculose?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1903
1902	Est-ce que les patients référés pour toux chroniques font-ils l'objet de feed back?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1903	Est-ce que vous participez au traitement directement observé de la tuberculose?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1904	Est-ce que l'information concernant la tuberculose est-elle conservée dans la case?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→300
REMERCIEZ LE REpondant ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'EN OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

## SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE LA STRUCTURE DE SANTE

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LAS CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON
01	<b>LE SOL:</b> BALAYE, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETES OU DE DECHETS	1	2
02	<b>COMPTOIRS DE SERVICE/TABLES/CHAISES:</b> NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIERE OU DE DECHETS	1	2
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/ OU SONT PERCEES	1	2
05	BANDAGES/DECHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2
06	<b>MURS:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉS	1	2
07	<b>PORTES:</b> SERIEUSEMENT ENDOMMAGÉES	1	2
08	<b>PLAFOND:</b> TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2

HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW

REMERCIEZ VOTRE REpondant ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT  
OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.

**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR(TRICE)**

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REpondANT:

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES:

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR**

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU SUPERVISEUR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

PLANIFICATION FAMILIALE

Code de la structure:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		QRE TYPE	<input type="checkbox"/> PF		
Code de l'Enqueteur	<input type="text"/> <input type="text"/>					
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
101	Est-ce que des clients de PF ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→	FIN DE LA REVUE DU CAHIER/REGISTRE/DOCUMENTS		
102	Quel est le nombre total de clients de PF qui ont ete vus dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE DE CLIENTS DE PF: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
103	Est-ce que les registres et documents de PF qui ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante sont disponibles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→	FIN DE LA REVUE DU REGISTRE		
DEMANDER A VOIR LES CAHIERS,REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATION NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9998'. INSCRIRE LES DONNEES DE PLANIFICATION FAMILIALE SUR LES 5 DERNIERS CLIENTS QUI ONT ETE VUS.						
CAHIER/DOCUMENTS DE PLANIFICATION FAMILIALE		CLIENT(E) 1	CLIENT(E)2	CLIENT(E) 3	CLIENT(E) 4	CLIENT(E) 5
104	AGE (EN ANNEE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
105	SEXE ( MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
106	STATUT ( NOUVELLE:1, ANCIEN:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
107	COUNSELING (INITIAL:1, SUIVI:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
108	TYPE DE METHODE DE PF CHOISIE PILULES COMBINEES (OESTRO-PROGESTATIVES) 1 PILULES PROGESTATIVES 2 CONTRACEPTIF INJECTABLE COMBINE (MENSUELEMENT) 3 CONTRACEPTIF INJECTABLE PROGESTESTATIF (POUR 2 OU 3 MOIS) 4 CONDOM MASCULIN 5 CONDOM FEMININ 6 DSPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU) 7 IMPLANT 8 PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULE DU LENDEMAIN) 9 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES 10 CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE 11 VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE) 12 STERILISATION FEMININE 13 METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA) 14 AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME) 15 PAS DE METHODE 16 RIEN VU 98	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
109	CONDUITE TENUE POUR LA METHODE CHOISIE ( FOURNIE:1, REFEREE:2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						

PROMOTION DE LA CROISSANCE

Code de la structure:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	QRE TYPE	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>O</b>	
Code de l'Enqueteur	<input type="text"/> <input type="text"/>					
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
101	Est-ce que des enfants ont ete vus pour le suivi de la de la croissance pendant les 30 derniers jours dans cette case de Sante?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE/CAHIER/DOCUMENTS			
102	Quel est le nombre total d'enfants qui ont ete vus pour le suivi de la croissance dans cette case de sante pendant les 30 derniers jours?	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
103	Est-ce que les registres et documents de la promotion de la croissance qui ont ete vus pendant les 30 derniers jours dans cette case de sante sont disponibles ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ FIN DE LA REVUE DU REGISTRE			
DEMANDER A VOIR LES REGISTRES ET DOCUMENTS POUR RECEUILLIR ET COMPLETER LES INFORMATIONS DEMANDEES CI-DESSOUS. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES, INSCRIRE '9999'. INSCRIRE LES DONNEES DE LA PROMOTION DE LA CROISSANCE SUR LES 5 DERNIERS ENFANTS QUI ONT ETE VUS.						
PROMOTION DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT4	ENFANT 5
104	SEXE ( MASCULIN : 1, FEMININ : 2, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
105	AGE DE L'ENFANT EM MOIS	<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"/> <input type="text"/>
106	POIDS ATTENDU (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
107	POIDS ACTUEL (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
108	ETAT NUTRITIONEL (ROUGE:1, JAUNE :2, VERT:3, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
109	GAIN EN POIDS/ PERTE EN POIDS (EN Kg OU EN GRAMME)EX.3Kg500gr ecrire 03,50 OU 3500	<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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
110	ENGAGEMENTS DE LA MERE ( TOTAL:1, PARTIEL:2, PAS DU TOUT:3, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
111	OBSERVATIONS (CONSEIL:1, SUPPLEMENT:2, REFER:3, RIEN VU:8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR						



Code de la structure:

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

QRE  
TYPE

GEN

Code de l'Enqueteur

--	--

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A				
114	AUTRES SIGNES: (PRECISER)						
<b>TRAITEMENT/CONDUITE A TENIR</b>							
115	TDR (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
116	TDR (POSITIF:1, NEGATIF:2,RIEN VU:8)						
117	ACT (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
118	ANTIBIOTIQUE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
119	ZINC (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
120	SRO/SSS ( OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
121	REFERE (OUI:1, NON:2, RIEN VU:8)						
122	AUTRES : (A PRECISER)						
COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR							





















**Liste des clientes de Consultation Périnatale pour l'Observation/Interview de sortie**

Date 

JOUR		MOIS		ANNEE			

CODE DE LA STRUCTURE			

S'IL Y A PLUS DE 25 CLIENTES , INDIQUEZ SIMPLEMENT LE NOMBRE TOTAL DE PREMIERE VISITE AINSI QUE LE NOMBRE TOTAL DES VISITE DE SUIVIE 

--	--

--	--

	NOM	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVIE
301			
302			
303			
304			
305			
306			
307			
308			
309			
310			
311			
312			
313			
314			
315			
316			
317			
318			
319			
320			
321			
322			
323			
324			
325			

**Liste des clients Enfant Malade et Accompagnateur pour l'Observation/Interview de sortie**

Date 

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

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

  
JOUR      MOIS      ANNEE      CODE DE LA STRUCTURE

S'IL Y A PLUS DE 25 CLIENTS , INDIQUEZ SIMPLEMENT LE NOMBRE TOTAL DE PREMIERE VISITE AINSI QUE LE NOMBRE TOTAL DES VISITE DE SUIVIE 

--	--

--	--

	NOM	PREMIERE VISITE	VISITE DE SUIVIE
201			
202			
203			
204			
205			
206			
207			
208			
209			
210			
211			
212			
213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			
225			

# IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE SANTE

DATE:

				2	0	1	
--	--	--	--	---	---	---	--

JOUR                      MOIS                      ANNEE

CODE ENQUETEUR:

--	--

001 NOM OFFICIEL DE LA STRUCTURE SANITAIRE \_\_\_\_\_

002 LOCALISATION DE LA STRUCTURE (COMMUNE / COMUNNAUTE RURALE) \_\_\_\_\_

003 REGION/PROVINCE \_\_\_\_\_

004 DISTRICT SANITAIRE \_\_\_\_\_

004A\* ARRONDISSEMENT \_\_\_\_\_

004B\* VILLAGE \_\_\_\_\_

005 CODE DE LA STRUCTURE . . . . . 

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

- 006 TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE
- HOPITAL . . . . . 01
  - CENTRE DE SANTE . . . . . 02
  - POSTE DE SANTE . . . . . 03
  - CASE DE SANTE . . . . . 04

- 007 AUTORITE DE GESTION (SECTEUR/ PROPRIETE)
- PUBLIQUE . . . . . 1
  - ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF . . . . . 2
  - PRIVE . . . . . 3
  - PRIVE CONFESIONNEL . . . . . 4

- 008 URBAIN/RURAL
- URBAIN . . . . . 1
  - RURAL . . . . . 2

## COORDONNEES DE LA STRUCTURE

NUMERO DE TELEPHONE DE LA STRUCTURE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE FAX DE LA STRUCTURE: \_\_\_\_\_

ADRESSE E-MAIL DE LA STRUCTURE: \_\_\_\_\_

CONTACT 1 NOM, QUALIFICATION ET TITRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEPHONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

CONTACT 2 NOM, QUALIFICATION ET TITRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEPHONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

CONTACT 3 NOM, QUALIFICATION ET TITRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEPHONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

## COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

RECOPIER LES DONNEES GPS DE LA TABLETTE ICI, DES LA COLLECTE A L'AIDE DE LA CLE USB GPS DONGLE

010 NOM DU WAYPOINT  
(CODE DE LA STRUCTURE)

NOM WAYPOINT

011 HAUTEUR

HAUTEUR .....

012 LATITUDE

N/S ..... a

DEGREES/DECIM b   . c

013 LONGITUDE

E/O ..... a

DEGREES/DECIM b    . c

PRENEZ LES COORDONNEES GPS A L'AIDE DE L'APPAREIL GPS MANUEL EN SUIVANT LES ETAPES SUIVANTES:

POSITIONNER LE GPS

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTRER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VERIFIER QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE DU WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

<p>013A NOM DU WAYPOINT (CODE DE LA STRUCTURE)</p> <p>013B HAUTEUR</p> <p>013C LATITUDE</p>	<p>NOM WAYPOINT <input type="text"/></p> <p>HAUTEUR ..... <input type="text"/></p> <p>N/S ..... a <input type="text"/></p> <p>DEGRES/DECIM b <input type="text"/> <input type="text"/> . c <input type="text"/></p>
<p>013D LONGITUDE</p>	<p>E/O ..... a <input type="text"/></p> <p>DEGRES/DECIM b <input type="text"/> <input type="text"/> . c <input type="text"/></p>

## COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE SANITAIRE

### POSITIONNER LE GPS

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

### SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE SANITAIRE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTRER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VERIFIER QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)	NOM WAYPOINT <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
011 HAUTEUR	HAUTEUR ..... <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
012 LATITUDE	N/S ..... a
	DEGRES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
013 LONGITUDE	E/O ..... a
	DEGREES/DECIM b <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> . c <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

