

République du Guinée
Travail – Justice – Solidarité

Ministère de la Santé

Secrétariat Général

Direction Nationale du Bureau Stratégie et développement

**EVALUATION DU SYSTEME D'INFORMATION
SANITAIRE DE ROUTINE AVEC L'APPROCHE ET LES
OUTILS PRISM
RAPPORT**

Juin 2014



Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES	2
I. INTRODUCTION	Error! Bookmark not defined.
__Aperçu sur le Système d’information sanitaire de Guinee	
II. BUT ET OBJECTIFS	4
2.1. But	4
2.2. Objectif général.....	4
2.3. Objectifs spécifiques	4
III. CADRE DE L’EVALUATION	4
IV. METHODOLOGIE	7
4.1. Conception de l'étude	7
4.2. Cadre de l'étude	7
4.3. Echantillonnage.....	7
4.1 Criteres de jugement de la performance.....	8
4.1.1 Qualité des données	8
4.1.2. Utilisation de l’information	9
4.2. Collecte des données	9
4.3. Mise en Œuvre	9
4.4. Sources des données.....	9
4.5. Considérations éthiques	10
4.6. Traitement et Analyse des données	10
V. RESULTATS	10
5.1. Niveau central (BDS/SIS)	12
5.2. Niveau région	22
5.3. Niveau district	33
5.4. Niveau des formations sanitaires.....	44
VI. Discussion et conclusions.....	59
6.1. Discussion.....	59
6.2. Conclusion :	70
VII. Recommandations	71
7.1. Interventions techniques	71
7.2. Interventions comportementales et organisationnelles	72
7.3. Recommandations générales.....	72
Annexe A : Questionnaires PRISM	74
Annexe B : Formules de calcul des Indicateurs.....	141
Annexe C : Liste des participants de l’enquête du SIS	153

SIGLES ET ACRONYMES

SIGLES ET ACCRONYMES	SIGNIFICATION
BSD	Bureau Stratégie et développement
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CMC	Centre Médical communal
DPS	Direction préfectorale de la sante
DRS	Direction régionale de la sante
FS	Formation sanitaire
HMN	Health Metrics Network/ Réseau de Métrologie sanitaire
HP	Hôpital préfectoral
HR	Hôpital régional
MAT	Management Assessment Tool
MEASURE	Monitoring and Evaluation for Assessment Use and Result
OBAT	Organizational and Behavioral Assessment Tool
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRISM	Performance of Routine Health Information System Management
RTA	Rapport Trimestriel Activité
SIS	Système d'Information Sanitaire
SISR	Système d'Information Sanitaire de Routine
USAID	United States Agency for International Development

I. Introduction :

Dans le cadre de l'Initiative mondiale de la Santé, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) mission en Guinée a demandé l'assistance technique de MEASURE Evaluation pour évaluer le système d'information de gestion de la santé guinéen. À cette fin, MEASURE Evaluation propose une évaluation du SISR en utilisant la performance du système d'information avec l'approche PRISM et ses outils et favoriser l'élaboration d'un plan de renforcement de Système d'Information sanitaire de routine (SISR) pour remédier aux faiblesses qui seront relevées.

- Aperçu sur Système d'information de la Guinée:

Guinée est l'un des rares pays qui n'a pu bénéficier de l'appui du Réseau de métrologie sanitaire (HMN) pour mener l'évaluation du système d'information sanitaire (SIS) et à ce titre manque d'un document de planification stratégique du SIS pour adresser les priorités actuelles et futures du SIS. Jusqu'à récemment, les données des formations sanitaires santé de l'établissement étaient collectées par le système d'information sanitaire sur Excel à partir du district. Actuellement, le SIS est soutenu par l'Union européenne avec un accent mis sur le développement d'une base de données nationale. Le SIS est mise en œuvre à travers la Pyramide sanitaire allant de l'établissement de santé avec un support papier au niveau DPS, région sanitaire puis national avec une base de données.

Avec l'absence d'une base de données fonctionnelle pour aider à gérer les données de santé au niveau du district, le SISR nationale ne pouvait pas fournir des informations de qualité nécessaires à la prise de décision. En 2008, le Fonds mondial a soutenu l'évaluation du SISR en utilisant une partie de la démarche d'évaluation de HMN et quelques outils qui a révélé l'inefficacité de la SISR existant. Cette inefficacité se traduisait par les points suivants:

- la non publication de l'annuaire de santé en temps opportun;
- Insuffisance contenu du répertoire de la santé en matière de besoins d'information ;
- l'exhaustivité des données faible et la rapidité ;
- Absence de processus de vérification des données ;
- Indisponibilité et l'inaccessibilité des données de santé à jour ;
- insatisfaction (les programmes de santé, de partenaires techniques et financiers) des utilisateurs de données de santé ;
- Ne pas diffuser et utiliser les données.

En outre, de nombreux programmes de santé verticaux financés par d'autres bailleurs de fonds ont leurs propres systèmes d'information. Ces différents systèmes ont des fréquences différentes de reportage avec généralement le même personnel, qui est mis à l'épreuve constituant ainsi un lourd fardeau sur les collecteurs de données et conduisant ainsi à des données moins précises.

Face à ces défis, décrits ci-dessus, MEASURE Evaluation et le BSD ont décidé de conduire une évaluation de la performance du système d'information sanitaire ou système d'information sanitaire de routine de Guinée. Cette évaluation de la performance utilisera l'approche et les outils de PRISM pour identifier les domaines prioritaires du SIS pour des interventions spécifiques et ciblées de renforcement.

En effet, le cadre de PRISM (Performance Routin Information System Management) développe des définitions opérationnelles de la performance SLIS en terme de qualité et de niveau de l'utilisation de l'information dans un premier temps et puis en suite il permet de couvrir les volets suivants, (a) la confiance des agents du SISR de réaliser les tâches reliées au SISR, (b) le niveau de compétence de ces agents dans la réalisation des tâches spécifiques de SISR, (c) la transmission, l'exactitude, la complétude des données, (d) la demande de données du

SLIS (e), la résolution des problèmes, et (f) une culture de l'information etc.

Le cadre de PRISM est la première approche à offrir des tests empiriques des relations entre la performance du SISR et les facteurs techniques, comportementaux, organisationnels et les processus du SISR. Il crée des opportunités pour déterminer si les déterminants de la performance agissent directement, ou indirectement à travers les déterminants comportementaux, les processus SISR, ou si ils interagissent les uns sur les autres pour influencer la performance SISR.

Face à ces défis, décrits ci-dessus, USAID/Guinée (à travers MEASURE Evaluation) et le bureau stratégie et développement du Ministre de la santé et de l'hygiène publique ont décidé de conduire une évaluation de la performance du système d'information sanitaire de routine (SIS) . Cette évaluation de la performance du SIS a utilisé l'approche et les outils de PRISM pour identifier les domaines prioritaires du SIS pour des interventions spécifiques et ciblées de renforcement.

II. BUT ET OBJECTIFS

2.1 But

Le but de cette étude est de contribuer à l'amélioration des performances du Système Locale d'Information Sanitaire (SIS) de Guinée.

2.2 Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'évaluer le niveau de performance du SIS/Guinée (qualité des données et utilisation de l'information pour la prise de décision) et formuler des recommandations en vue de son renforcement.

2.3. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette évaluation sont de :

- Evaluer les processus du SIS en termes de collecte, transmission, traitement, analyse, présentation et vérification des données ainsi que la rétro information
- Evaluer les intrants ou déterminants du SIS en termes de facteurs techniques, organisationnels et comportementaux
- Identifier les contraintes majeures à l'amélioration de la performance du SIS
- Formuler des recommandations en vue améliorer les pratiques et corriger les faiblesses identifiées.

III. CADRE DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation est basée sur le cadre conceptuel développé pour améliorer la Gestion des Système d'Information de Routine (PRISM¹). Les outils du PRISM permettent aussi bien de mesurer la performance du SISR de routine en termes de qualité des données (exactitude, exhaustivité, promptitude des rapports...) et d'utilisation des informations) mais également d'identifier les déterminants organisationnels, techniques et comportementaux qui influencent la performance du SISR (Figure 1). La finalité de ce cadre conceptuel est de formuler des recommandations pour améliorer le SIS en se basant sur les constats et les analyses.

¹ Performance of Routine Information System Management

En effet, le cadre PRISM développe des définitions opérationnelles de la performance du SIS en termes de qualité et de niveau de l'utilisation de l'information dans un premier temps, ensuite il permet de couvrir les volets suivants , (a) la confiance des agents du SIS à réaliser les tâches reliées au SIS, (b) le niveau de compétence de ces agents dans la réalisation des tâches spécifiques de SIS, (c) la transmission, l'exactitude, et la complétude des données, (d) la demande de données du SIS (e), la résolution des problèmes, et (f) une culture de l'information notamment l'analyse et la prise de décision etc.

Le cadre de PRISM est la première approche à offrir des tests méthodiques rigoureux de mesures des relations entre la performance du SIS et les facteurs techniques, comportementaux, organisationnels et les processus du SIS. Il crée des opportunités pour déterminer si les déterminants de la performance agissent directement, ou indirectement à travers les déterminants comportementaux, sur le processus SIS, ou s'ils interagissent les uns sur les autres pour influencer la performance du SIS.

La vision du PRISM s'appuie sur une réflexion approfondie des SISR et un principe d'amélioration continue de leurs performances. Cette démarche donne aux différents acteurs de tous les niveaux l'occasion d'apporter leur contribution à une meilleure gestion et à une amélioration continue de la performance du SIS. Ceci permet d'atteindre des objectifs/niveaux de performance ambitieux, mais réalisables tout en en accroissant la motivation.

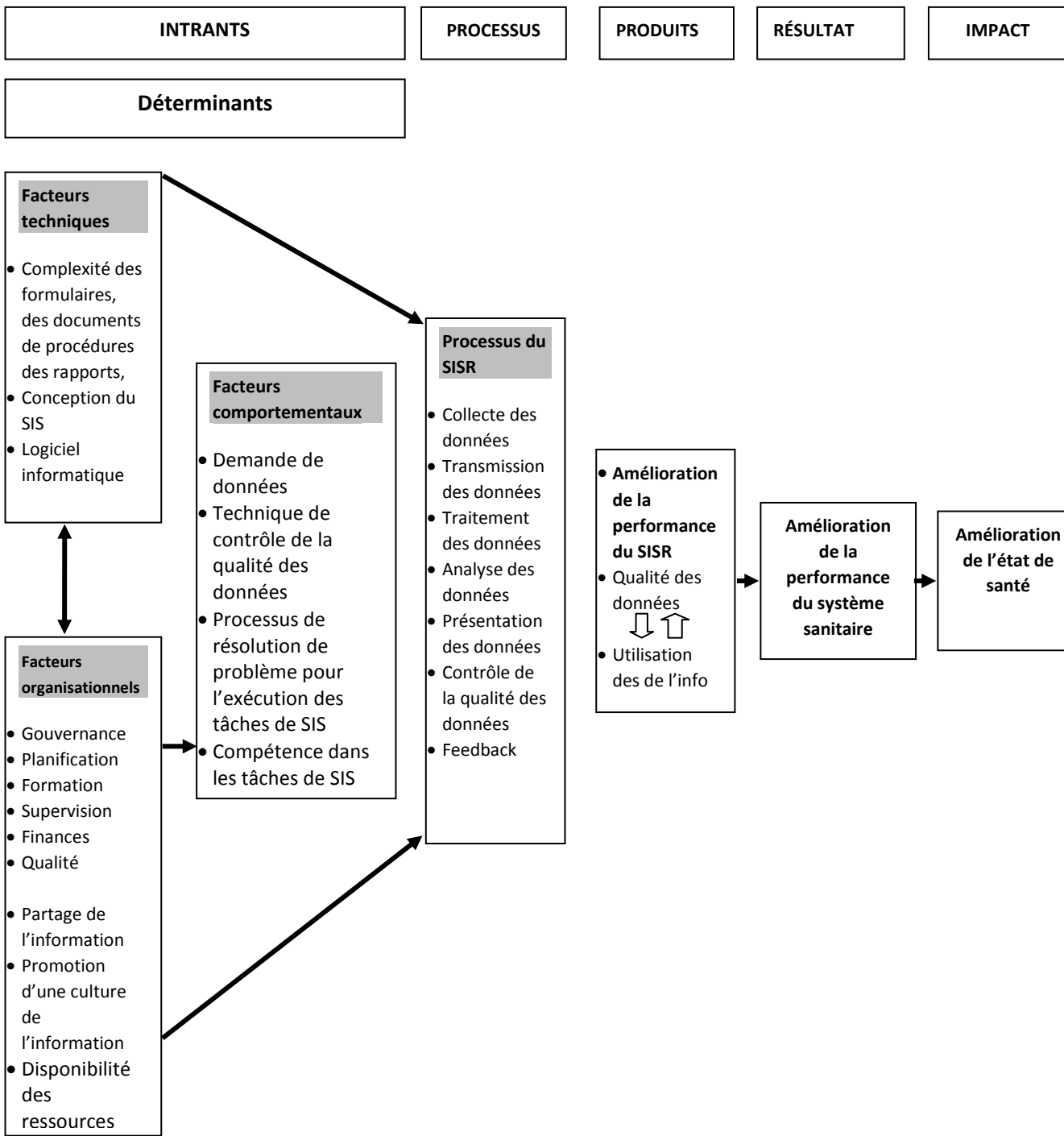


Figure 1 : Cadre PRISM (Performance en matière de gestion courante des systèmes d'information)

IV METHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête transversale du SISR avec l'outil PRISM DEAT qui déterminera le niveau de la performance du SISR et les influences possibles des différents déterminants sur cette performance. Des méthodes quantitatives et qualitatives seront utilisées pour la collecte des données.

4.1. Conception de l'étude

L'évaluation est une étude transversale d'observation et d'entretien. Quelques questions ouvertes seront utilisées pour évaluer les contraintes qui empêchent une meilleure performance du SISR.

4.2. Cadre de l'étude

L'évaluation sera menée au niveau central, des provinces sanitaires, districts et des formations sanitaires du pays.

4.3. Echantillonnage

La méthodologie adoptée est celle des choix raisonnés, combinée à un tirage aléatoire sans remise à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (régional, districts et Formation sanitaires).

- Niveau central

Le niveau national sera représenté par le BSD car elle coordonne les activités du SISR au niveau national.

- Niveau régional

Les régions seront sélectionnées de façon à représenter tout le pays. C'est ainsi que entre la région de Mamou et de Labé, une d'entre elle sera sélectionnée de façon aléatoire et le même raisonnement sera appliqué pour les régions de Kankan et Faranah d'une part et de Kindia et Boké D'autres part. par contre la région spéciale de Conakry et celle de Nzérékoré seront systématiquement choisies

- Niveau des districts

Un total de deux (2) districts sera retenu par région sélectionnée. De préférence, les districts, chef-lieu de région seront systématiquement choisis du fait qu'ils renferment les établissements sanitaires de référence un avec un volume important d'activités. Un autre district sera sélectionné par tirage aléatoire simple sans remise sur le reste des districts de la région sélectionnée. Dans chaque district, le service en charge de la gestion des données sera visité ainsi que le responsable du district.

- Niveau des formations sanitaires

Dix formations sanitaires (CS et Hôpitaux) seront aléatoirement sélectionnées par districts. A ce niveau également, on veillera à retenir le plus grand site systématiquement ainsi que l'hôpital préfectoral alors que les autres sites seront sélectionnés de façon aléatoire pour compléter la liste. Si pour une raison ou pour une autre un district ne referme pas les dix formations sanitaires requises, des sites additionnels seront sélectionnés dans le district voisin pour compléter la liste des formations sanitaire de ce district.

4.4. Critères de jugement de la performance

4.1.1 Qualité des données

La qualité des données tenait compte de la complétude et de l'exactitude ainsi que de la promptitude (seulement à partir du District).

L'exactitude

Dans cette étude, 4 indicateurs ont été sélectionnés pour vérifier l'exactitude des données :

- **Au niveau formation sanitaires**, l'exactitude des éléments de données a été mesurée en comparant les données des registres (recomptage) avec celles mentionnées dans les rapports déjà confectionnés au niveau de ces derniers. L'exactitude était jugée bonne si le rapport entre les 2 données restait entre 80% et 120% (soit une tolérance de 20). Pour l'exactitude, il s'agissait de calculer la proportion des formations sanitaires qui satisfaisaient au critère préétabli.
- **Aux niveaux du District, de la région et niveau central**, l'exactitude des données a été mesurée en comparant (a) les données existant dans les rapports reçus des formations sanitaires à celles retrouvées dans la base de données RAMIS ou le rapport compilé au niveau du District, et (b) les données contenues dans les bases de données des niveaux intermédiaires district ou région et celles compilées des niveaux immédiatement supérieurs (régions ou Central).

La complétude

La complétude a été approchée différemment selon le niveau auquel on se trouvait. Au niveau des formations sanitaires, elle se référait au niveau de complétude des éléments de données du rapport mensuel, alors qu'au niveau plus élevé, elle se référait à la proportion de rapports disponibles par rapport au nombre total de rapports attendus.

- **Au niveau des formations sanitaires** : la vérification de la qualité du remplissage des rapports a été faite en comparant le nombre d'items qui devaient être renseignés et le nombre d'items réellement renseignés. Le remplissage du rapport était jugé bon si au moins 80% des items qui devaient être remplis l'ont été. La complétude calculée correspond à la proportion d'établissements sanitaires qui ont un bon remplissage des rapports. La complétude globale sur les 3 mois était estimée par la moyenne des complétudes sur les 3 mois. Au niveau des Formations sanitaires, la qualité des données a été appréciée en prenant en compte l'exactitude et la complétude du remplissage des rapports.

Aux niveaux Districts, Régional et Central, les complétudes dans la transmission des rapports étaient calculées sur la proportion des rapports rendus sur le total attendu avec une tolérance de 10%.

La promptitude

La promptitude du rapportage a été évaluée dans un délai de 05 jours après la fin du mois précédent pour les formations sanitaires, 10 jours après pour la DRS et 15 jours après pour le BDS (conformément aux directives du SIS). Une promptitude est donc jugée bonne si le nombre de rapports transmis à temps sur le nombre de rapports attendus est supérieur à 80%

4.4.1 Utilisation de l'information

Le score global de l'utilisation est une moyenne des scores agrégés qui est calculé pour l'ensemble des niveaux après la revue du contenu des comptes rendus des réunions disponibles selon les critères suivants :

- Discussions sur la gestion du SIS (la qualité des données, le reportage, la promptitude du reportage) et sur les résultats du SIS (utilisation des services, surveillance, couvertures de services, ruptures de stocks de médicaments ...);
- Prises de décisions basées sur les discussions et le suivi de la mise en œuvre des décisions
- Référence de questions/problèmes liés au SIS au niveau régional/national pour que des actions soient entreprises.

4.5. Collecte des données

La collecte des données a été faite avec les 4 outils du PRISM (diagnostic de la performance, liste de contrôle, outil d'évaluation organisationnelle et comportementale et l'outil d'évaluation de la gestion) décrits plus haut. Les méthodes de collecte de données qui ont été utilisées incluent: les entretiens structurés, les observations, l'exploitation de documents, l'exploration de bases de données informatisées et les tests écrits. Les entretiens ont concerné les responsables des structures et/ou les personnes impliquées dans la gestion des données. Les documents examinés étaient les registres de consultation, les rapports mensuels du SIS, les comptes rendus de réunion, les rapports d'analyse, les documents affichés et tout autre document ayant un rapport avec la mise en œuvre du SLIS. Pour les bases de données, il s'agissait principalement de la base de données nationale (RAMIS). Les personnes interrogées ont été également soumises à un test écrit pour évaluer leur niveau de compétence dans la réalisation des tâches du SISR.

Outils de Collecte (voir ANNEXES A :-A1 à A-A11)

Les outils diagnostic de la performance, la liste de contrôle, et l'évaluation de la gestion les questionnaires concernaient toute la structure visitée en tant qu'entité (BSD avec Unité SIS, DRS, District et CS/HP/HR/CMC). Quant à l'outil d'évaluation organisationnelle et comportementale, il était destiné aux individus (au moins 1 personne pour chaque structure visitée). Le questionnaire OBAT a été modifié pour les aspects liés à la compétence et le niveau des connaissances des agents pour uniquement le personnel de l'Unité centrale (BSD) qui avait déjà pris connaissance des résultats du codage lors de la collecte des données des niveaux Formation sanitaire District et régions.

Les données quantitatives et qualitatives étaient collectées sur supports papiers par les évaluateurs. Ensuite, les données collectées étaient vérifiées par l'évaluateur sur le lieu même en se servant d'une liste de contrôle préparé à cet effet. Avant de quitter la structure l'évaluateur devait contrôler le remplissage des questionnaires et les faire valider par le superviseur.

4.6. Mise en Œuvre

La mise en œuvre de l'évaluation s'est déroulée selon le calendrier suivant :

- Formation des Evaluateurs 25-28 Février 2014
- Pré-test des outils : 28 Février 2014
- Recueil des données sur le terrain : 3 Juin au 15 Juin 2014
- Analyse des données et rapports préliminaires (Mars -Mai2014)
- Rédaction du rapport final Juin 2014

Les équipes étaient constituées essentiellement du personnel de MEASURE Evaluation, de la BDSSIS, Statview International, et de quelques médecins.

4.7. Sources des données

- a. Au niveau de la BSD/SIS

- Base de données National « RAMIS»
- Rapports mensuels SIS des régions pour les périodes concernées
- le ou les gestionnaire(s) de la base de données
- un rapport national (annuaire statistiques/autres document national)

b. Au niveau des régions

- Base de données « RAMIS»
- Sources d'informations disponibles (rapports mensuels SIS des Districts
- Le directeur régional et le chargé SIS

c. Au niveau des District

- Base de données « RAMIS»
- Rapports mensuels SIS des Formations sanitaires (CMC, HP, HR, CS) pour les périodes concernées
- le médecin chef du District et le chargé SIS

d. Au niveau des formations sanitaires

- Rapports mensuels d'activités du SIS (document papier et/ou informatisé)
- Registres de consultations des services cibles des formations sanitaires pour les périodes retenues
- Le chef de la formation sanitaire et les responsables d'unité

4.8. Considérations éthiques

Les noms des personnes interrogées au cours de l'évaluation ne seront pas cités dans les rapports et les résultats seront agrégés pour le niveau central, les régions, Districts et formations sanitaires

Immédiatement après la saisie des données, les noms des individus ont été rayés des questionnaires. Les noms n'ayant uniquement servi qu'au contrôle de la qualité du remplissage du questionnaire pour améliorer la qualité de l'évaluation.

4.9. Traitement et Analyse des données

Toutes les fiches d'enquêtes ont fait l'objet d'une saisie simultanée par les enquêteurs et entièrement contrôlées après l'enquête. L'outil PRISM développé par MEASURE Evaluation (DEAT PRISM) a été utilisé pour enregistrer et analyser les données recueillies. La façon dont les différents indicateurs ont été calculés notamment ceux faisant une synthèse de plusieurs questions est présentée en annexe. Tous les indicateurs ont été exprimés en pourcentage ou sur échelle de 0-100 pour faciliter l'interprétation des résultats.

Limites de l'évaluation

Bien que l'étude ait permis de comprendre les vrais enjeux du renforcement du SIS et de capturer la performance du SISR, elle ne capture pas tous les éléments de détails. Des enquêtes qualitatives pourraient aider à comprendre le pourquoi de certains résultats ou comportement du personnel.

V. RESULTATS

- Caractéristiques démographiques des répondants

Sur le plan descriptif, notons que l'unité centrale du BSD/SIS, 5 directions régionales de santé, 10 bureaux de Districts sanitaires et 95 formations sanitaires ont été visitées.

Les trois questionnaires institutionnels (Outils diagnostic, outils d'évaluation de la gestion et la liste de contrôle pour l'évaluation des ressources disponibles) ont été administrés à l'ensemble des structures visitées. Les 341 agents du

Ministère de la Santé qui ont répondu au questionnaire sur les comportements et l'organisation se répartissent comme suit : 5 au niveau de l'unité centrale du BSD/SIS, 11 au niveau régional, 34 dans les Districts sanitaires et 291 dans les formations sanitaires

Table 1: Caractéristiques démographiques des répondants de l'OBAT

NIVEAUX	NOMBRE			AGE MOYEN		AGE MOYEN (H+F)
	H	F	TOTAL	H	F	TOTAL
SIS	4	1	5	55	60	56
Régions	8	3	11	57	36	53
Districts	23	11	34	54	53	53
FS	151	140	291	46	44	45
Total	186	155	341	48	45	46

L'âge moyen global des acteurs était de 46 ans et les âges moyens par niveau variaient en diminuant du niveau central (56 ans) vers le niveau périphérique (45 ans) en passant par 53 ans pour la région et le District. Les femmes semblaient légèrement moins âgées que les hommes sur l'ensemble des strates à l'exception du niveau central.

Table 2: Statistiques sur le nombre moyen d'années d'expérience avec le SISR

Niveaux	Homme	Femme	Ensemble
BDS	10	7	9
Régions	9	7	8
Districts	13	12	12
FS	12	10	11
Ensemble	11	10	11

Le nombre moyen d'années d'expérience dans le SNIS des agents interrogés ne varie pas beaucoup selon le niveau considéré: 12 ans au niveau district, 11 au niveau des Formations sanitaires et respectivement 9 et 8 ans pour le niveau central et régional. .

Constats sommaires : L'enquête a été menée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour des problèmes d'archivage l'exactitude des données n'a pu être vérifiée au niveau régional qu'à la Direction régionale de la ville de Conakry (DSVCO) qui été la seule région à fournir une base de données RAMIS ou des rapports compilés.

Pour l'exactitude des données au niveau des formations sanitaires, il n'a pas été possible de la mesurer à certains endroits. Les structures de références même si elles offrent les services de Consultations prénatales (CPN) et de vaccination n'ont pas ces rubriques représentées dans leur canevas de rapport mensuels. Le tableau suivant donne les informations relatives au nombre total de formations sanitaires pour lesquelles l'exactitude a été effectivement mesurée par période et pour chacun des cinq indicateurs ciblés par l'évaluation.

Table 3: Distribution du nombre de formations sanitaires ayant bénéficié d'une mesure d'exactitude pour les cinq indicateurs choisis.

Indicateurs	Juin 2013	Septembre 2013	Décembre 2013
Nombre de 1^{er} Contacts ou consultants	95	95	95
Nombre de 1ere CPN	88	88	88
Nombre d'accouchement au niveau FS	94	93	95
Nombre de naissances vivantes au niveau FS	94	93	95
Nombre de doses de vaccins Penta 3 reçus < 1 an	87	86	86

5.1. Niveau central (BDS/SIS)

5.1. 1. Performance du système d'Information sanitaire

5.1.1.1. Qualité des données : le niveau de la qualité des données est faible au niveau central. La complétude et la promptitude des rapports sont loin d'être satisfaisants au regard des critères qu'on s'est fixés. L'exactitude des données saisies provenant des rapports des DPS et Hôpitaux indique un défaut d'exactitude pour les données relatives à la dose de vaccin Penta 3 administrée aux enfants de moins de 1 an, et au nombre de premier contacts ou nouveaux consultants et ce pour l'ensemble des trois mois considérés. L'exactitude était aussi mauvaise pour le nombre de naissances vivantes au niveau des formations sanitaires pour le mois de septembre, celle des accouchements au CS ou HP en Juin 2013 ainsi que celle du nombre de 1ere CPN pour le mois de Décembre (Fig 2).

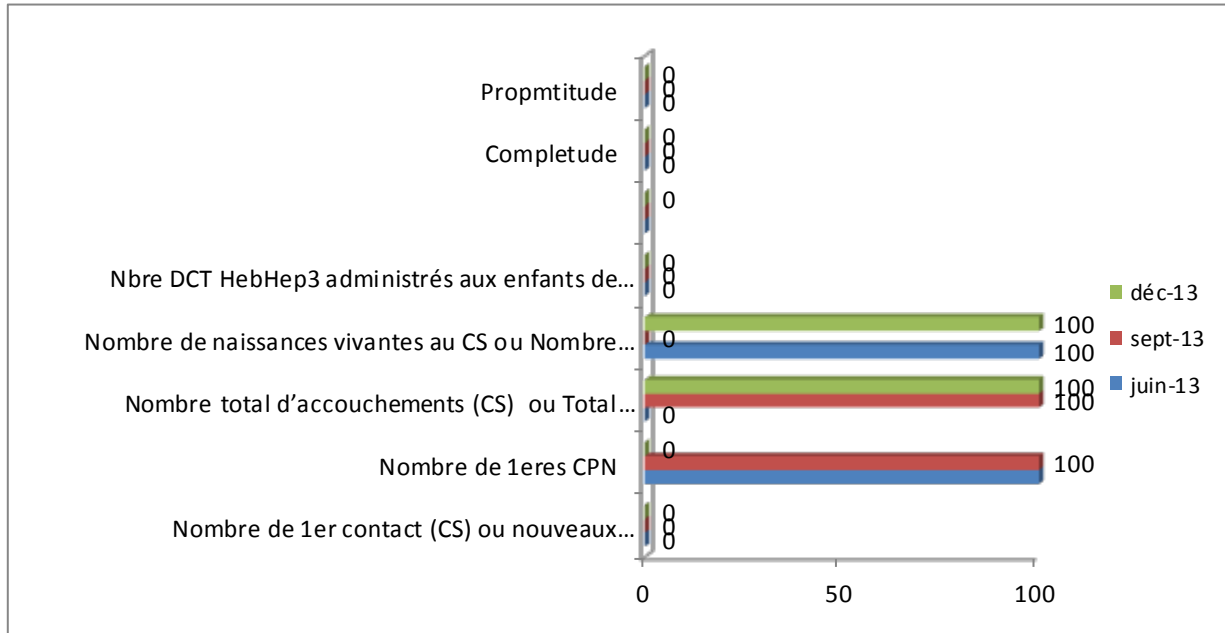


Fig 2 : Exactitude, complétude et promptitude des éléments de données en accord avec critères spécifiés.

Type d'affichage et statut sur la mise à jour :

Nous n'avons pas observé d'affichage du tout au niveau central, quel que soit le type de service (santé de la mère, santé de l'enfant, l'utilisation des services et la surveillance des maladies).

Types d'analyse au niveau Central

Des analyses pertinentes sont faites telle la comparaison des indicateurs entre les DRS et les services et la comparaison des indicateurs dans le temps. Tous les aspects genre ne sont pas pris en compte (Fig 3).

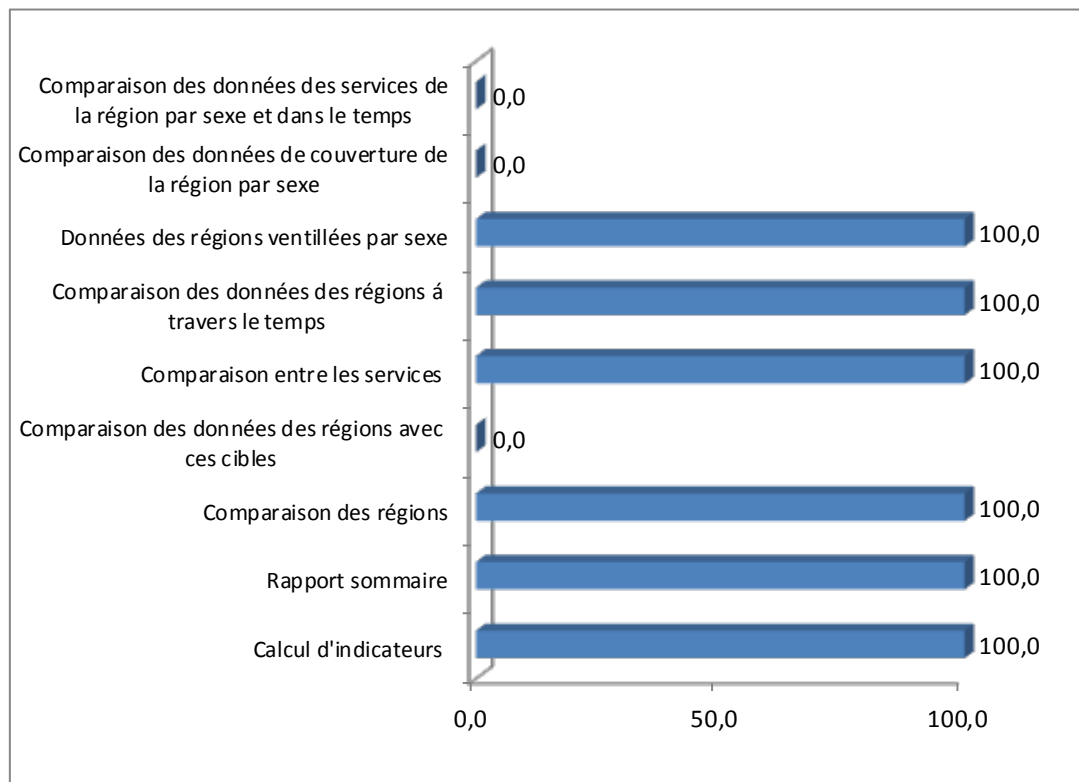


Fig 3 : Proportions des types d'analyses effectués au niveau Central

- 5.1.1.2. Utilisation de l'Information

L'utilisation des données n'a pu être confirmée au niveau central par défaut de disponibilité des PV de réunion qui constituent la preuve de la tenue des discussions sur les données, ces discussions étant généralement suivies de prises de décisions et de leurs mises en œuvre.

- Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau Central

Bien que nous n'ayons pas observé des exemples de bonnes pratiques décrits dans les rapports récents, les directives sur la promotion de l'utilisation de l'information et l'existence d'un bulletin d'information sur le promotion de l'utilisation des données, la promotion globale de l'utilisation de l'information est de l'ordre de 25% (Fig 4).

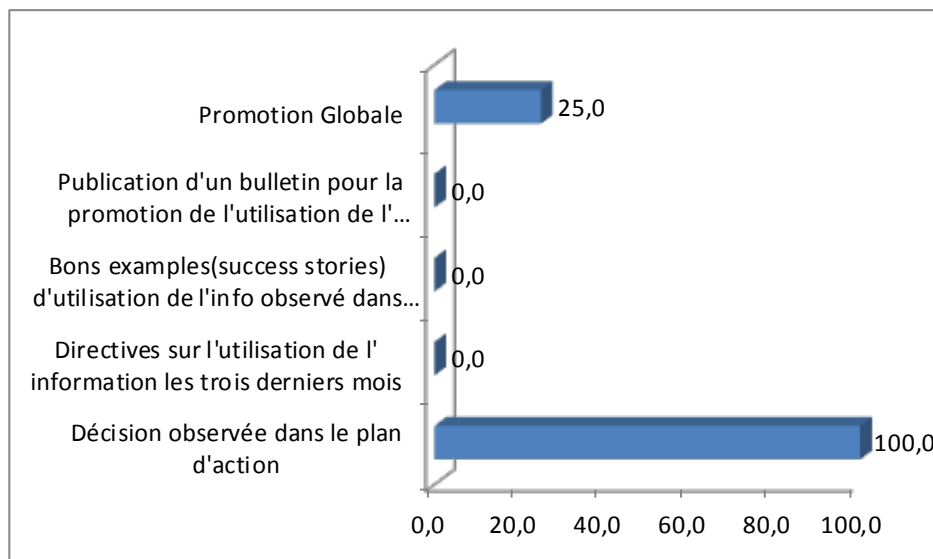


Fig. 4: Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau Central

- **Discussions et prise de décisions sur les questions liées au genre** : Les déclarations faites indiquent que les discussions sur les questions liées au genre ont lieu au niveau central, mais sans que des décisions spécifiques relatives au genre n'aient été prises (Fig 5).

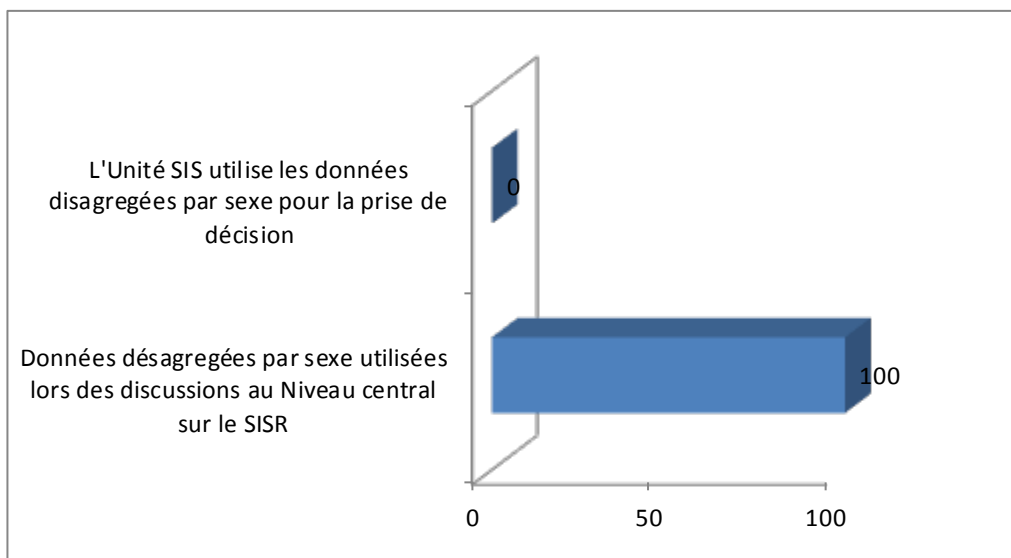


Fig 5: Distribution des discussions et prises de décisions sur les aspects genre au niveau Central

5.1.2. Déterminants de la performance du SISR

5.1.2.1. Déterminants Techniques au niveau central

Les forces des déterminants techniques se résument en terme de faciliter de gestion des technologie de l'information et le fait que le système mesure sa propre performance à travers le RAMIS. Par ailleurs, les points faibles observés tournent autour de l'absence de manuel de procédures de gestion des données, le fait que l'application RAMIS n'intègre pas toutes les données du système de santé, l'existence de multiples

sous-systèmes d'information contribuant soit à la duplication ou à la fragmentation de l'information sanitaire et l'existence des formulaires de rapports mensuels jugés pas très facile à utiliser (Fig 6).

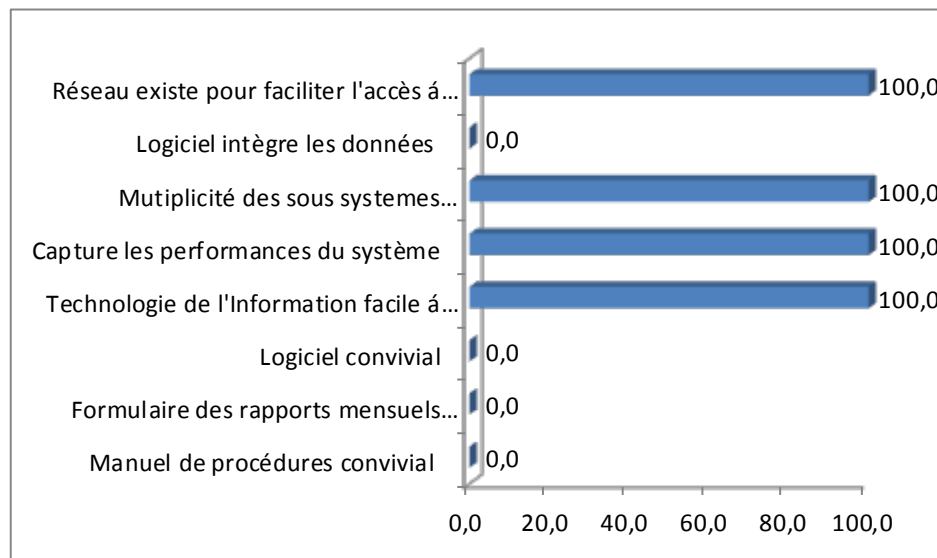


Fig 6: Distributions des différents éléments des déterminants Techniques au niveau Central

Sur les quatre agents interrogés du niveau central sur le RAMIS, deux (2) ont accès au RAMIS et ont été formés à son utilisation. Une personne sur les 4 interrogées était capable de faire des saisies de données, de faire des états et de générer les rapports mensuels sans assistance.

5.1.2.2 Déterminants organisationnels

Fonction critiques de gestion du SISR :

Les scores des six (6) fonctions critiques de gestion et de support au SISR indiquent un niveau moyen pour la planification (67 sur une échelle de 0-100), faible pour la gouvernance (50 sur une échelle de 0-100) et très faibles pour la formation (25). On note une absence notoire des autres fonctions de support telle la qualité, la supervision et les finances (Fig 7).

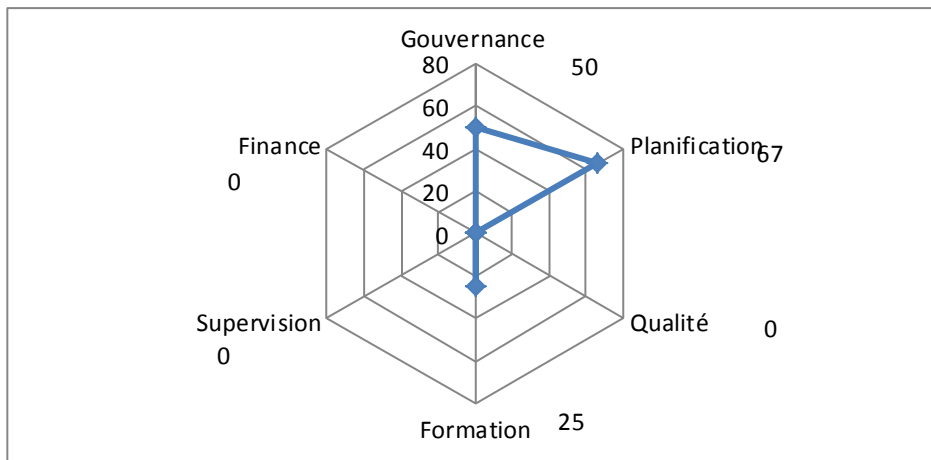
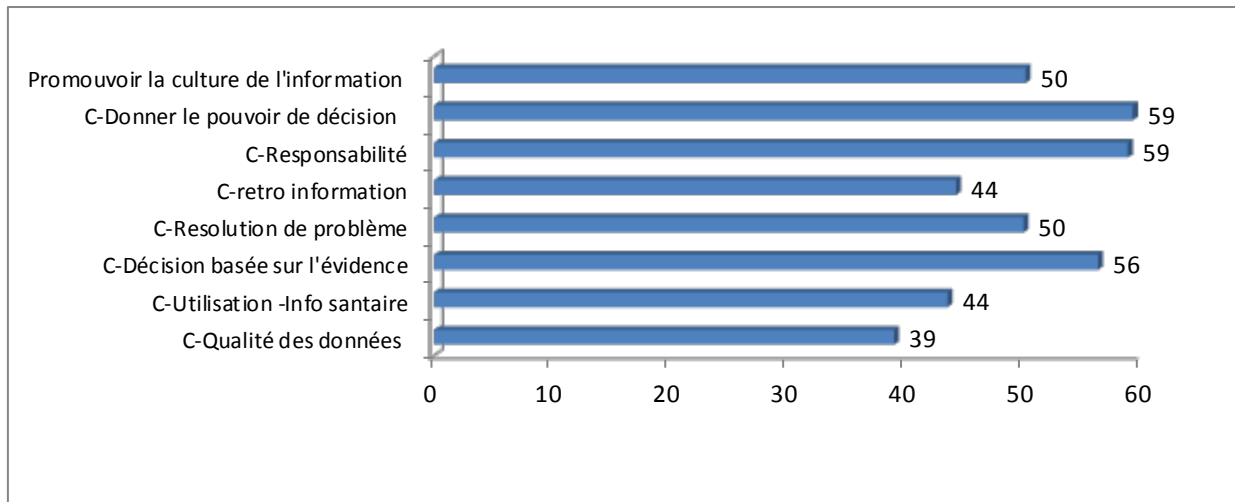


Fig 7: Scores moyens des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau CENTRAL

- **Promotion de la culture de l'information** : toutes les dimensions de la culture de l'information indiquent un niveau moyen avec des grands écarts à combler de l'ordre de 41 à 60% selon les déterminants de la promotion de la culture. Le niveau moyen global est de l'ordre de 50% (Fig 8).



- Fig 8: Comparaison entre les différents scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'Information au Niveau Central

- **Ressources matérielles au niveau central**

Il a été observé une disponibilité des ressources de base au niveau national en termes d'ordinateurs, d'imprimantes, outils de sauvegarde et téléphone mobile. Le reste du matériel tel l'onduleur et le générateur et autres font défaut.

Table 4 : Distribution des ressources matérielles

Nombre de matériels disponibles

Matériels	0	1	>=2
Ordinateur	0	0	X
Sauvegarde	0	X	
Imprimante	0	0	X
Onduleur	X	0	0
Générateur	X	0	0
Téléphone régulier	X	0	0
Téléphone mobile	,	X	0
Radio phone	X	0	0
Internet	0	X	
Calculatrice	X	0	0

- **Ressources humaines** : Sur les quatre médecins rencontrés, seul un a bénéficié des formations sur le SISR. On remarque également qu'un sur les deux agents de saisie a été formé. (Table 4).

Table 5: ressources humaines du niveau central du SLIS

Ressources humaines	Nombre	% de personnes formées
Médecin	4	25
Mathématicien	1	00
Agent de saisie	2	50

5.1.2.3. Déterminants comportementaux

Connaissances sur le SISR : Parmi les acteurs du niveau central ayant répondu au questionnaire OBAT (n=5), les scores moyens étaient 80 sur une échelle de 0-100 % par rapport à la connaissance des problèmes rencontrés lors de la collecte des données, et environ 67 sur 100 sur la connaissance de la raison d'être du SIS. Par contre, le score par rapport à la définition d'un problème lié au SISR (identification de la dimension de la qualité des données suite à une évaluation du fond mondial) était de 40 sur une échelle de 0-100 % et celui des raisons possibles de cet écart pour la résolution d'un problème spécifique au SISR de 48 sur une échelle de 0-100 (Fig 9).

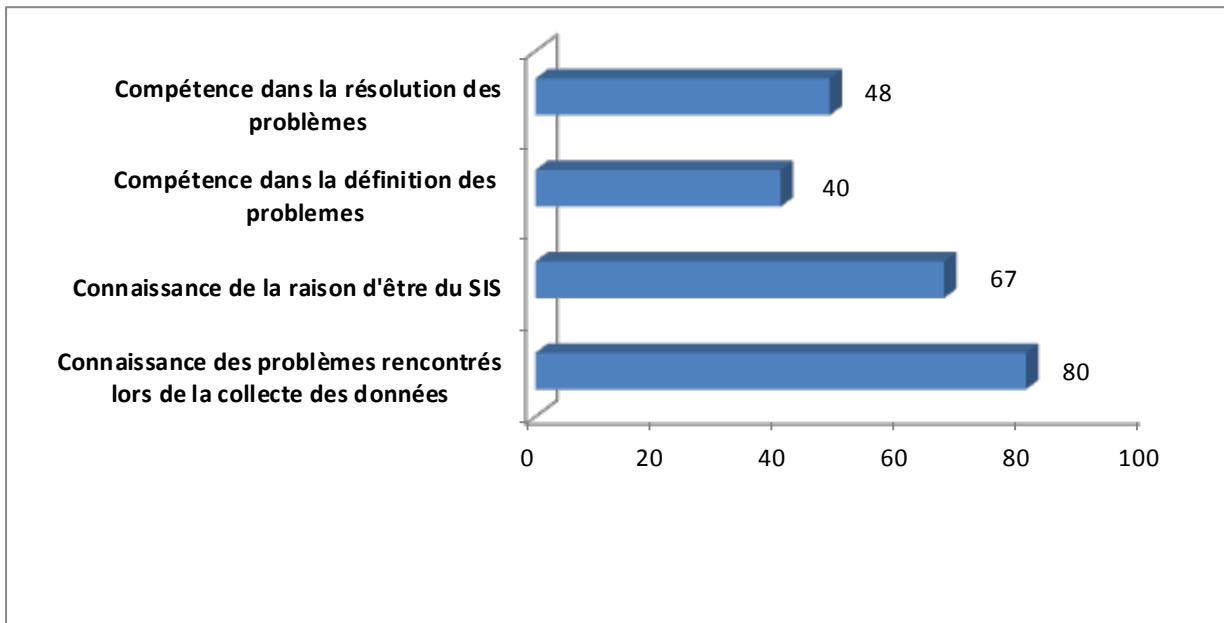


Fig 9: scores moyen sur la connaissance moyenne de la vérification de la qualité des données, la raison d'être du SISR au niveau du Central et la définition et résolution des problèmes.

Niveau de confiance déclarée: avec un score moyen global de 70 sur une échelle de 0-100, les acteurs au niveau national se déclarent relativement confiants dans l'exécution des tâches de base du SISR. En effet, des scores moyens de 74, 74 et 76 sont observés respectivement pour la vérification de la qualité des données, le calcul et la confection de graphique. Le niveau de confiance moyen par rapport à l'interprétation est moyennement élevé (69 sur 100) contrairement au niveau d'utilisation plus faible de de l'ordre de 56 sur 100 (Fig 10).

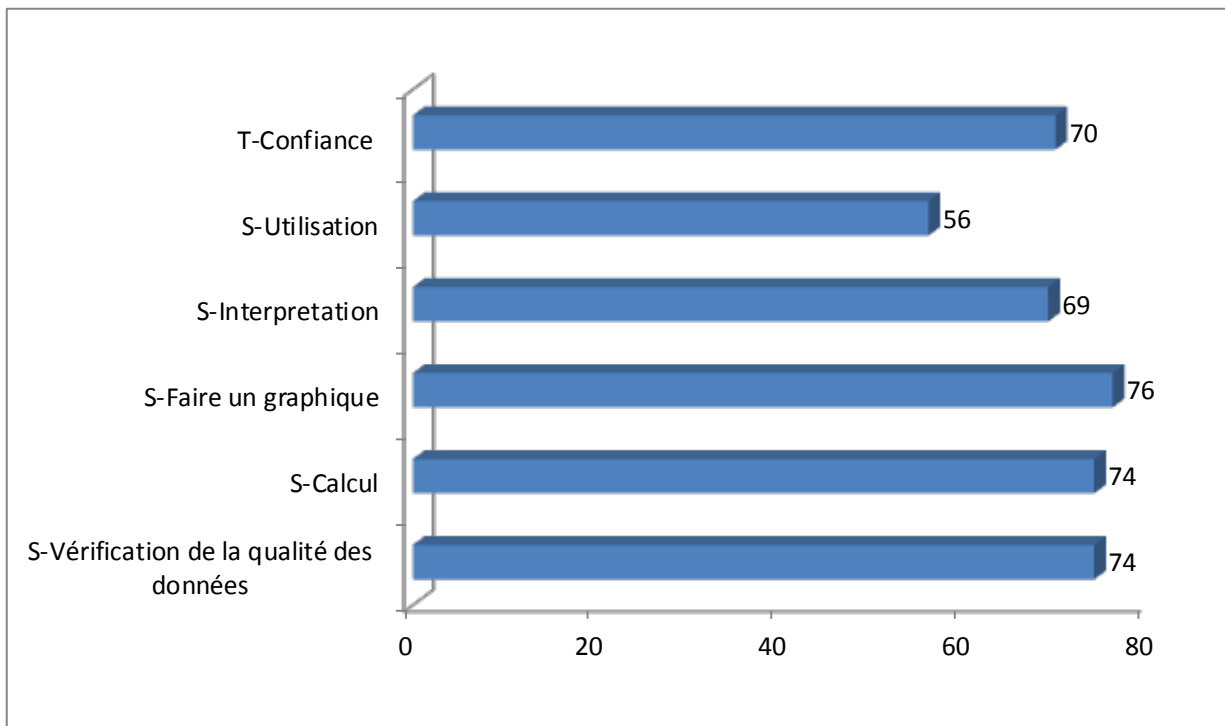


Fig :10 Niveaux des scores moyens de confiance exprimés dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central

Niveau de compétence observée : A l'exception du score moyen sur la vérification de la qualité de données (80 sur une échelle de 0-100) en adéquation avec le niveau de confiance, toutes les autres aptitudes divergent avec le niveau de confiance déclaré. Ces aptitudes ont enregistré des scores très faibles 20 pour les graphiques et moins de 20 pour toutes les autres aptitudes particulièrement en ce qui concerne le calcul (07), l'interprétation (06) et l'utilisation (15). Le score moyen global observé étant de 25 sur une échelle de 0-100 soit un écart net de 45 sur 100 avec le niveau global de confiance (Fig 11).

Fig : 11 Niveaux des scores moyens de compétence exprimés dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central

Motivation et systèmes de récompense : Le personnel du niveau central exprime une assez forte motivation avec score moyen de 70 sur 100. Cependant la récompense pour le bon travail est moins bien perçue, un peu moins de la moitié avec un score de 40 au niveau central (Fig 12).

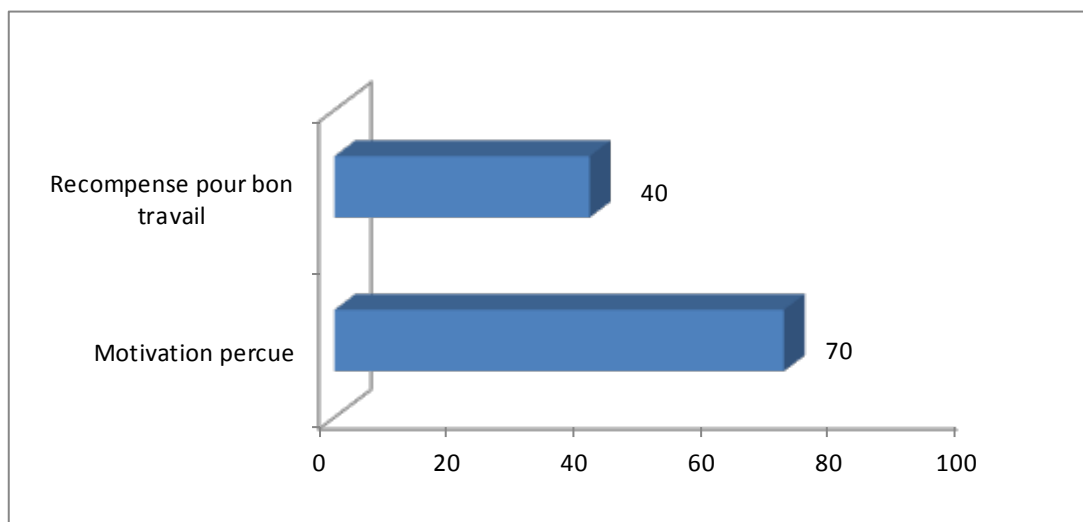


Fig 12: Comparaison entre niveau de motivation et le système de récompenses exprimées au niveau Central

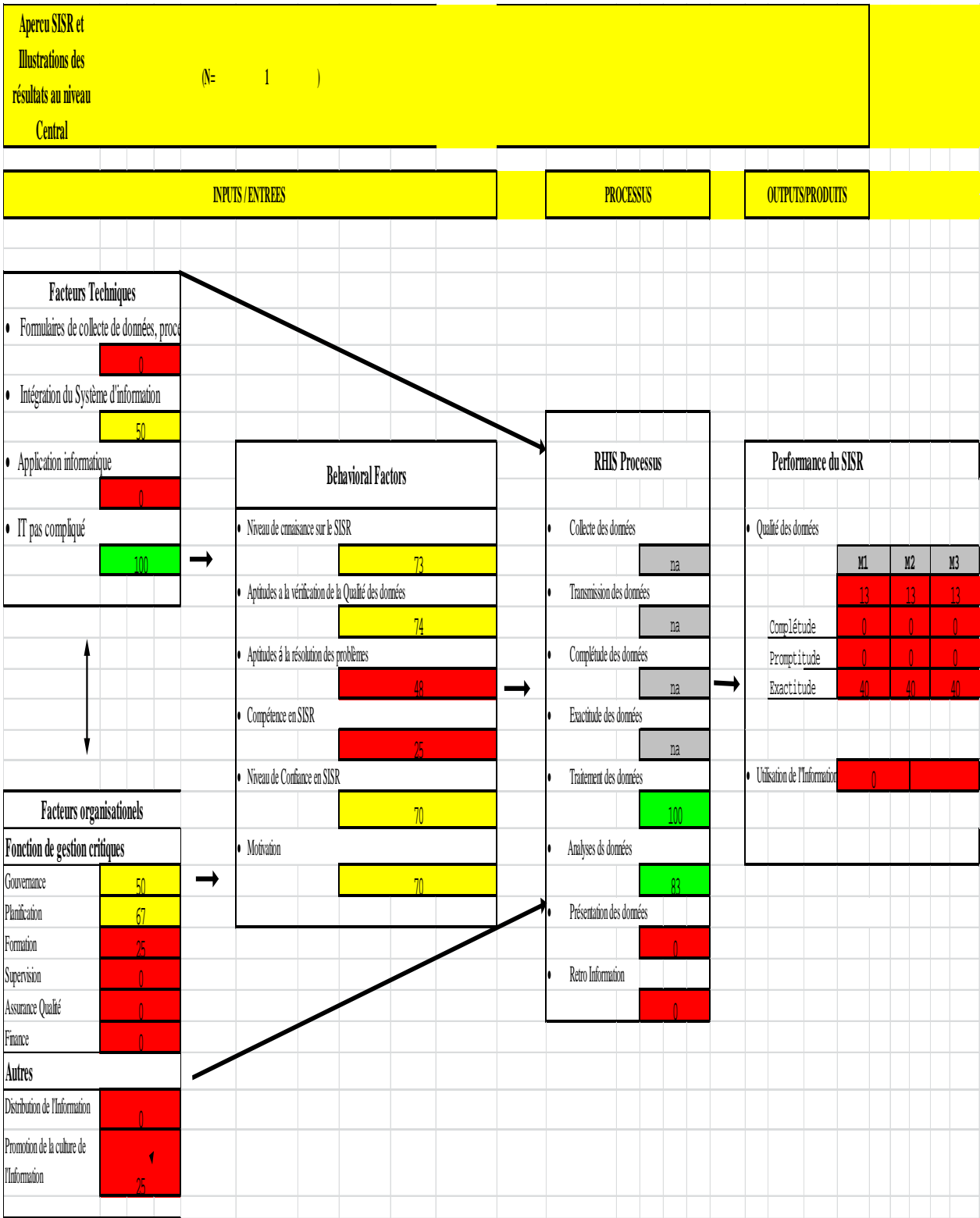


Fig 13: Résultats du niveau central agrégés dans le Cadre du PRISM

5.2. Niveau région

5.2.1. Performance du système d'information sanitaire

5.2.1.1. Qualité des données :

La qualité des données au niveau région avait une bonne exactitude pour l'ensemble des indicateurs (100%) sauf pour celle observée en Décembre 2013 qui était mauvaise pour le nombre de dose de penta 3 administrés aux enfants de moins de un an. Sur la période des trois mois pris ensemble, les exactitudes des données est de l'ordre de 93 sur 100. Cette exactitude des données a été calculée pour la région de spéciale de Conakry qui était à seule des cinq a dispose d'un RAMIS fonctionnel.

La complétude des rapports étaient globalement de 73% avec quelques variations entre les mois pour une promptitude très faible de l'ordre en dessous des normes retenues (Fig 14).

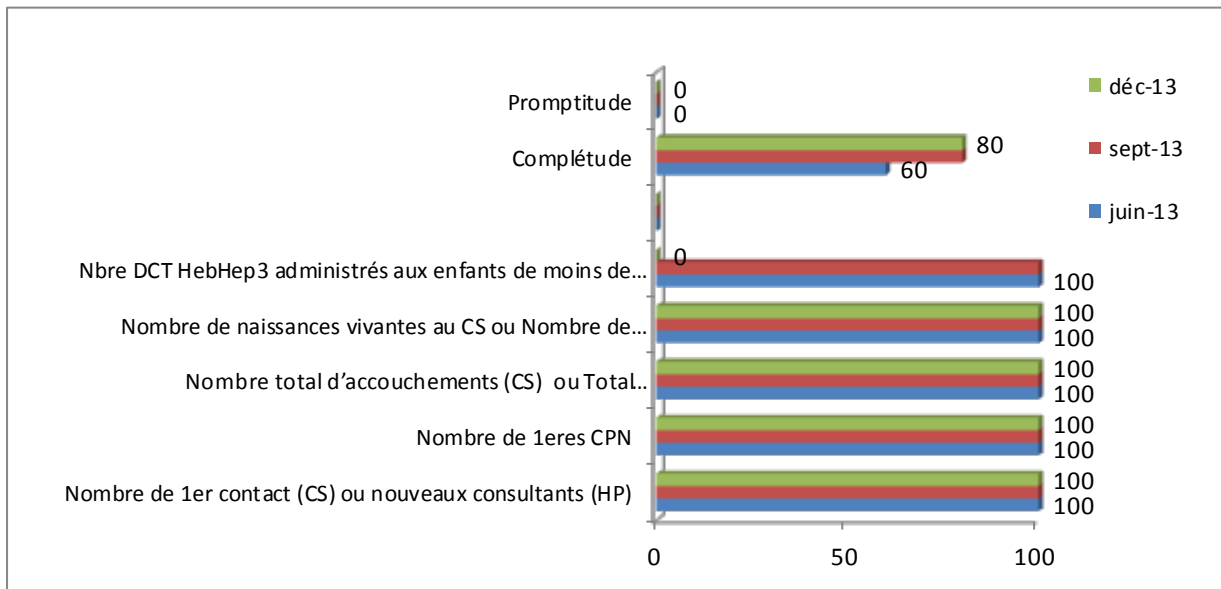


Fig : 14 Exactitude, complétude et promptitude des éléments de données : proportion des régions qui satisfont aux critères spécifiés.

- **Affichages des données au niveau région :** L'affichage des données est effective dans seulement 20% des régions pour la santé de la mère, de l'enfant et sur l'utilisation des services. Ces derniers tous à jour dans 100 % des régions pour un score global de 20%. Les données relatives à la surveillance des maladies indiquent que si l'affichage est observé dans 40 % des cas d'affichage, ils sont en jour dans 100 % des régions pour une résultante de 40% (Fig 15).

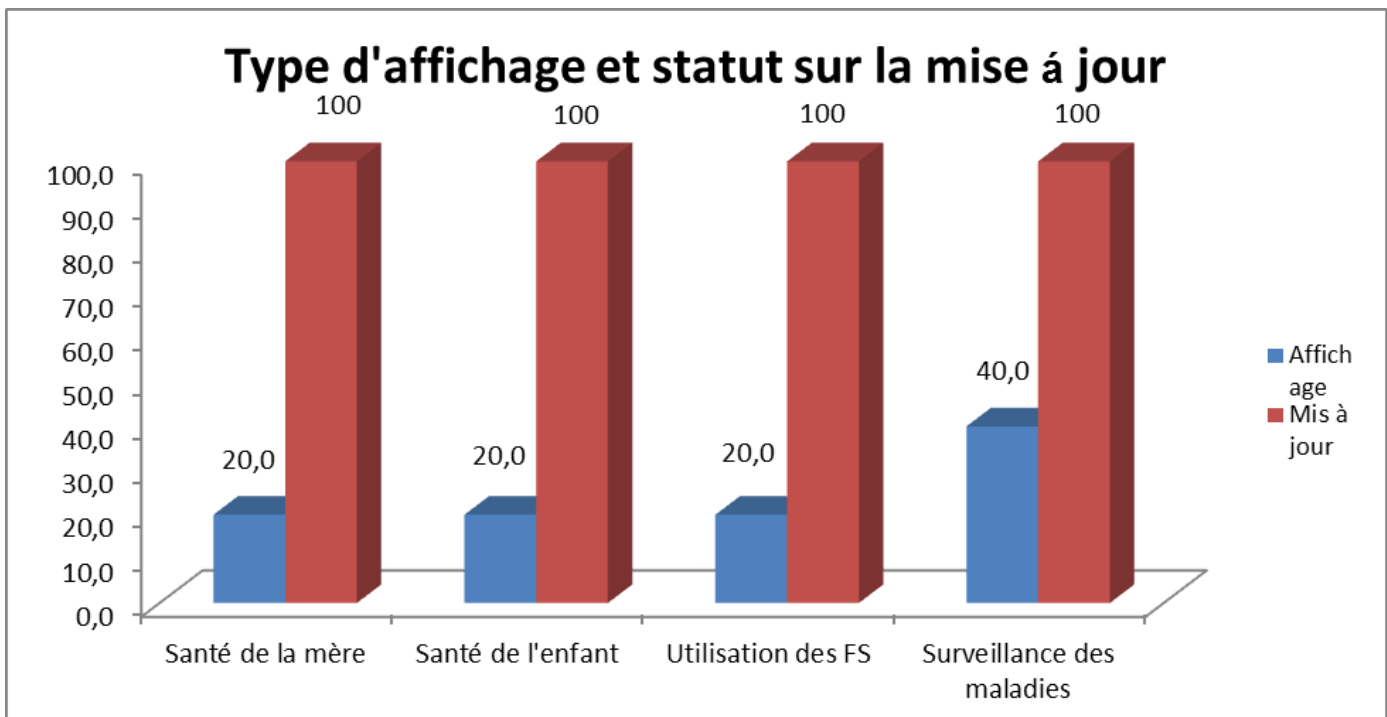


Fig 15: Proportions des types d'affichages et statut sur la mise à jour au niveau région

- **Analyse des données :** Les types d'analyses sont plus faible que à ceux du niveau central (100%) à l'exception des données des Districts ventilées par sexe (plus présentes). On note par ailleurs une prise en compte effective des aspects genre, des comparaisons des indicateurs entre les Districts ainsi que les comparaisons des indicateurs dans le temps (Fig 16).

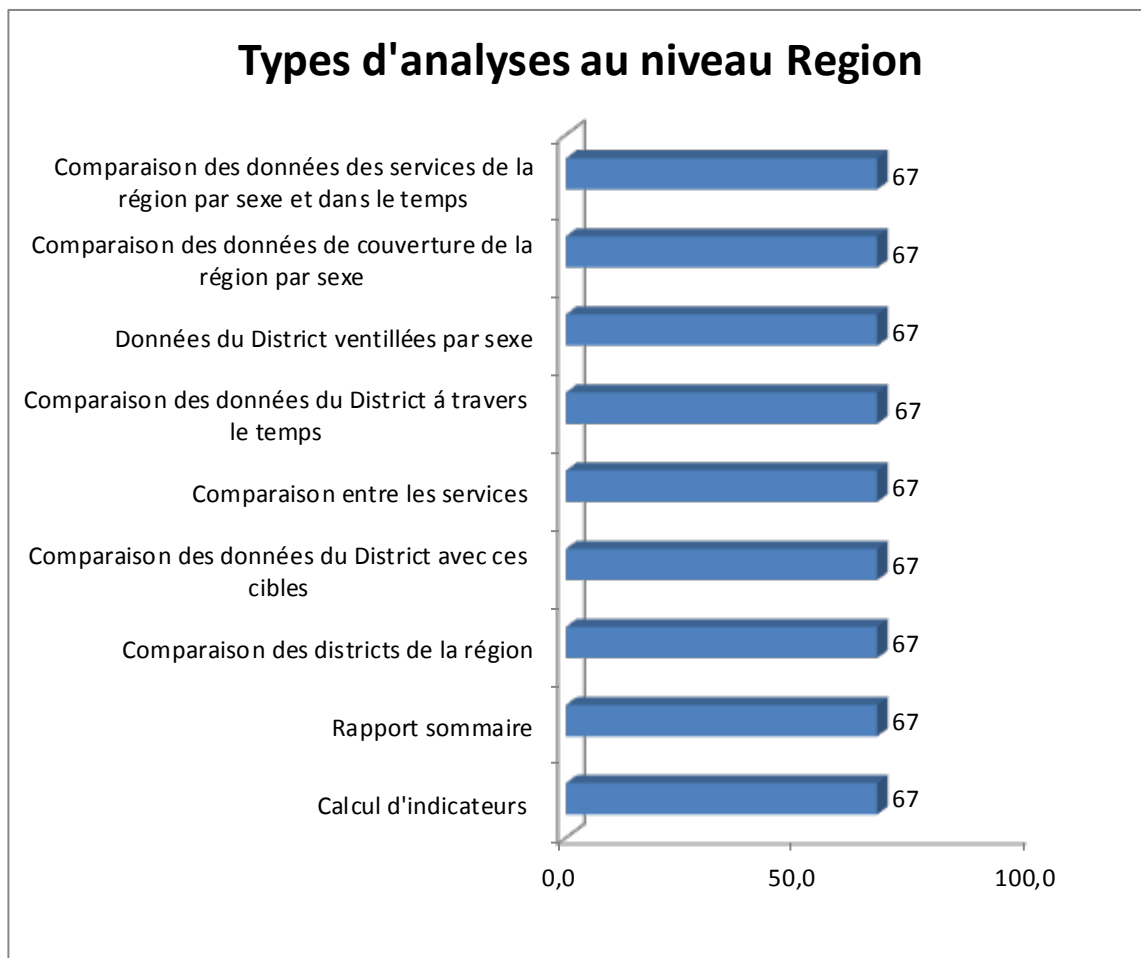


Fig 16: Proportions des types d'analyses effectués au niveau des régions

5.2.1.2. Utilisation des données :

L'utilisation des données est très moyenne avec un partage d'information quasi-systématique au niveau régionale. Les rapports du SIS sont disponibles au niveau régional dans 40% des régions et l'utilisation dans les rapports est observable dans environ 14% des régions ce qui relève plutôt du partage de l'information que de l'utilisation de l'information.

En termes de réelle utilisation, on a observé que les **procès-verbaux de réunions** n'étaient disponibles que dans la moitié des régions. Les **discussions sur les données** étaient faites autour de la qualité des données et/ou des résultats en termes de couverture, utilisation des services, surveillance des maladies et ruptures de stock des médicaments et produits de santé par ex, pour générer un score moyen de près de 32 sur une échelle de 0-100 après ajustement. **Les décisions prises lors des discussions** sur les données étaient **mise en œuvre et suivi** dans le temps avec un score de 16 sur 100. **La référence des problèmes au niveau supérieur** pour un appui ou aide externe était aussi une pratique faiblement appliquée au niveau régional (27 sur 100). En conséquence, la combinaison des différents éléments évoqués ci-dessus indique que le niveau global moyen de l'utilisation de l'information était l'ordre de 25 sur un total attendu de 100 (Fig 17).

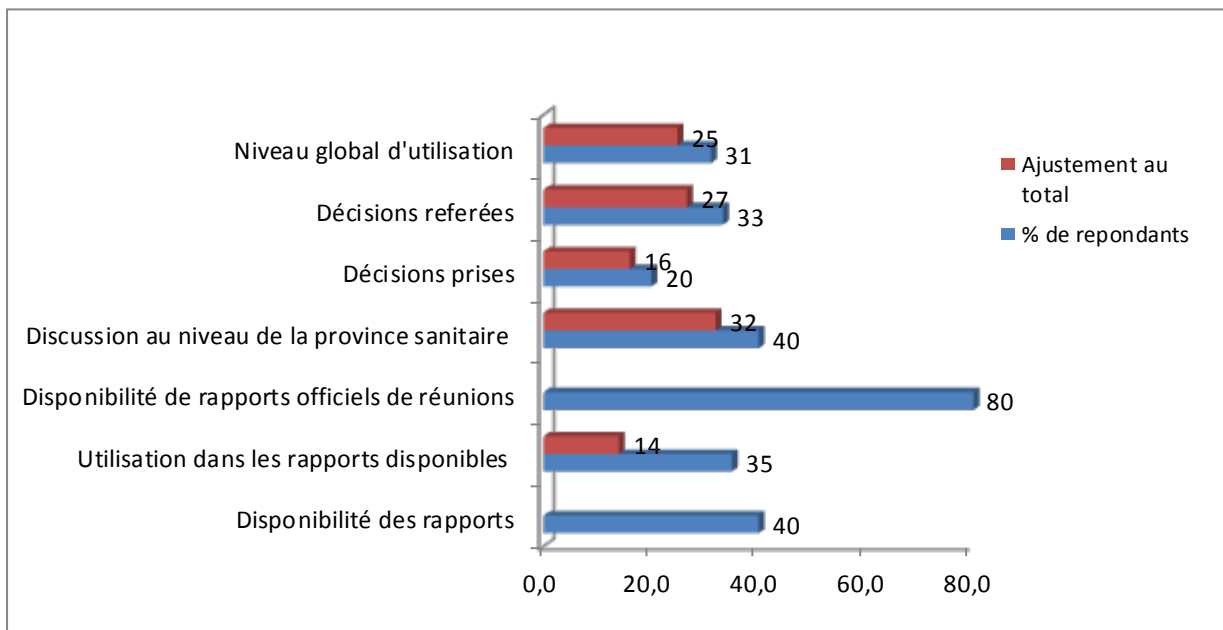


Fig 17: Score de l'utilisation de l'information au niveau régions

- **Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau Région** : la promotion globale de l'utilisation de l'information observée était de l'ordre de 57%. Si les décisions observées dans les plans d'actions ont été vues dans 100% des régions, il faut remarquer que très peu d'exemples de succès dans l'utilisation de l'information ont été rapportés (~17%) et seulement dans 50% des régions il a été confirmé l'existence de documents attestant la promotion de l'utilisation de l'information (Fig 18).

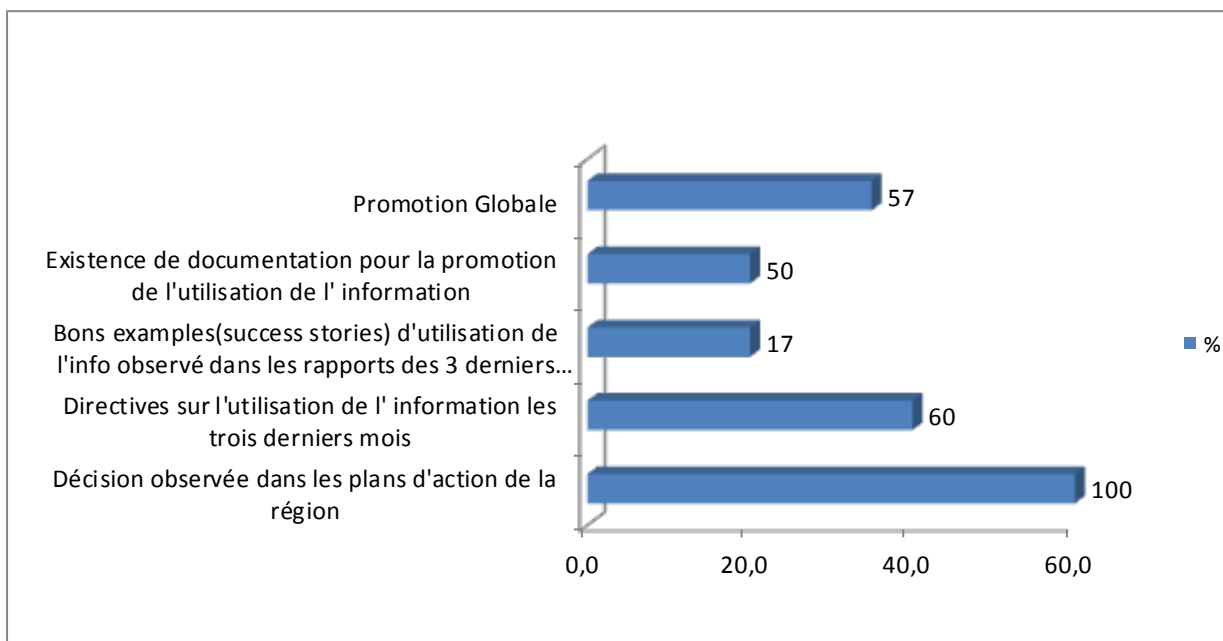


Fig 18: Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau Région

- **Discussions et prise de décisions sur les questions liées au genre:** les discussions sur les données désagrégées par sexe lors des réunions sont conduites dans quatre régions sur 6 (67%) pour une utilisation très faible de l'ordre de 17% (soit une région sur les six visitées) Fig 19.

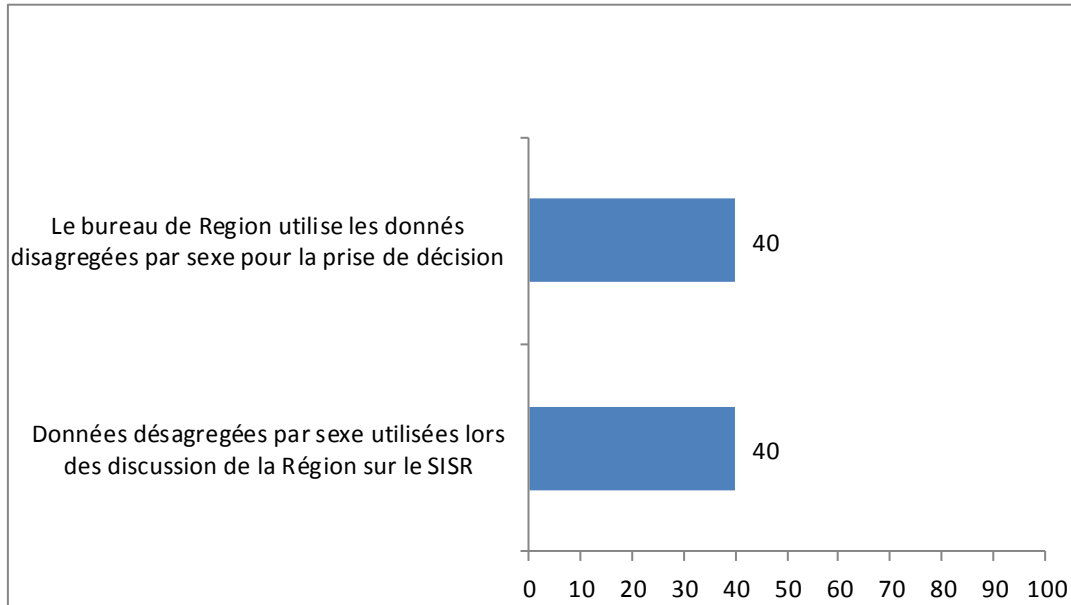


Fig 19: Proportions des régions sanitaires qui discutent des données désagrégées lors des réunions et qui les utilisent pour la prise de décisions

5.2.2. Déterminants de la performance

5.2.2.1. Déterminants Techniques au niveau région

Le niveau région estime de façon unanime que les formulaires des rapports mensuels sont simples et faciles à utiliser dans près de 83% des régions. Près de 67% des régions estiment que le système capture ses propres performances, mais reconnaissent dans le même temps qu'il y a une multiplicité des sous-systèmes au-delà de ce qui est admis. Quarante et Cinquante pour cent % des régions estiment respectivement que le RAMIS intègre toutes les données et que la technologie de l'information est facile à gérer. Quarante pour cent estime aussi qu'il existe un réseau disponible pour faciliter l'accès à l'information et 20 % pensent qu'il existe un manuel de procédures convivial.

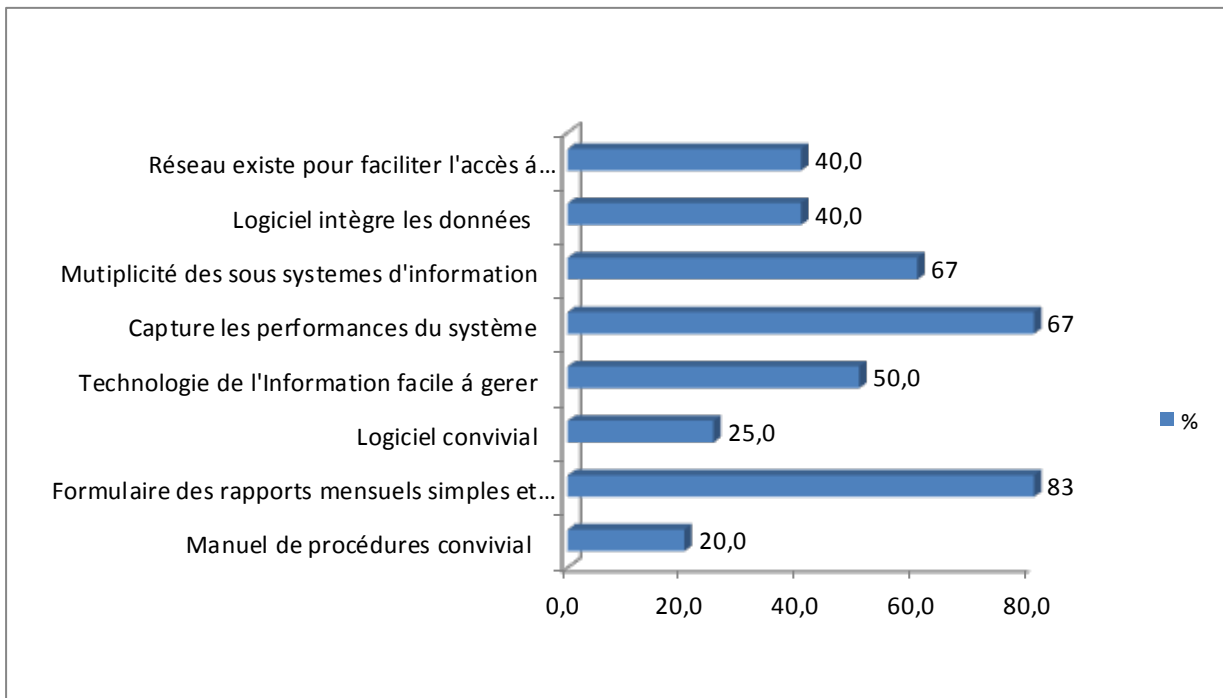


Fig 20: Distribution des déterminants techniques au niveau région

Au niveau région, 80% (4/5) des agents SIS ont été formes au RAMIS et 60% (3/5) ont accès au RAMIS. Le paramétrage et la saisie e des données sont maitrisés par 75% des agents SIS (3/4). si l'on considère la génération de rapports et des états les scores sont de 50% respectivement (2/4). A Labé, l'ordinateur de la région n'était pas disponible et par conséquent les quatre derniers points n'ont pas été évalués.

5.2.2.2. Déterminants organisationnels

- Fonction critiques de gestion et de supports au SISR :

En dehors de la planification qui a un score de ~83 sur une échelle de 100, les 5 autres fonctions affichent des scores moyens faibles (Fig 23), environ 50 sur 100 pour la qualité, la supervision et la gouvernance et plus faibles encore pour la formation (42 sur 100) et les finances (25 sur 100) Fig 21.

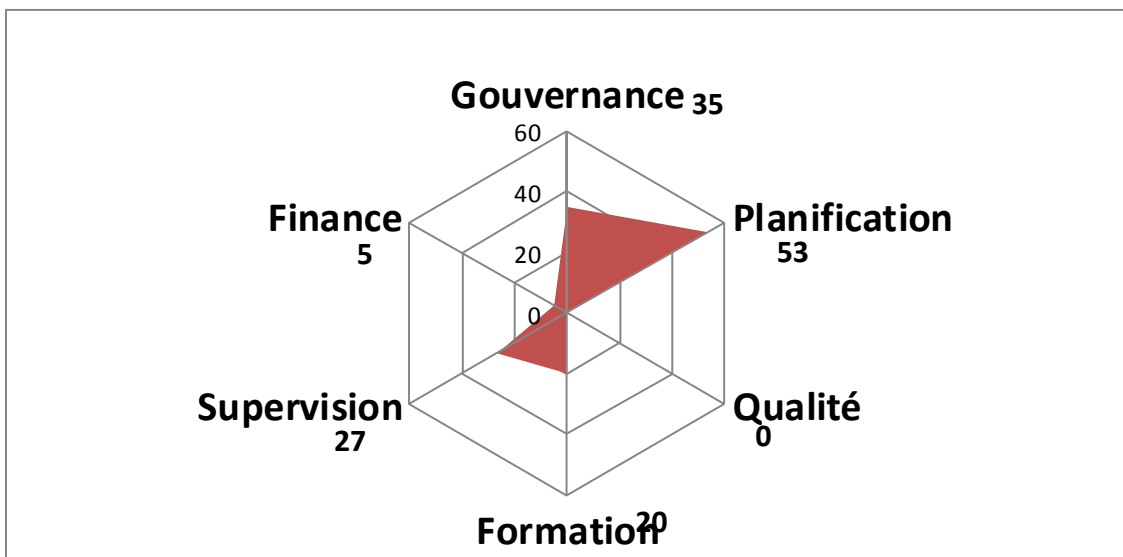


Fig 21: Scores moyens des différentes fonctions de gestions critiques du SISR au niveau Région

- **Promotion de la culture de l'information** : Le score moyen de la promotion globale de la culture de l'information au niveau région est de 74 sur une échelle de 100 avec des variations observées sur les scores des différentes dimensions qui vont de 68 pour la délégation de pouvoir à 82 pour le contrôle de la qualité des données (Fig 22).

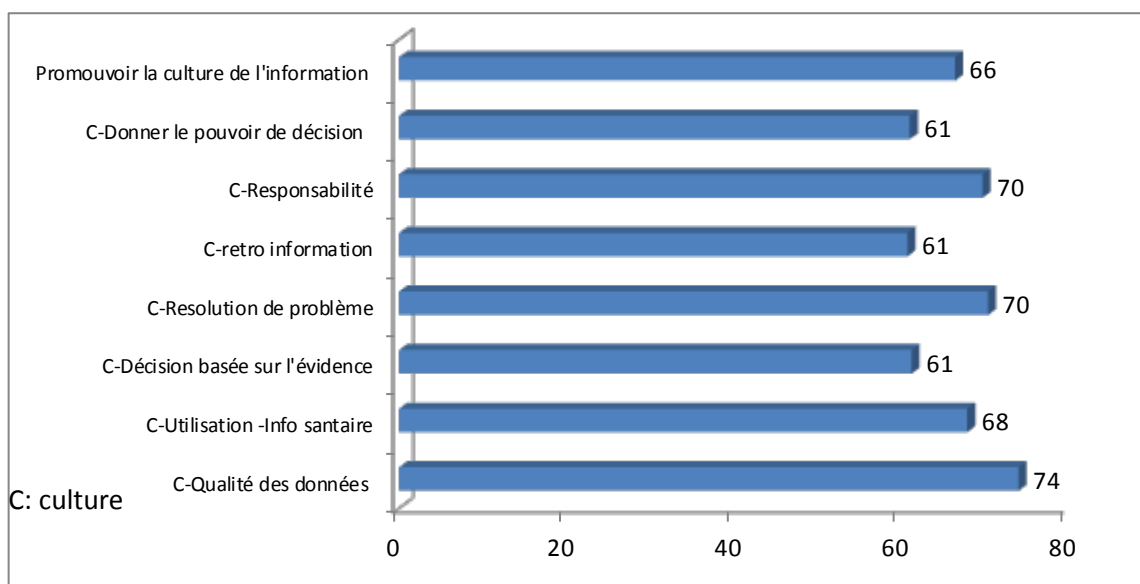


Fig 22: Comparaisons entre les scores moyens des dimensions de la culture de l'Information au niveau région

- **Ressources matérielles** : On observe une absence de matériel suivants dans les proportions ci-après : calculatrice dans 40% des régions, de l'internet dans 20% des régions, la radio et le téléphone régulier dans 100 des cas, le générateur électrique dans 40%, l'onduleur dans 400%, les outils de sauvegarde dans 40% (tableau 6).

Tableau 6: Pourcentage de régions qui disposent des différentes ressources matérielles

Matériels	Nombre de matériels		
	0	1	>=2
Ordinateurs	20	40	40
Sauvegarde	40	60	
Imprimantes	0	80	20
Onduleurs	40	20	40
Générateurs	40	20	40
Téléphone régulier	100	0	0
Téléphone Mobile	,	40	0
Radio phone	100	0	0
Internet	20	80	
Calculatrice	40	20	40

- **Les commodités** telles que l'eau est disponibles partout. Par contre la climatisation et l'électricité sont disponibles dans 60% des régions. Les interruptions de l'électricité sont quotidiennes dans 80% des cas et occasionnelles dans 20%.
- **Ressources humaines:** L'inventaire révèle une insuffisance globale de formation dans le domaine du SISR avec quasiment pas de formation pour les sages-femmes, techniciens de laboratoire et pharmaciens (Table 7).

Table 7: Inventaire des ressources humaines au niveau région sanitaire

Resources Humaines	Moyenne	% Personels formés
Médecin	4,4	13,64
Médecin stagiaire	0,6	33,33
Pharmacien	0,8	0,00
Pharmacien stagiaire	0	
Biologiste	0	
Biologiste stagiaire	0	
Laborantin /technicien Labo	0,2	0,00
Laborantin /technicien Labo stagiaire	0	
Technicien de Santé Publique	0	
Technicien de Santé Publique stagiaire	0	
Infirmier d'Etat	0,6	66,67
Infirmier d'Etat stagiaire	0	
Sage-femme	0,4	0,00
Sage-femme stagiaire	0	
Agent Technique de Santé	1,2	16,67
Agent Technique de Santé stagiaire	0	
Autres	2,2	0,00

V.2.2.3. Déterminants comportementaux

- **Niveau de connaissance en SIR :** Les niveaux de connaissances observés semblent globalement faibles au niveau région tous en dessous de 45% quelque soit la dimension considérée avec un niveau très faible pour la résolution des problèmes (15 sur une échelle de 0-100). (Fig 23).

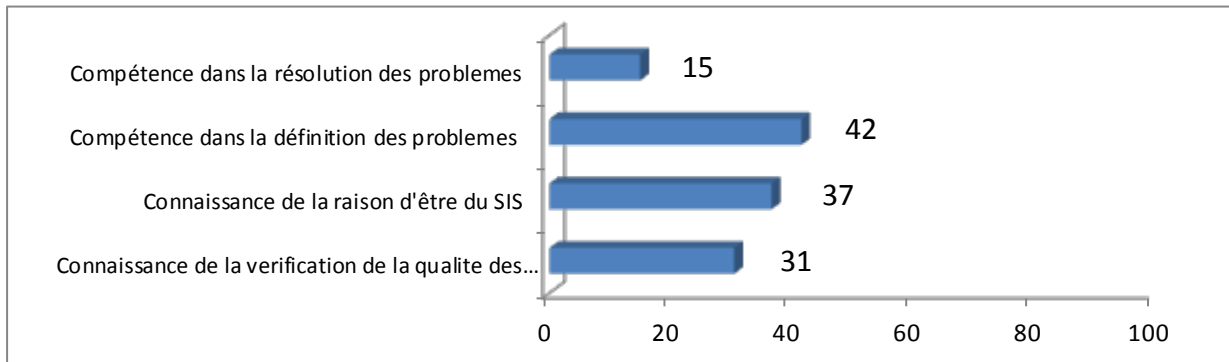


Fig 23: Scores moyens des connaissances sur la vérification de la qualité des données, la raison d'être du SISR et la définition et résolution des problèmes au niveau du Région

- **Niveau de confiance déclarée:** Les niveaux de confiance dans l'exécution des tâches dévolues au SISR sont variables (68 -88) sur une échelle de 0-100. La vérification de la qualité des données le calcul et la réalisation des graphiques présentent les meilleurs scores avec respectivement 77, 88 et 79 sur une échelle de 0-100. Le score en interprétation et utilisation de l'information sont de 68 et 71 respectivement. Le niveau moyen global de confiance est de 73 sur 100 (Fig 24).

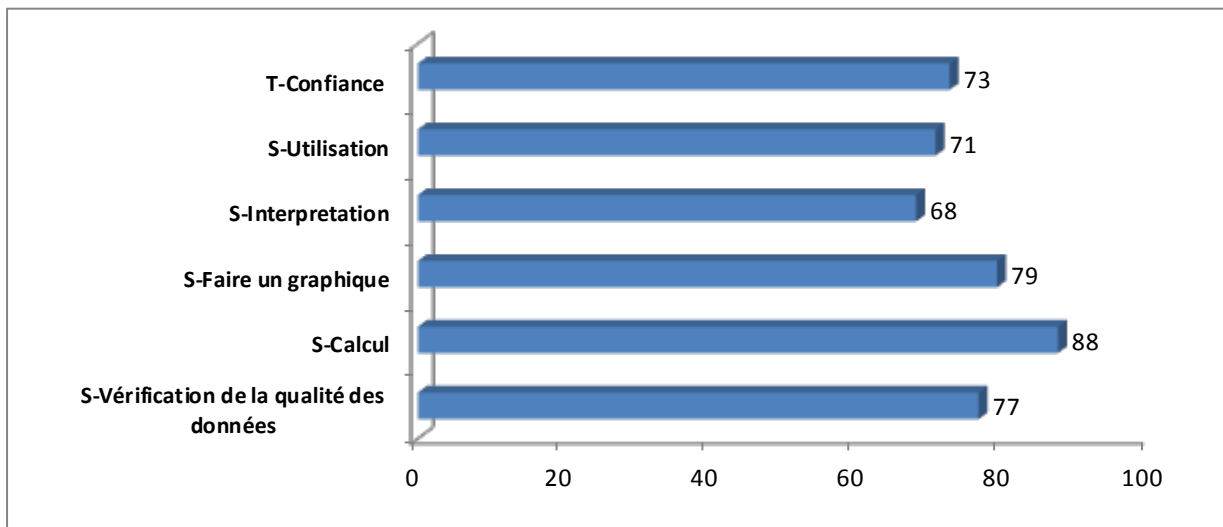


Fig 24: Comparaison entre les scores des niveaux moyens de confiance perçue dans l'exécution des tâches SISR au niveau Région

- **Niveau de compétence observée :** les niveaux de compétences observées dans l'exécution des tâches dévolues au SISR sont variables (10 - 62 sur 100) avec un score global de compétence dans l'exécution des taches de l'ordre de 38 sur un total attendu de 100 (Fig 25).

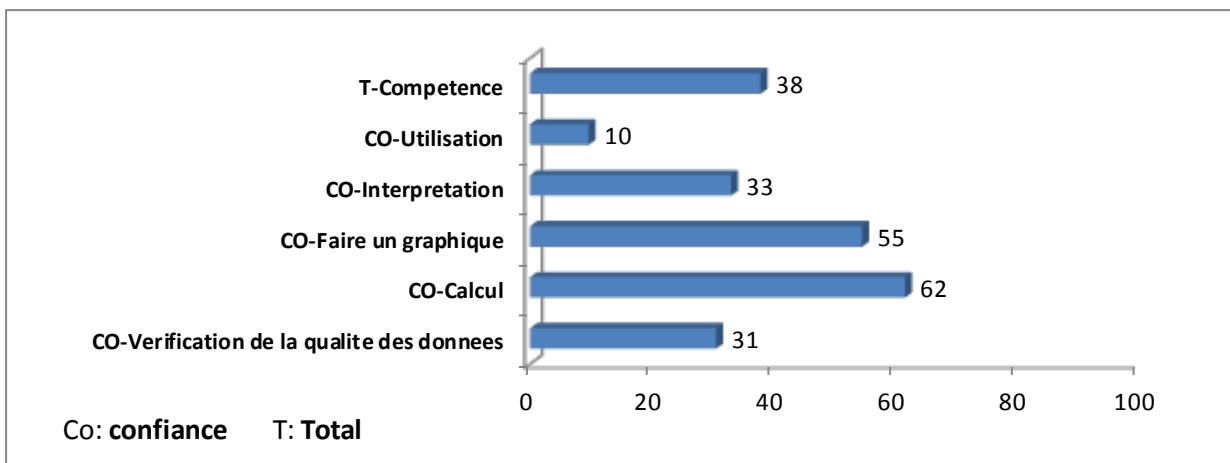


Fig 25: Comparaison entre les scores des niveaux moyens de compétences observées dans l'exécution des tâches en SISR au niveau région

- **Motivation et système de récompense** : Les acteurs du SISR au niveau région affichent également un niveau élevé de motivation dans le travail avec un score moyen de 75 sur 100 et estiment que le système de récompense mis en place est appréciable avec un score de 54 sur 100 (Fig 26).

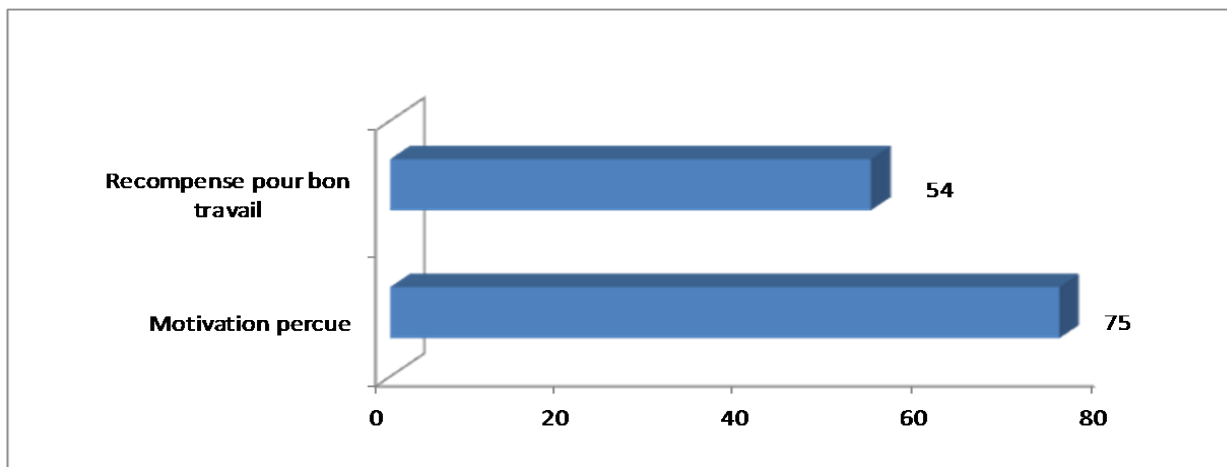


Fig 26: Comparaison entre la motivation et le système de récompenses déclarées par les agents au niveau Région

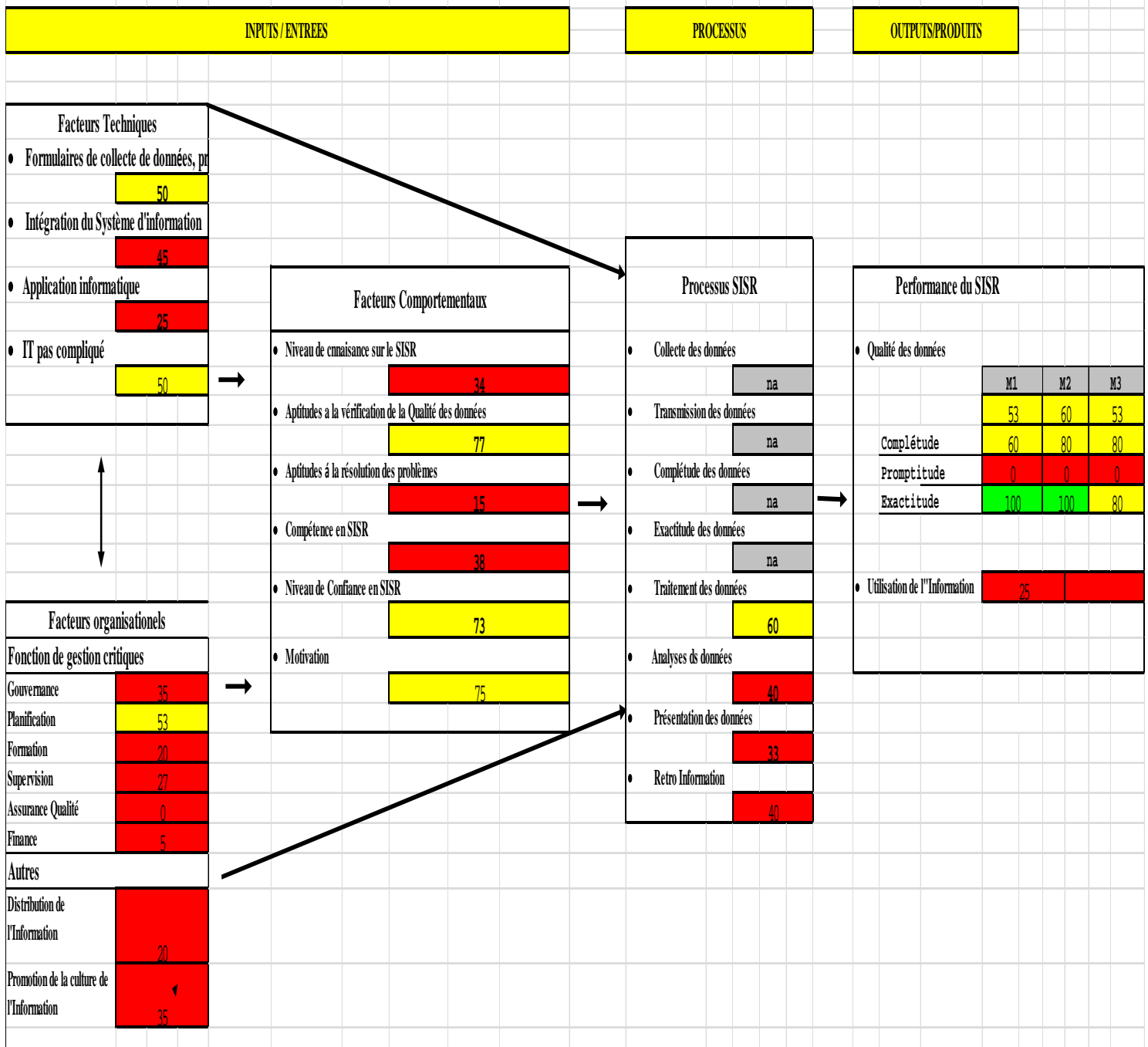


Fig 27: Résumé des résultats des régions dans le cadre du PRISM

5.3. Niveau district

5.3.1. Performance du Systèmes d'information sanitaire :

5.3.1.1. Qualité des données :

Les Districts, niveaux opérationnels du système santé affichent des performances variables et en cloche en terme de promptitude du rapportage des données pour l'ensemble des trois mois (Juin, Septembre et Décembre 2014). Les complétudes des rapports pour les trois mois étaient graduelles allant de 80, 90 et 100% respectivement. La promptitude globale des rapports était de 41% pour une complétude de 90% et une exactitude moyenne globale de 69 pour l'ensemble des indicateurs (Fig 28).

Si presque l'ensemble des Districts enquêtés ont une bonne complétude des rapports minimum de 8/10 sur les trois périodes considérées, les autres dimensions de la qualité des données restent faibles pour la promptitude et très variables pour l'exactitude selon les indicateurs et la période (Fig 28).

La proportion des Districts qui ont une exactitude acceptable variaient entre 44% et 89% selon les indicateurs et le mois considéré. Si l'on considère l'exactitude moyenne des données sur les trois mois de façon spécifique, elle était de 79% pour le nombre de premier contact ou nouveaux consultants, 71% pour le nombre de CPN 1 et Nombre d'accouchement au Centre de santé et HP, 67% pour le nombre d'enfants ayant bénéficié du Penta 3 et 60% pour le nombre de naissances vivantes au centre de santé et/ou HP.

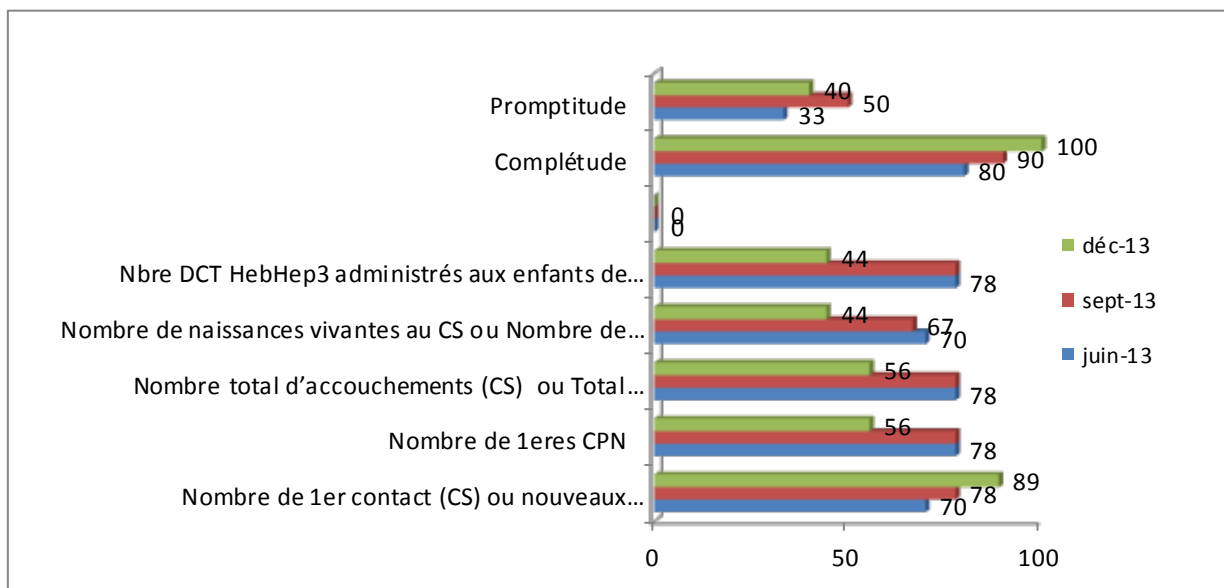


Fig 28: Exactitude, complétude et promptitude des éléments de données (% des Districts qui satisfont aux critères spécifiés)

- **Affichage des données** : les chiffres d'affichage montre que 30% des districts affichent les données pour la santé de la mère, sur l'utilisation des services et la surveillance des maladies. Ce score est de 50% pour la santé de l'enfant. En ce qui concerne la mise à jour, les niveaux d'affichage résultant passent à 20% pour la santé de la mère, sur l'utilisation des services et la surveillance des maladies et elle est autour de 40% pour la surveillance des maladies (Fig 31):

Type d'affichage et statut sur la mise à jour

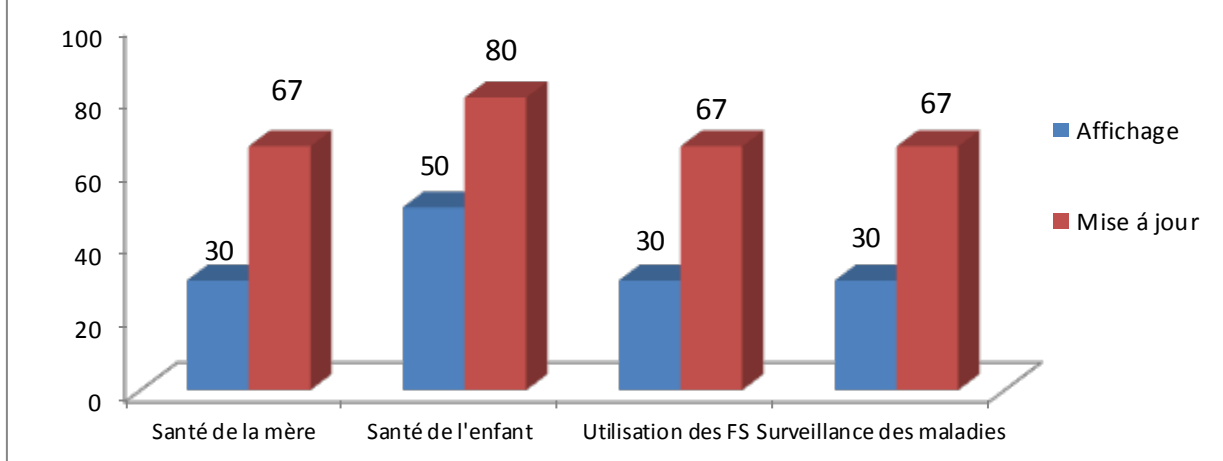
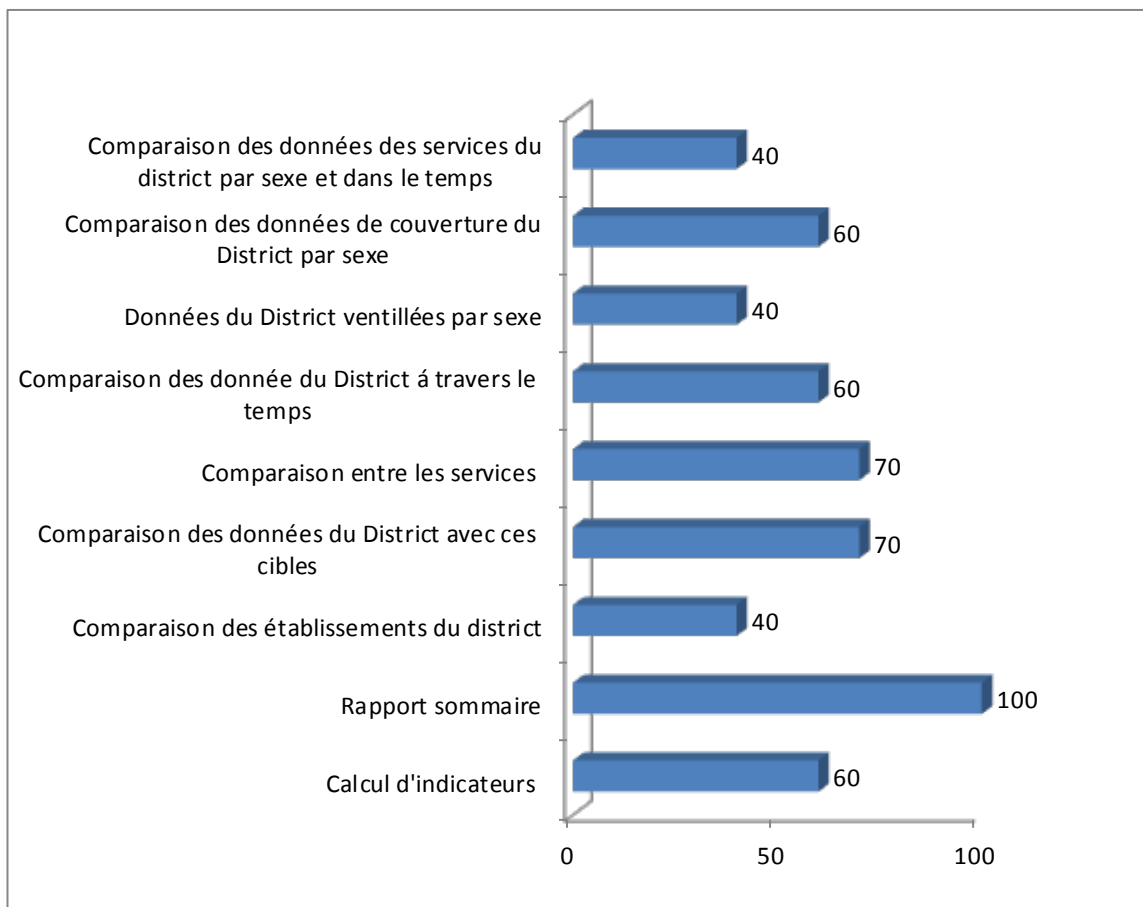


Fig 29: Proportions des types d'affichages et statut sur la mise à jour au niveau région

- Analyse des données :

Les analyses se font dans la plupart des Districts en y intégrant la dimension genre de façon plus importante qu'aux niveaux supérieurs (Fig 30).



5.3.1.2. Utilisation de l'information au niveau District

- **Utilisation des données :** Les rapports du SISR sont disponibles dans 40% des Districts et l'utilisation dans les rapports est observable dans 33 % des cas (13% après ajustement au global) ce qui relève plutôt du partage de l'information que de l'utilisation de l'information.

En terme d'utilisation réelle, on a observé que les *procès-verbaux de réunions étaient disponibles* dans 78% des Districts et que *les discussions sur les données* autour de la qualité des données et/ou des résultats en termes de couverture, utilisation des services, surveillance des maladies et ruptures de stock par ex étaient faites avec un score agrégé et ajusté de 62 sur une échelle de 0-100. Lors des discussions sur les données, *les décisions étaient prises et mises en œuvre* et suivies dans le temps avec un score de 51 sur une échelle de 0-100. *La référence des problèmes au niveau supérieur* pour un appui ou aide externe était aussi une pratique appliquée avec un score de 39 sur 100. En conséquence, la combinaison des différents éléments évoqués ci-dessus indique que le niveau global moyen ajusté de l'utilisation de l'information est de 51 sur une échelle de 0-100 (Fig 31).

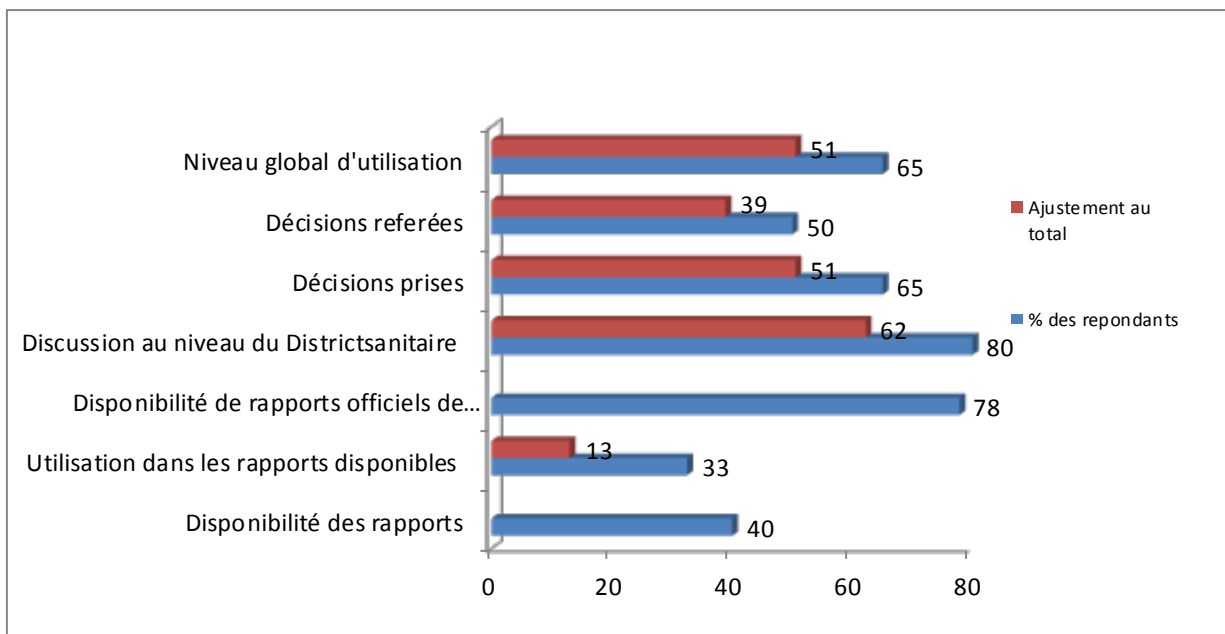


Fig 31: Scores de l'utilisation de l'information au niveau District

- **Promotion de l'utilisation de l'information :** La promotion globale de l'utilisation de l'information est faible (33) et reste plus faible que celle observée au niveau des régions sanitaires (57). Les directives sur l'utilisation semblent avoir été données les trois derniers mois dans un peu moins que la moitié des Districts (40%). Très peu d'exemples de succès dans l'utilisation de l'information (10%) et ~30% seuls des Districts ont pu fournir une documentation relative à la promotion de l'utilisation de l'information (Fig. 32). Les décisions observées dans les plans d'action l'ont été dans la moitié des cas (50%).

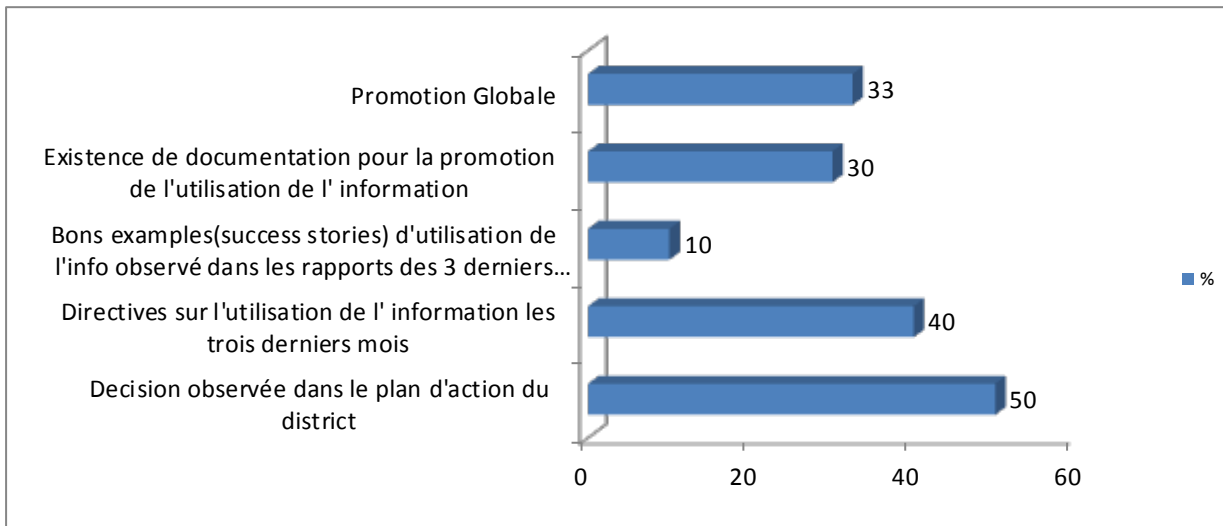


Fig 32 : Score de la promotion de l'utilisation de l'Information au niveau District

- **Discussions et prise de décisions sur les questions liées au genre**

Au niveau District, les discussions sur les données désagrégées par sexe se font dans 42% des districts et celles de l'utilisation dans les prises de décisions dans 33% des districts (Fig 33).

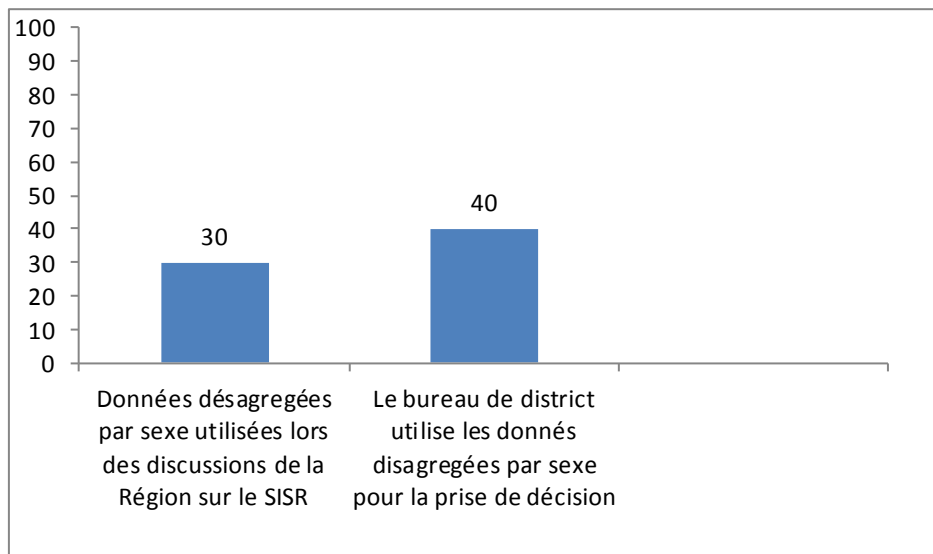


Fig 33: Proportion de Districts qui adressent les aspects genre durant les discussions et la prise de décisions

5.3.2. Déterminants de la performance du SISR

- **5.3.2.1. Déterminants techniques :** quatre-vingt pourcent des Districts considèrent que le système d'information est capable de capturer sa propre performance (80%) et 60% d'entre eux jugent le RAMIS convivial (facile à utiliser). Les formulaires du rapport mensuel ont été jugés compliqués et difficiles d'utilisation par 40% des Districts. La moitié des Districts pensent que les technologies de l'information sont

faciles à gérer. Malgré l'absence de manuel de procédures standard, 20% des Districts estiment disposer d'un manuel de procédures convivial (Fig 34).

- Au niveau district, 80% (8/10) des agents SIS ont été formés au RAMIS et 60% (7/10) ont accès au RAMIS. Le paramétrage et la saisie e des données sont maîtrisés par 50% (5/10) et 90% (9/10) des agents SIS alors que pour la génération des rapports et des états les scores sont de 80% (8/10) et 55% (5/9) respectivement.

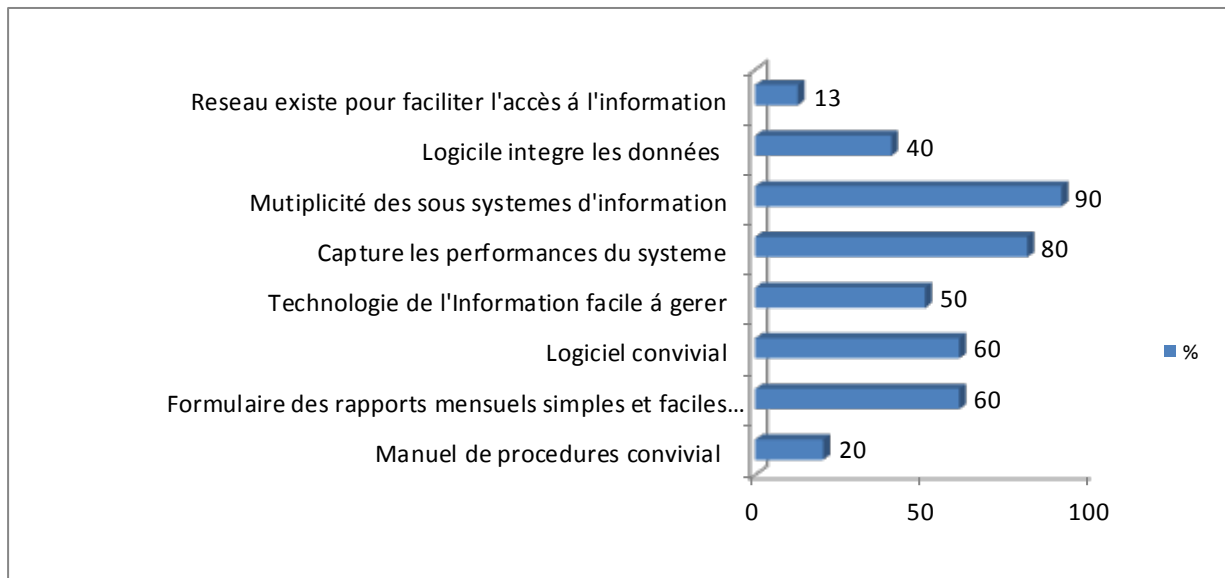


Fig 34 : Distribution des déterminants techniques au niveau District

5.3.2.2. Déterminants organisationnels.

- **Fonction critiques de gestion du SISR** : Au niveau District, en dehors de La supervision (63 sur 100), la planification (57 sur 100) et la gouvernance (55 sur 100), toutes les autres fonctions critiques de gestion et de support au SISR ont des scores en dessous de 30 sur 100 (Fig 35).

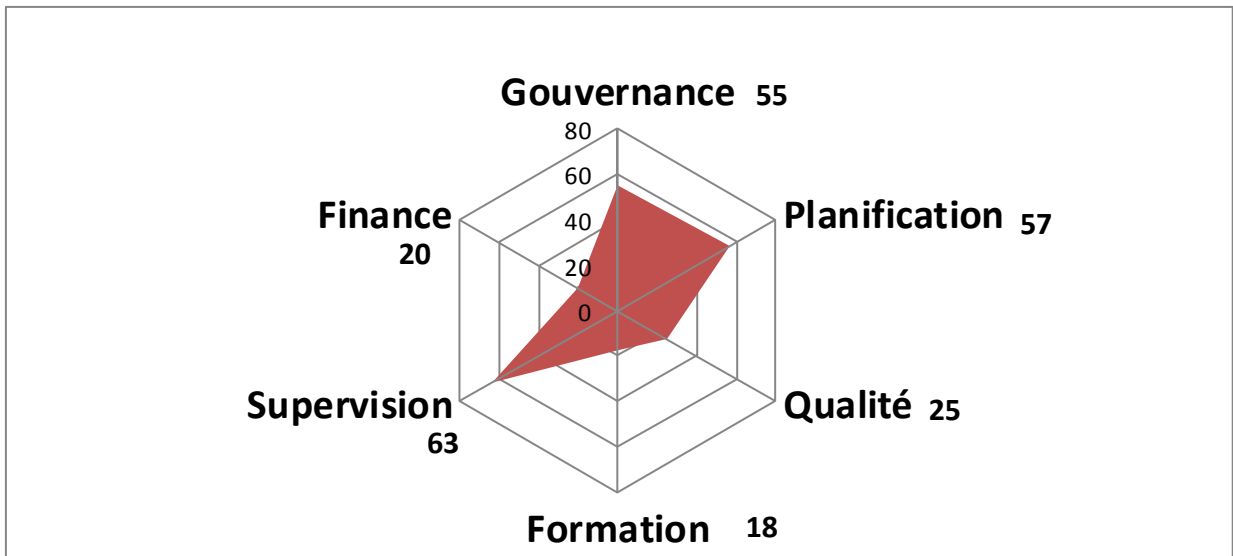


Fig 35: Scores moyens des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau District

- **Promotion de la culture de l'information** : Les dimensions de la culture de l'information sont toutes promues à un niveau acceptable (au moins 73%) à l'exception de la délégation de pouvoir qui est autour de 68 pour une promotion globale de 76 sur une échelle de 0 -100 (Fig 36).

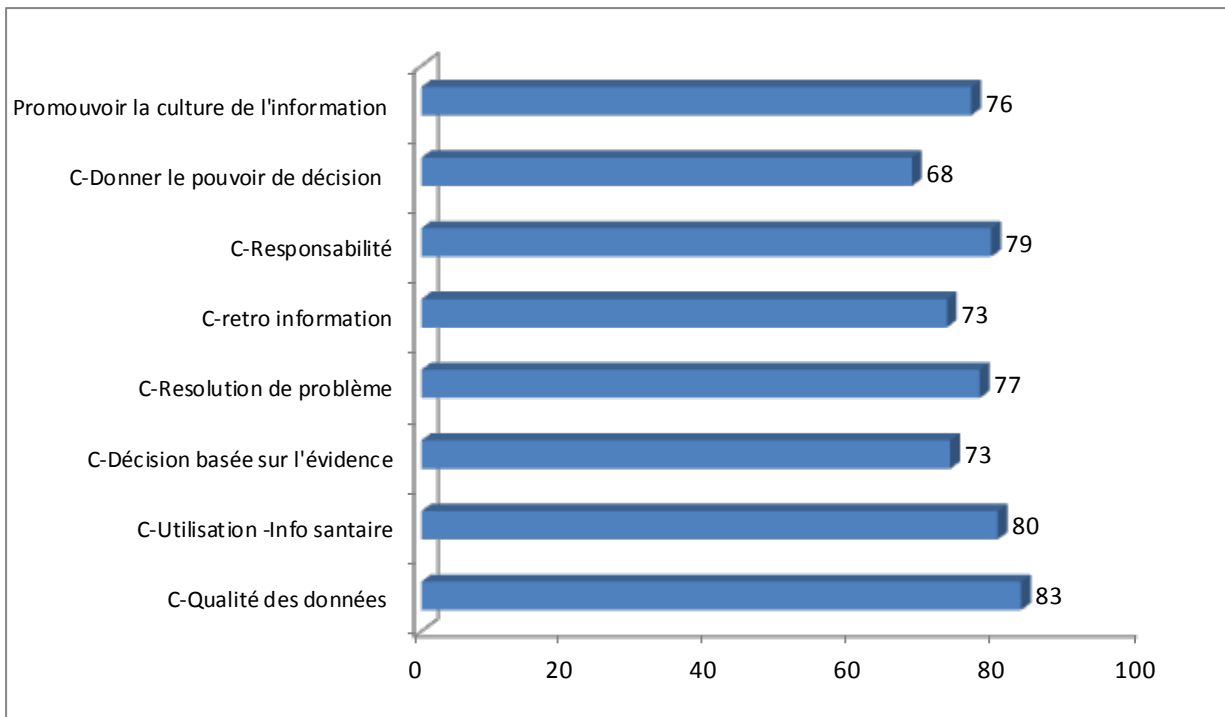


Fig 36: Comparaison entre les scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'information, la qualité et l'utilisation des données au niveau District

- **Disponibilité des ressources matérielles** : On observe une absence de matériel dans des proportions variables pour l'ensemble du matériel considéré (table 8).

Table 8 : Distribution des ressources matérielles au Niveau District

Matériels	Nombre de Matériels		
	0	1	>=2
Ordinateurs			
Sauvegarde des données	30	70	
Imprimantes	40	60	0
Onduleur	40	50	10
Générateurs	20	70	10
Téléphone	90	10	0
Téléphones Mobiles	40	40	20
Radio phone	89	11	0
Internet	20	80	
Calculatrice	30	30	40

- **Disponibilité des formulaires, registres** : Les principaux registres et stock de fiche de consultations observés étaient rarement disponibles au niveau des Districts au moment de l'enquête. Les ruptures de stock ont été enregistrées les 12 derniers mois précédents l'enquête dans 100% des quatre districts ayant répondu à la question. (Fig 37).

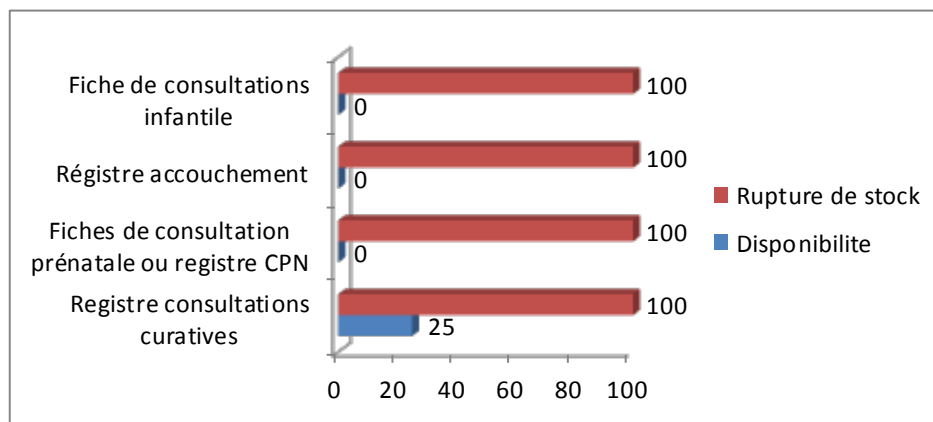


Fig 37 : Disponibilité des formulaires et registres du niveau District

- **Commodités courantes** : les ressources et matériels tels l'eau et l'électricité sont présentes respectivement dans 100% et 51% des Districts avec des ruptures de courant variables (jamais ou aucune coupure pour 30%, et au quotidien dans 70 des cas). Les climatiseurs étaient présents seulement 10 % des Districts (Fig 38).

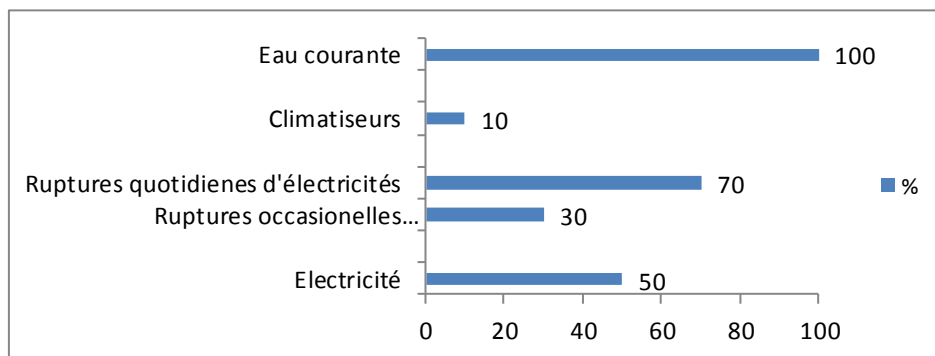


Fig 38 : distribution des commodités courantes

Ressources humaines : Des ressources humaines ont été observées avec un déficit critique de formation les deux années qui ont précédées l'enquête (table 9).

Table 9: Distribution des ressources Humaines

Ressources Humaines	Moyenne	% de personnels formés
Médecin	3,5	14,29
Médecin stagiaire	0,1	0,00
Pharmacien	0,9	0,00
Pharmacien stagiaire	0	
Biologiste	0,8	12,50
Biologiste stagiaire	0	
Laborantin /technicien Labo	0,4	0,00
Laborantin /technicien Labo stagiaire	0,4	0,00
Technicien de Santé Publique	0,7	28,57
Technicien de Santé Publique stagiaire	0	
Infirmier d'Etat	1,2	33,33
Infirmier d'Etat stagiaire	0	
Sage-femme	0,4	25,00
Sage-femme stagiaire	0,4	0,00
Agent Technique de Santé	7,4	4,05
Agent Technique de Santé stagiaire	2	0,00
Autres	2,5	5,00

5.3.2.3 Déterminants comportementaux.

- **Niveau de connaissance en SISR** : Les scores moyens (sur une échelle de 0-100) des techniques de vérification de la qualité des données (41 points), la connaissance des acteurs du SISR sur la raison d'être du SISR (71 sur une échelle de 0-100), et la définition et la résolution des problèmes (30points) évoluent en cloche. et celui de la résolution des problèmes se retrouve à 38 points sur une échelle de 0-100. (Fig. 39).

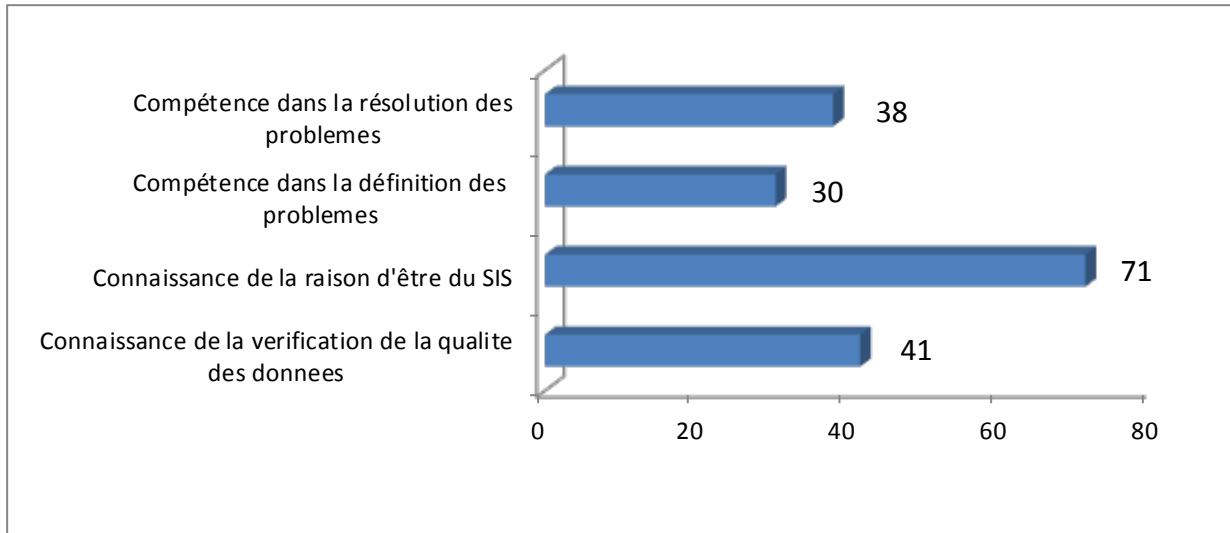
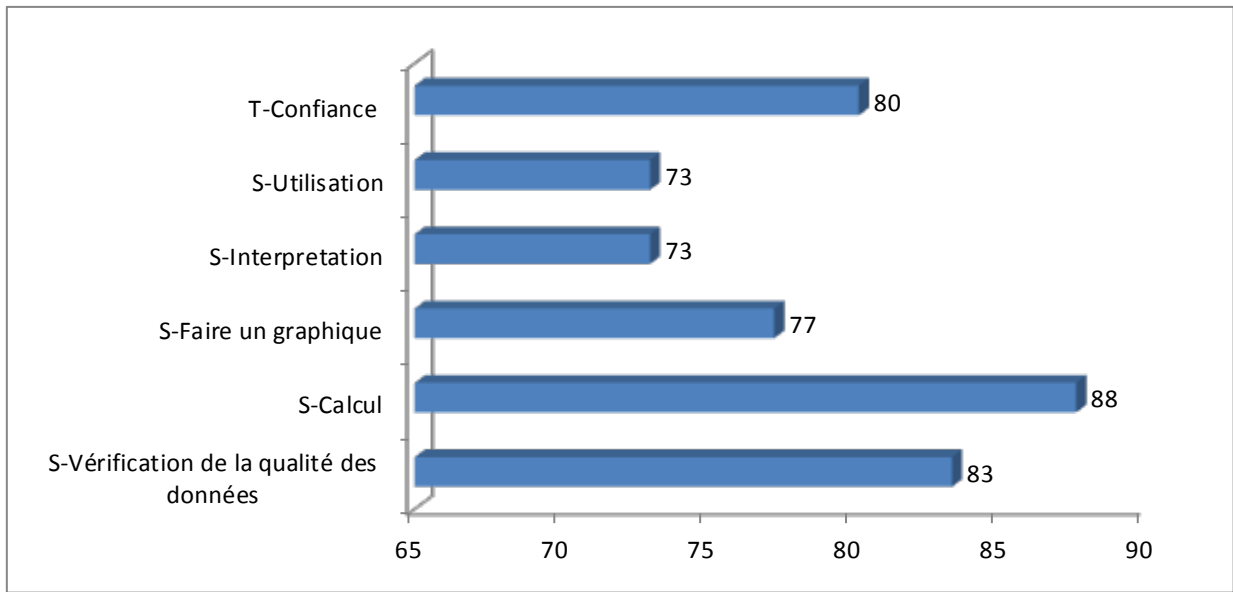


Fig 39: Connaissances moyennes sur la vérification de la qualité des données, la raison d'être du SISR au niveau du District

- **Niveau de confiance perçu** : Le score moyen global du niveau de confiance des acteurs du SISR dans l'exécution des tâches liées au SISR est élevé et de l'ordre de 80 sur 100. Les scores les plus hauts sont pour le calcul (88 sur 100) la vérification de la qualité des données (83%) et l'élaboration des graphiques (77 sur 100). L'interprétation et l'utilisation présentent les niveaux de score les plus faibles avec 73 sur une total attendu de 100 (Fig 40).



Fig

40: Comparaison entre les scores des niveaux moyens de confiance déclarés dans l'exécution des tâches en SISR au niveau District

- **Niveau de compétences observées :** Les performances du niveau District sont variables selon les aptitudes considérées et vont de 41 sur 100 pour la vérification de la qualité des données à 78 pour le calcul avec une compétence globale de l'ordre de 60 sur 100 (Fig 41), en nette décalage avec les niveaux de confiance déclarée (Fig 40).

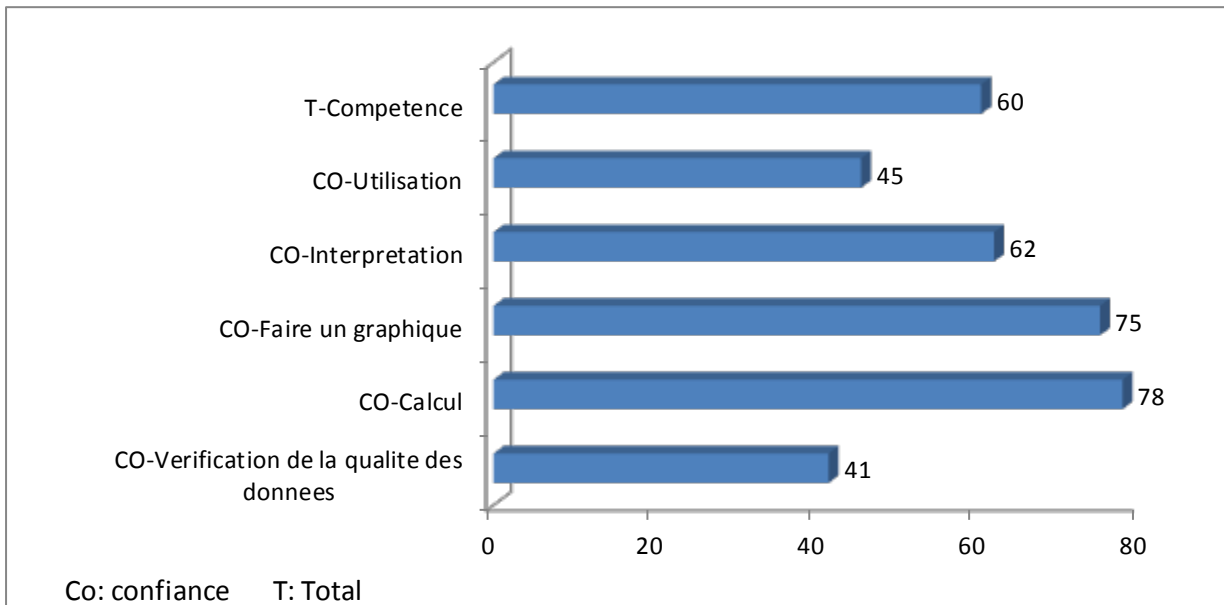


Fig 41 : Distribution des niveaux de compétences observées au niveau District

- **Motivation et système de récompense :** Le niveau de motivation perçu (79%) et de satisfaction sur le système de récompense (58%) sont illustrés tels exprimés par les acteurs du SISR des Districts sur la Fig42.

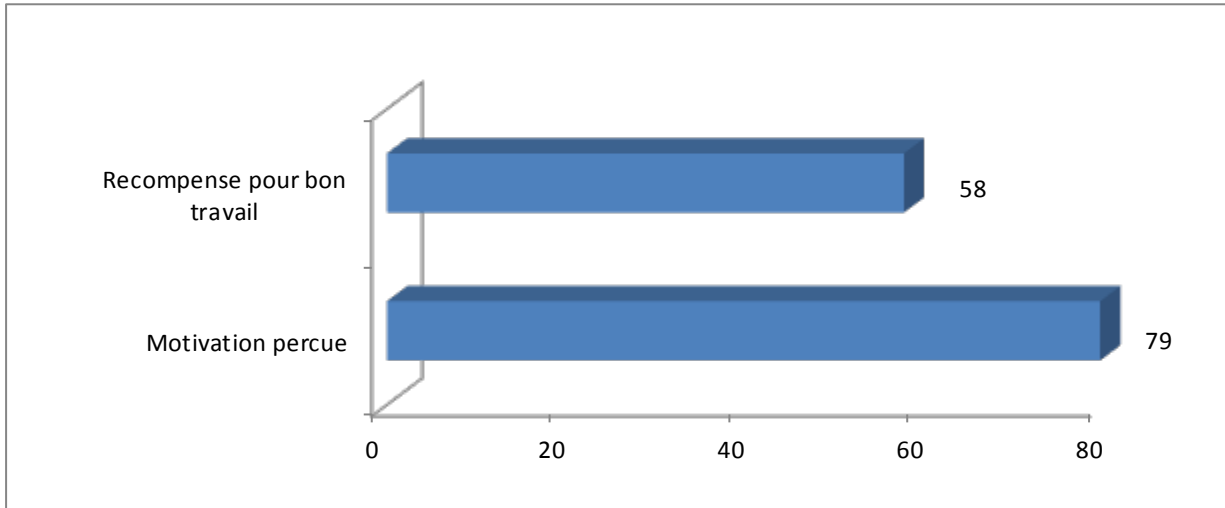


Fig 42: Comparaison entre score moyen de motivation et le système de récompense perçus au niveau District

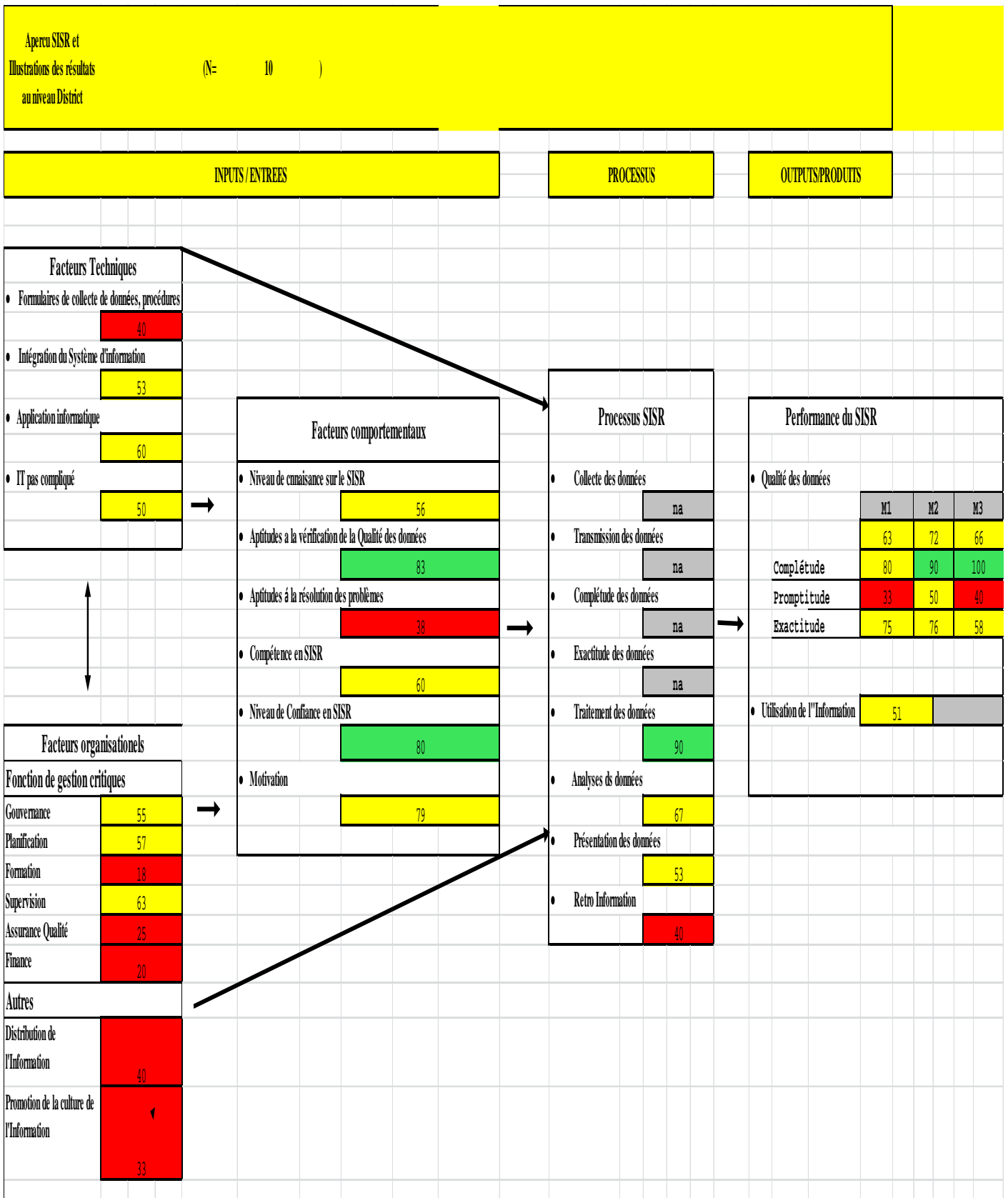


Fig 43: Résultats du niveau District sanitaire agrégés dans le cadre du PRISM

5.4. Niveau des formations sanitaires

5.4.1. Performance du système d'information au niveau CS/HP/HR/ CMC

- **5.4.1.1. Qualité des données :**

La qualité des données au niveau des formations sanitaires (CS, HP, HR et CMC) reste diversement variable. L'exactitude globale moyenne est de 53% sur les trois mois pour l'ensemble des indicateurs, la complétude moyenne des éléments de données sur les trois mois ciblés tourne autour de 90%. Les niveaux d'exactitude sur les trois périodes visées restent variables en fonction de l'indicateur sélectionné et dans le temps (Fig 64). Ainsi, on observe que 62% des formations sanitaires satisfont au critère fixé pour une bonne exactitude pour l'indicateur "Nombre de naissances vivantes au niveau FS, 60% pour le "nombre de femme enceintes ayant effectuées de la première visite prénatale CPN1", 57% pour le total des accouchements faits au niveau des formations sanitaires, 44% pour le nombre d'enfants ayant bénéficiés du PENTA 3, et 43% pour les premiers contacts ou nouveau consultants." (Fig 44).

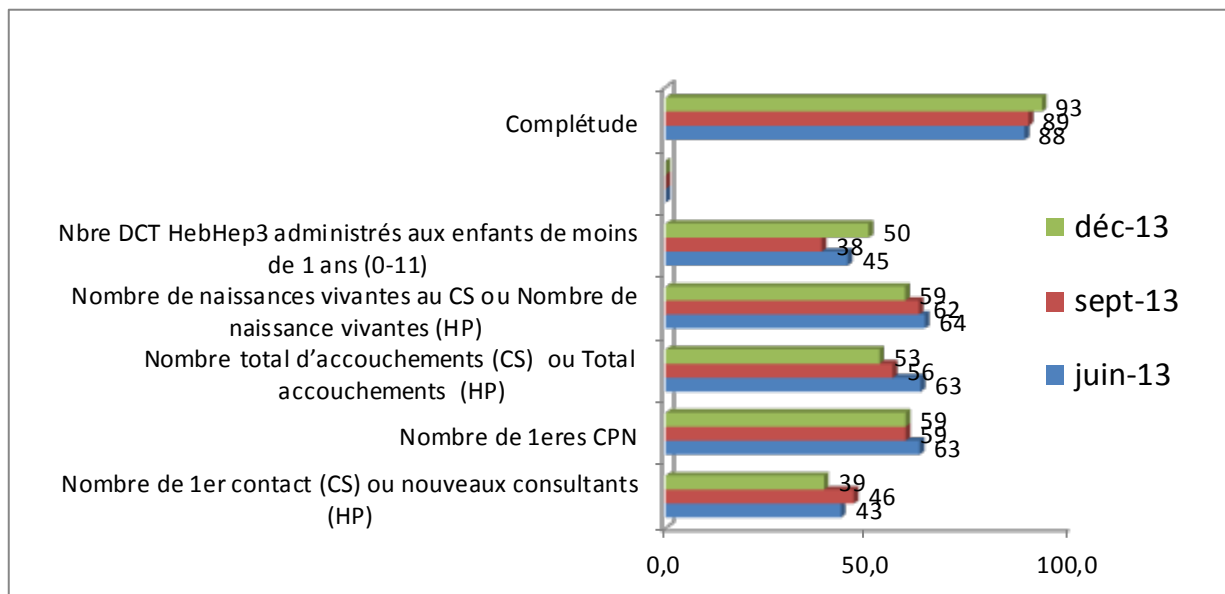


Fig 44 : Niveau de complétude et d'exactitude des données pour une série de données au niveau FS
% de FS qui satisfont aux critères fixés

Affichage des données : L'affichage des données est relativement plus important au niveau des formations sanitaires comparé aux niveaux région, District et Central bien qu'étant faible pour l'ensemble des domaines considérés. Plus de la moitié (62%) des formations sanitaires affichent les données relatives à la santé de la mère et de l'enfant contre respectivement 47 et 32% pour l'utilisation des services et la surveillance des maladies. Les mises à jour des données affichées ne sont pas systématiques et accusent un déficit de mise à jour variable allant de 70-20% selon les types de services. Les scores finaux d'affichage à jour tournent au tour de 53% (0,62x85) pour la santé de la mère, 50% (0,62x80) pour la santé de l'enfant, 44% (0,47x93) pour l'utilisation des services et 28% (0,32x87) pour la surveillance des maladies (Fig 45).

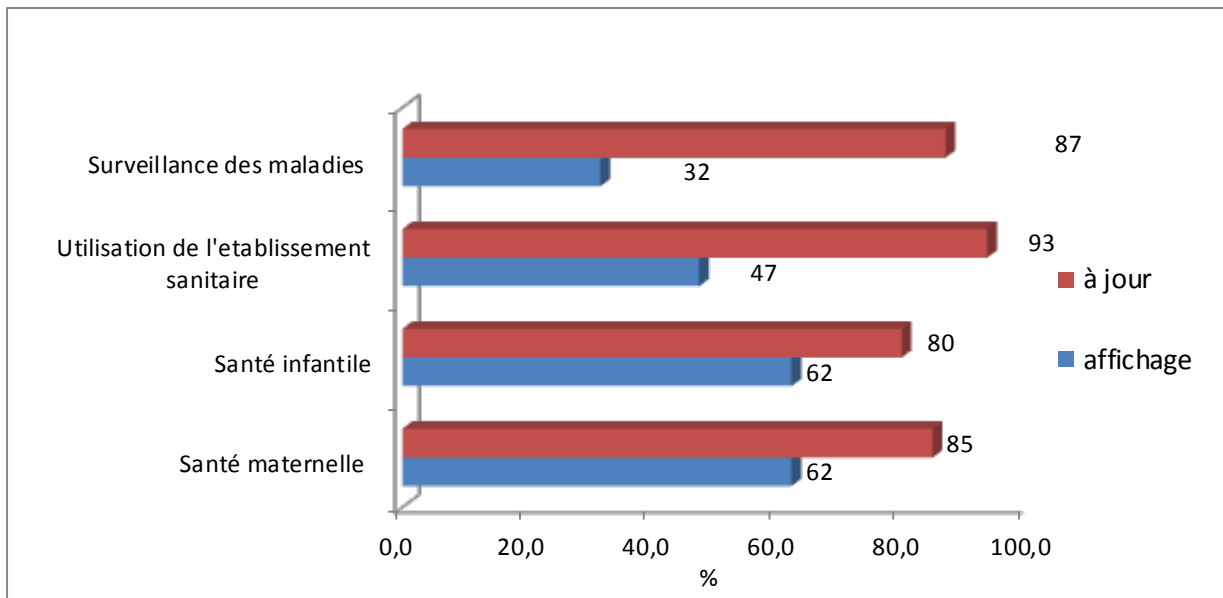


Fig 45 : Affichage des données et mises à jour par type de service au niveau des FS

- **Analyse des données** : en dehors des aspects liés au genre, les niveaux de type d'analyse tournent au tour de 50%. (Fig. 46).

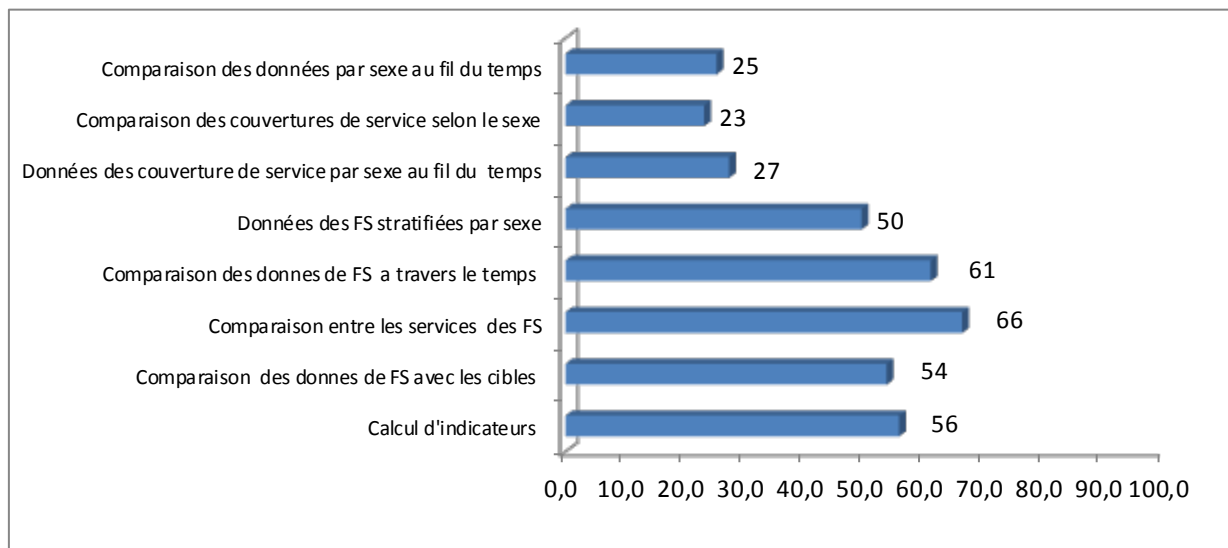


Fig. 46 : Types d'analyse au niveau FS

5.4.1.2. Utilisation de L'information :

L'utilisation dans les rapports est observable dans (4% des formations sanitaires après ajustement au global) ce qui relève plutôt du partage de l'information que de l'utilisation de l'information.

En terme de réelle utilisation, les *procès-verbaux de réunions*, sources principales du témoignage de la prise de décision, *étaient disponibles* dans seulement 63% des FS. Le score agrégé des "Discussions sur les données" autour de la qualité des données et/ou des résultats" est de 16 sur 100 après ajustement à l'ensemble des FS. Il s'agit par exemple de discussions sur la couverture des services, l'utilisation des

services, la surveillance des maladies, la rupture de stock et etc., menées lors des discussions. Les "décisions étaient prises, mises en œuvre et suivies" dans le temps avec un score de 12 sur 100 après ajustement. La "référence des problèmes au niveau supérieur" pour un appui ou aide externe n'était pas une pratique courante, car observée avec un score de 13 sur 100. En définitive, la combinaison des différents éléments évoqués ci-dessus indique que le niveau global moyen de score de l'utilisation de l'information est de 14 points sur un total de 100 (Fig 47).

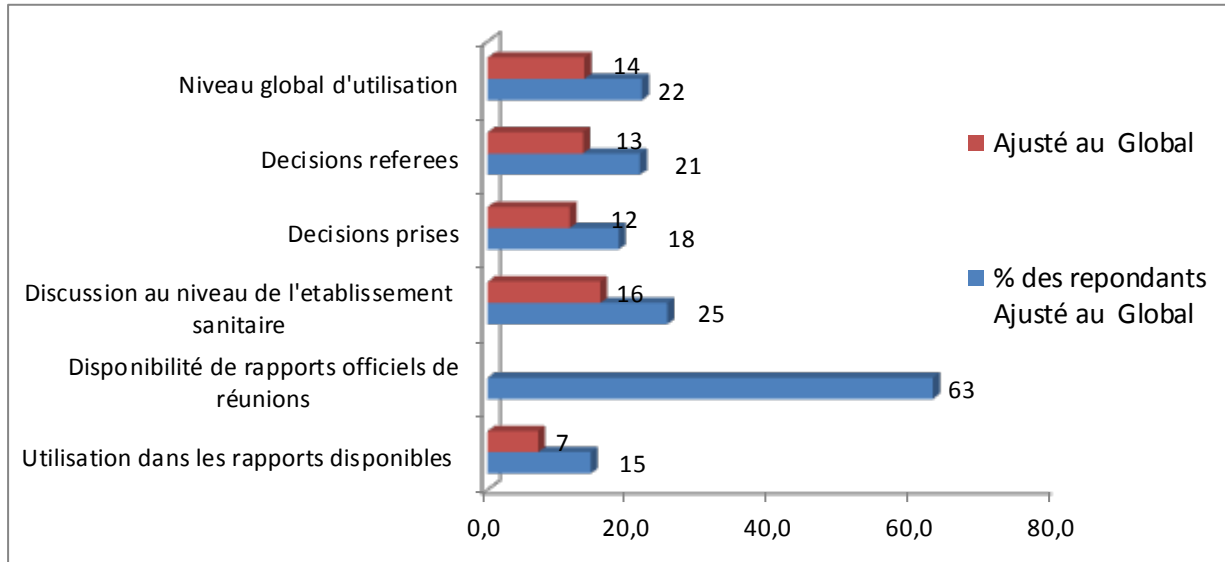


Fig 47: Niveau moyen de l'Utilisation de l'Information au niveau FS

- **Promotion de l'Utilisation de l'information** : La promotion globale de l'information était de 21% avec des scores très faibles au regard des documents existants sur la promotion de l'information (14%), les exemples de succès dans l'utilisation de l'information (7%). Les directives de l'utilisation de l'information les trois derniers mois ont été soulignées dans 31% des FS et les décisions prise étaient observées dans les plans d'action dans un peu plus de la moitié 34% des FS (Fig 48).

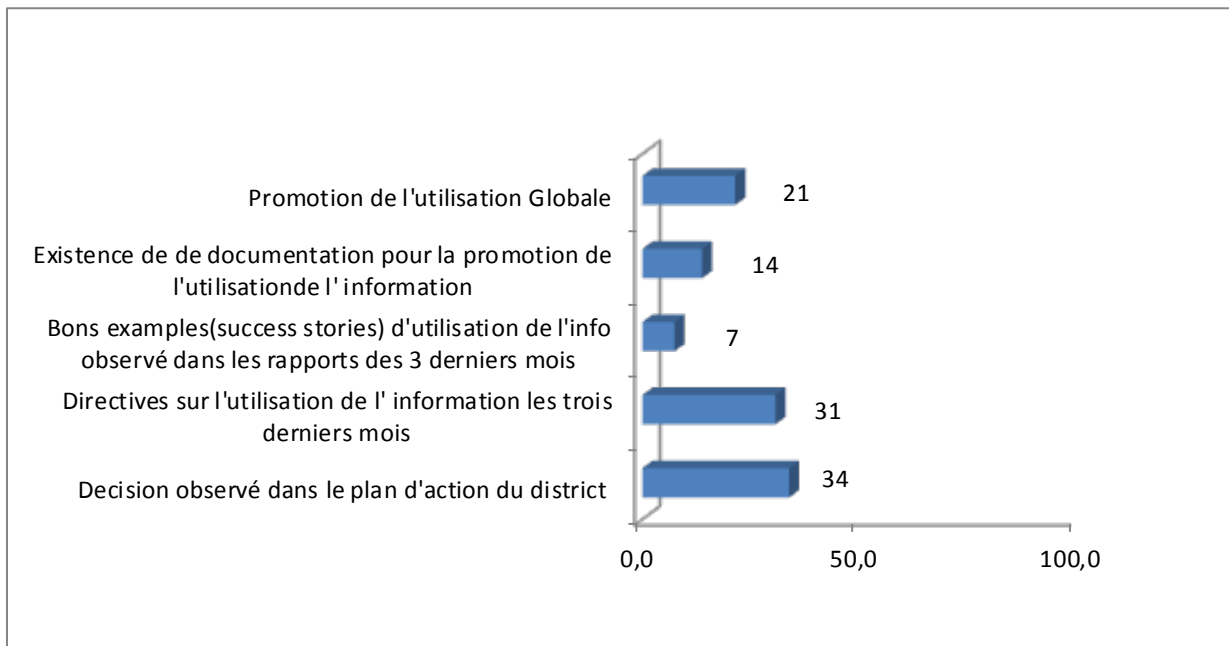


Fig 48: Promotion de l'utilisation de l'information au niveau FS

- **Discussion sur les données désagrégées par sexe et prise de décisions genre**

Les FS manipulent très peu les données relatives au genre (Fig : 49)

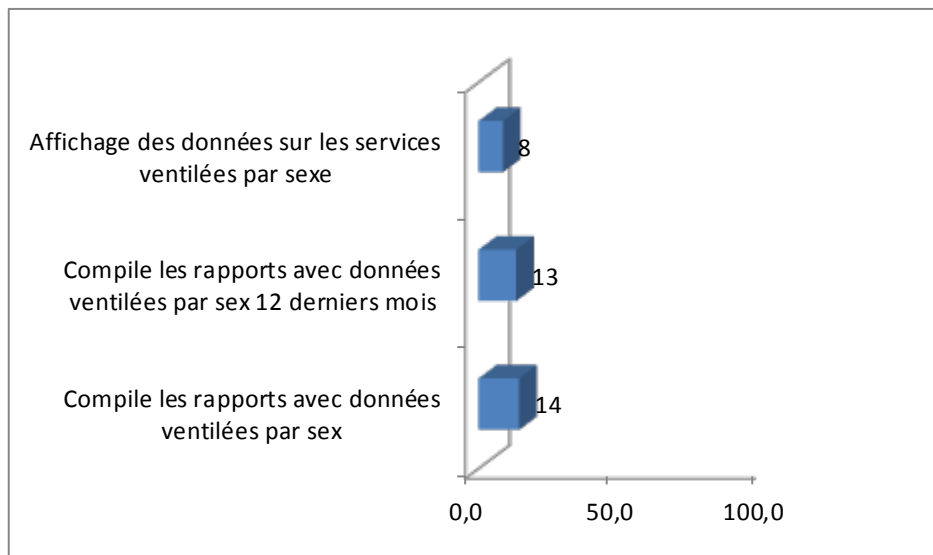


Fig 49: Proportion des FS qui adressent les aspects genres lors des discussions et pour la prise de décisions

5.4.2. Déterminants organisationnels

- Existence de processus SISR :

Les scores observés traduisent la quasi absence de directives écrites de SISR et particulièrement celles qui sont relatives à la collecte, le remplissage des outils (registres et rapports) et la promptitude des données tous en dessous de 30%. Si le score de l'affichage est autour de 66%, ceux de l'analyse et de la retro information sont respectivement de 59 et 49%. La promotion de l'utilisation des données est de l'ordre de 21% (Fig 50).

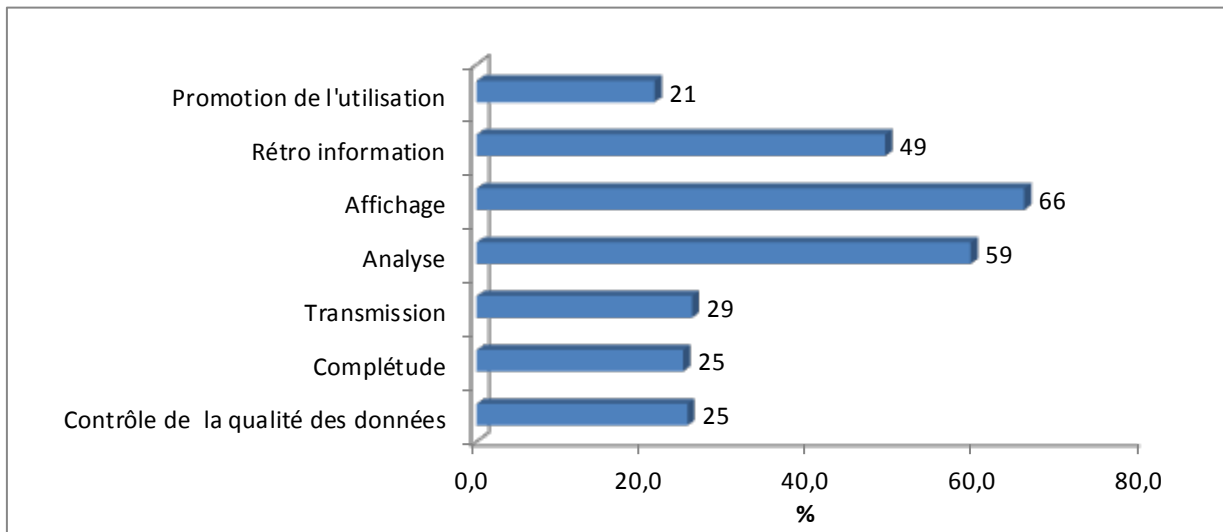


Fig 50 : Niveau d'existence des processus SISR au niveau des FS

- Qualité of supervisons :

La fréquence des supervisons a été jugée faible sur les trois derniers mois qui ont précédé l'enquête. Environ 12% des formations sanitaires n'ont pas du tout été supervisées contre 40% qui ont reçu une supervision, 23% avec 2 supervisons et 25% avec au moins 3 supervisons conduites (Fig 51). Les structures supervisées déclarent avoir vu les superviseurs avec des grilles de supervision dans 80% des cas (même si ces dernières ne sont pas standards) et que ces derniers ont abordé le contrôle de la qualité des données dans 91% des FS supervisés et les discussions sur les données du SISR dans 86% des cas. L'évaluation a révélé qu'il n'y a eu lors des supervisons ni d'aide à la prise de décision lors des supervisons dans 75% des sites supervisés, ni de retro information systématique dans près de 97% des FS évaluées (Fig 52).

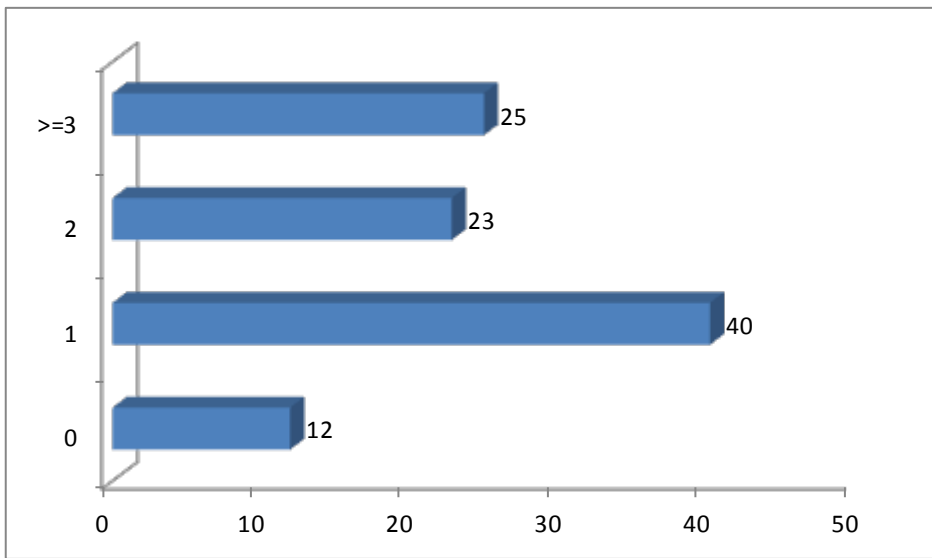


Fig 51 : Fréquence des supervisions conduites au niveau FS

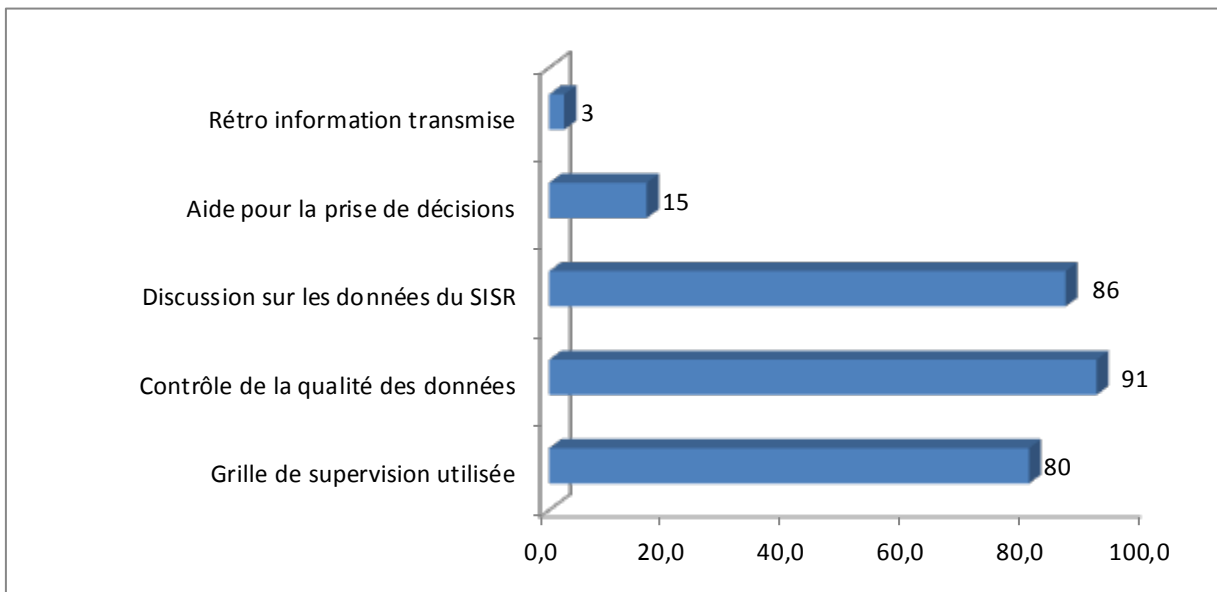


Fig 52: Qualités de la supervision conduites au niveau FS

- **Fonctions critiques de gestion du SISR** : Toutes les fonctions critiques de gestion et de support du SISR ont des scores de moins de 42 sur 100 au niveau des FS: Finance (41 sur 100), Supervision et qualité (35 sur 100), Planification (46 points sur 100), Gouvernance (23 sur 100), et la Formation 6%. (Fig. 53).

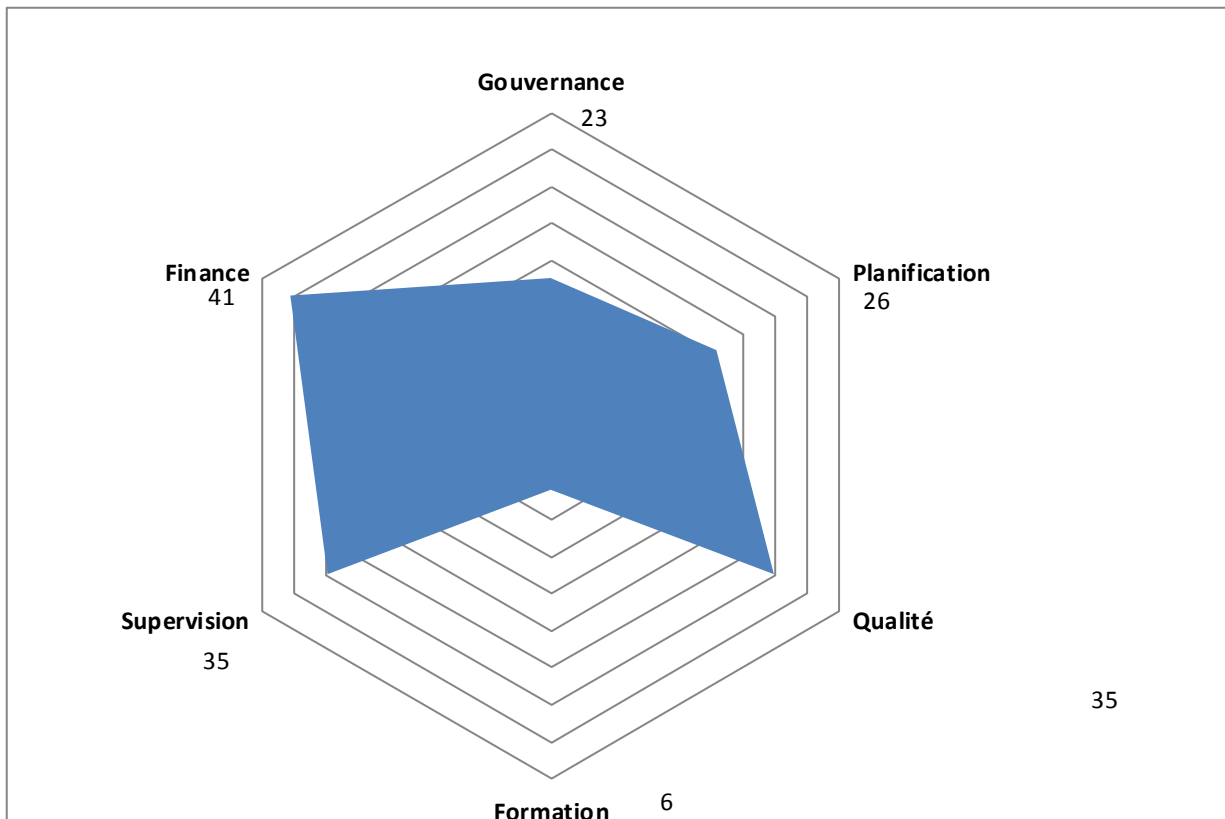
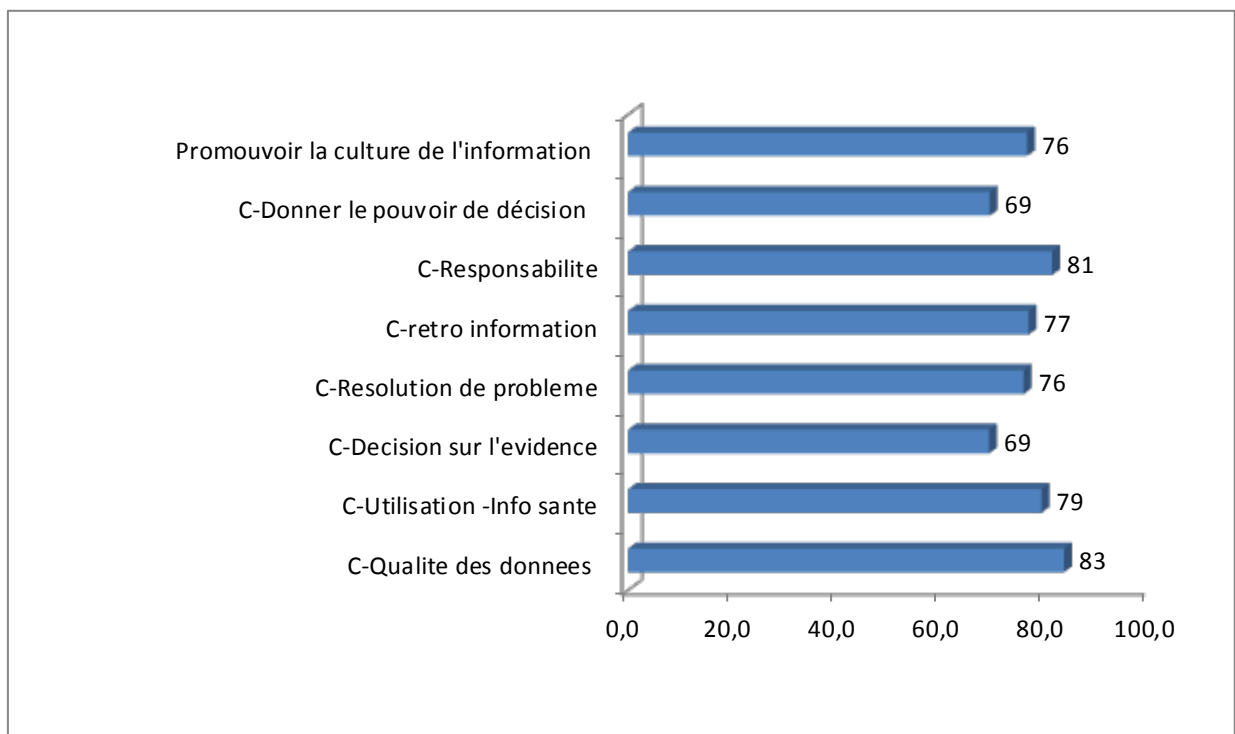


Fig 53 : Niveau de support des fonctions critiques de gestion au sein des FS

- **Promotion de la culture de l'Information:** Les dimensions de la culture de l'information sont au-dessus de 70% sauf pour les décisions basées sur l'évidence et la délégation de pouvoir avec une promotion de globale est de 76% (Fig 54).



Ressources matérielles: L'absence de ressources matérielles a été observée dans la majorité des FS dans des proportions variables allant de 11% pour la calculatrice à 85% pour le tel radio (table 10).

Table 10 : Distribution des ressources matérielles en %

Materiels	Nombre de matériels		
	0	1	>=2
Ordinateur	86	8	5
Support de sauvegarde	3	97	
Imprimante	95	3	2
Onduleur	98	2	0
Groupe electrogene	99	1	0
Telephone normal	99	1	0
Téléphone Mobile	74	23	2
Téléphone radio	94	5	1
Acces a Internet	9	91	
Calculatrice	26	31	43

- **Disponibilité des commodités courantes :** les ressources et matériels essentiels étaient présentes dans 65% des FS pour l'eau courante, 41% % pour l'électricité et seulement 4% pour le climatiseur.
- **Disponibilités des outils de gestion:** Les registres de consultations étaient disponibles de façon satisfaisante (+70%) au moment de l'enquête. Les ruptures de stock enregistrées sur les 12 derniers mois ont été observées dans 23 à 54% des FS et pour tous les outils de collecte primaires. Les ruptures d'outils étaient plus fréquentes avec les fiches de consultations prénatales (54%) et celles infantiles (45%) suivi respectivement par les registres de consultation curative (34%) et d'accouchement 23% (Fig 55).

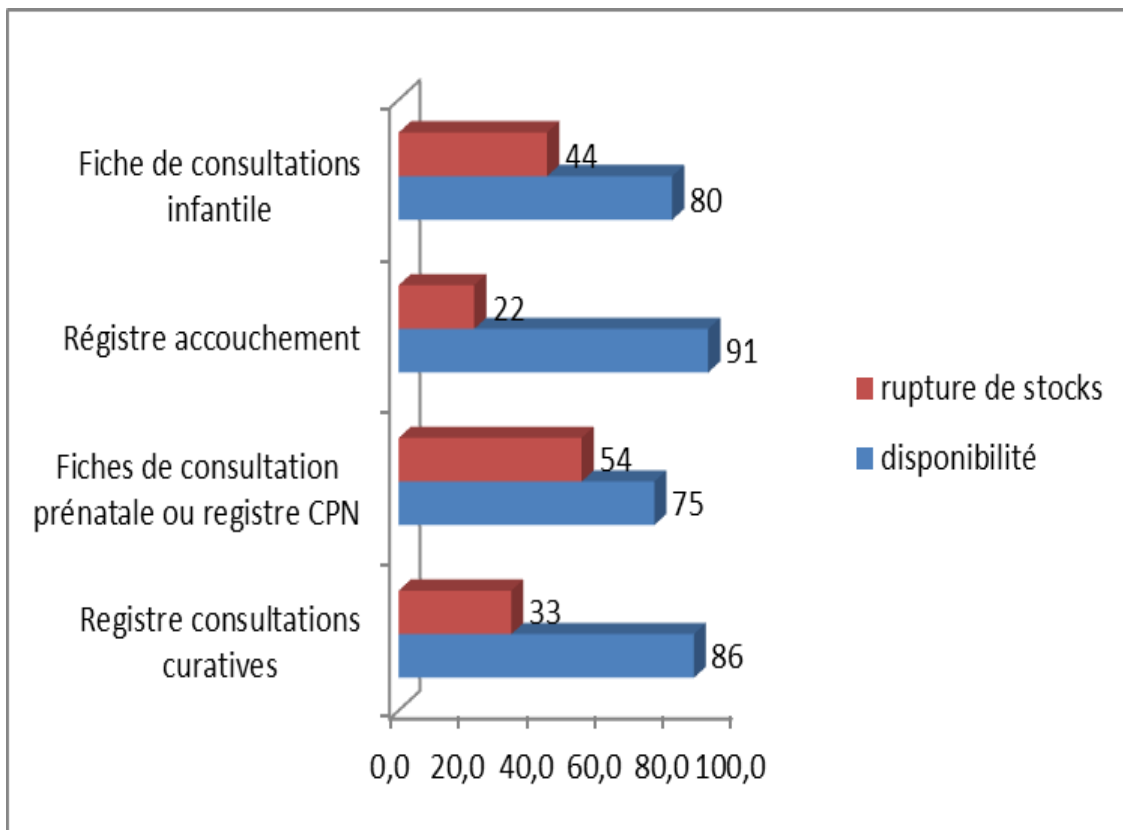


Fig 55: Disponibilité et rupture de stock des registres de consultations

- **Ressources humaines** : au niveau des FS, on note un déficit de personnel doublé d'un manque de formation dans le domaine du SISR (table 11).

Table 11: Distribution des ressources Humaines

Ressources humaines	Moyenne	% formés
Médecin	2,0	2,6
Médecin stagiaire	0,6	1,7
Pharmacien	0,4	2,4
Pharmacien stagiaire	0,1	0,0
Biologiste	0,6	3,4
Biologiste stagiaire	0,9	0,0
Laborantin /technicien Labo	0,5	2,3
Laborantin /technicien Labo stagiaire	0,4	0,0
Technicien de Santé Publique	0,1	83,3
Technicien de Santé Publique stagiaire	0,4	0,0
Infirmier d'Etat	2,4	1,8
Infirmier d'Etat stagiaire	0,4	0,0
Sage-femme	1,9	1,1
Sage-femme stagiaire	0,8	0,0
Agent Technique de Santé	8,9	1,4
Agent Technique de Santé stagiaire	8,0	0,0
Autres	6,1	0,0

5.4.2.3 Déterminants comportementaux :

- **Niveau de connaissance** : Les scores moyens des niveaux de connaissance des acteurs du SISR des FS sont très variables allant de la raison d'être du SISR (65 sur 100), à la connaissance de la vérification de la qualité des données (36 sur 100) en passant par ceux de la définition des problèmes de la résolution avec des scores de 48 sur 100 et 51 sur 100 respectivement (Fig 56).

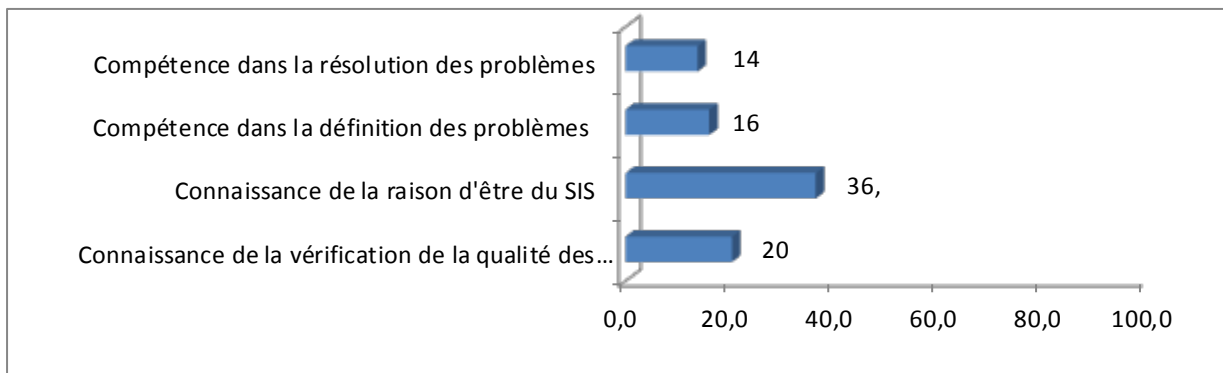


Fig 56: Niveaux de connaissances dans la vérification de la qualité des données et de la raison d'être du SISR

- **Confiances déclarées** : le niveau de confiance sont relativement appréciables pour la vérification de la qualité des données, le calcul et les graphiques et un peu plus faible pour l'interprétation et l'utilisation pour un niveau de confiance globale de 59 sur une échelle de 100. (Fig 57).

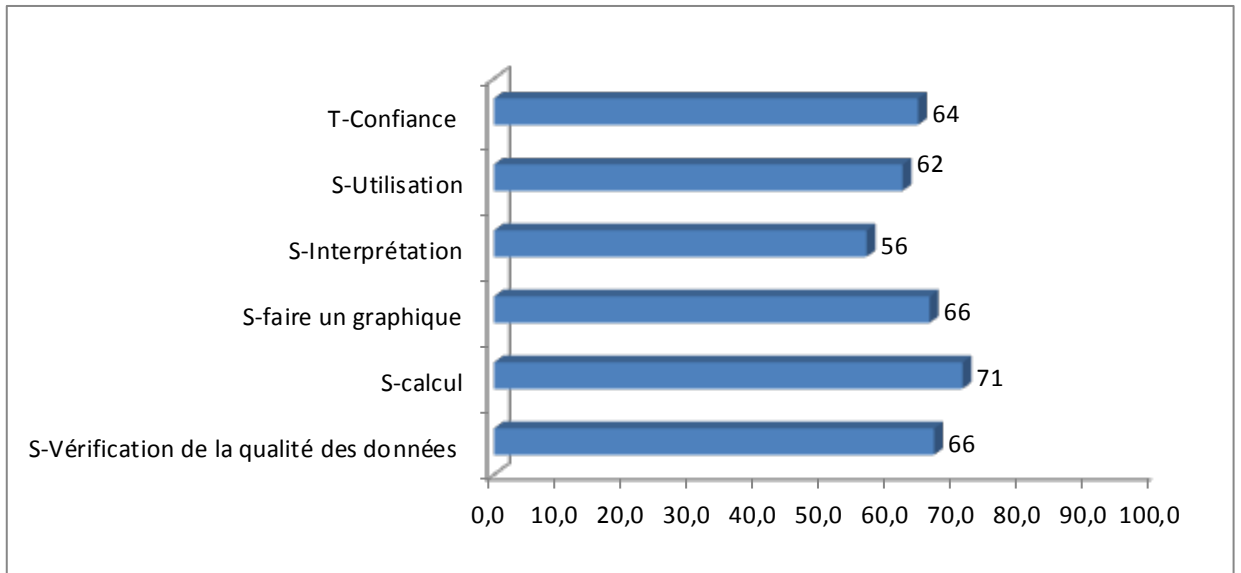


Fig 57: Niveau moyen de confiance déclarée dans l'exécution des tâches de SISR

- **Compétences observées** : les niveaux de compétences sont beaucoup plus faibles au niveau FS avec les scores les plus faibles pour l'interprétation (37 sur 100), la vérification de la qualité des données (25 sur 100), utilisation (23 sur 100), une compétence globale de 34 sur 100 (Fig. 58).

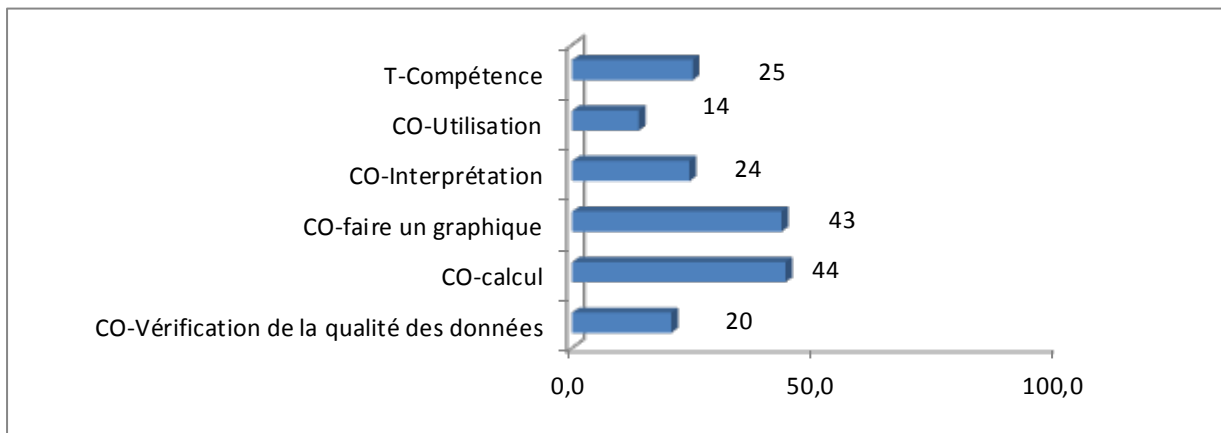


Fig 58: Niveau de compétences dans l'exécution des tâches de SISR

- **Motivation et système de récompense** : les acteurs du SISR au niveau FS expriment un niveau appréciable de motivation (69 sur 100) doublée de la reconnaissance du système de récompense pour score de 58 sur 100 (Fig 59).

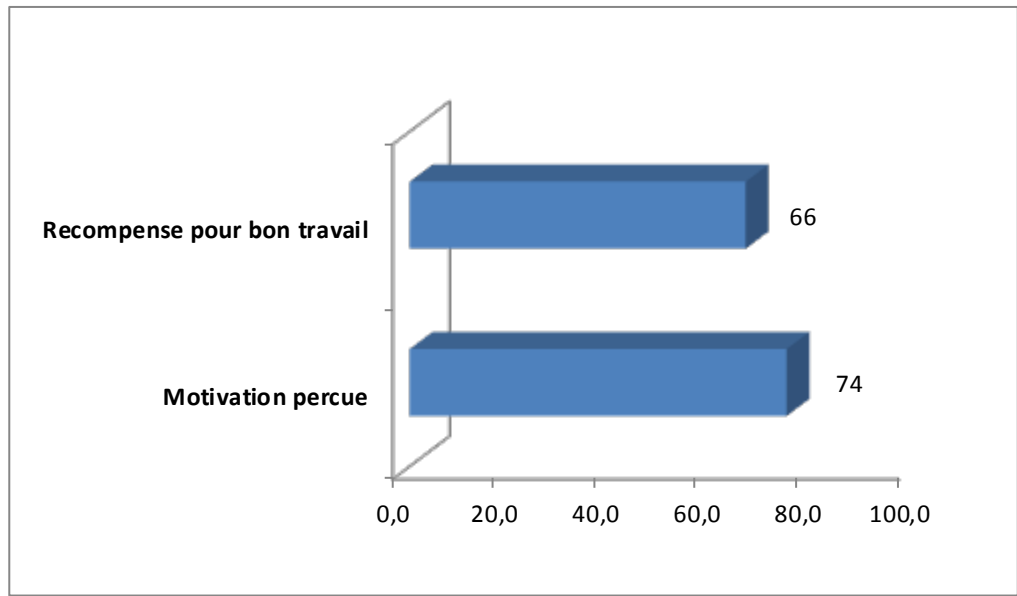


Fig 59: Score de la motivation et du système de récompense

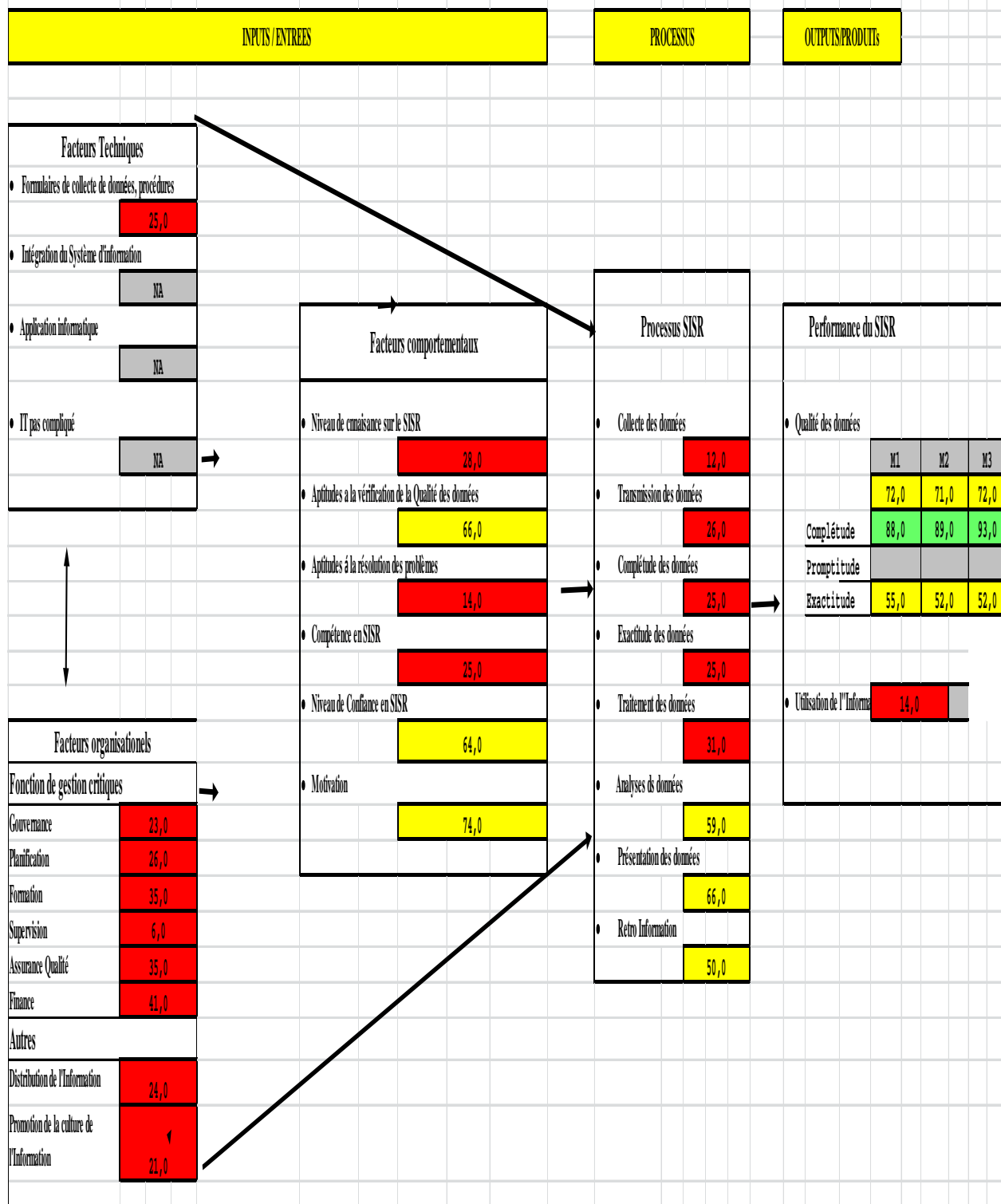


Fig 60: Résultats du niveau Formation sanitaire agrégés dans le cadre du PRISM

VI. Discussion et conclusions :

6.1. Discussion

6.1.1. Qualité des données :

L'observation de la qualité globale des données indique de façon très claire que le niveau de la qualité des données est variable selon les niveaux.

Au niveau central, La complétude et la promptitude des rapports sont loin d'être satisfaisants au regard des critères qu'on s'est fixés. Ceci serait dû en partie à cause de l'absence d'un bon archivage et au défaut d'enregistrement standard des dates de réceptions des rapports. L'exactitude des données étaient en dessous des critères fixés pour deux indicateurs (la dose de vaccin Penta 3 administrée aux enfants de moins de 1 an, et le nombre de premier contacts ou nouveaux consultants) et ce pour l'ensemble des trois mois considérés. Pour trois indicateurs sur les cinq choisis, l'exactitude était aussi mauvaise pour au moins un mois (le nombre de naissances vivantes au niveau des formations sanitaires pour le mois de septembre, le nombre d'accouchements au CS ou HP en Juin 2013, ainsi que le nombre de 1ere CPN pour le mois de Décembre (Fig 2). Ces variations observées dans l'exactitude des données traduisent une inconsistance dans les façons de faire des acteurs à ce niveau.

Au niveau régional, la qualité des données avait une relative bonne exactitude sauf pour celle observée en Décembre 2013. Cette exactitude était faite juste pour le DSVCO car les autres régions n'avaient pas de base de données RAMIS fonctionnelle ou accessible. Sur la période des trois mois pris ensemble, les exactitudes des données étaient de 100% pour quatre variables sur cinq. Celle du penta 3 quand a elle tournait autour de 67%. L'exactitude globale prenant en compte les cinq variables mois après mois donne des résultats de l'ordre de 100, 100 et 80% pour Juin, Septembre et Décembre respectivement.

La complétude des rapports étaient globalement de 73% avec quelques variations entre les trois mois (60, 80 et 80 respectivement) pour une promptitude nulle (Fig 14).

Les Districts, niveaux opérationnels du système santé affichent des performances variables et en cloche en terme de promptitude du rapportage des données pour l'ensemble des trois mois (Juin, Septembre et Décembre 2014). Les complétudes des rapports pour les trois mois étaient graduelles allant de 80, 90 et 100% respectivement. La promptitude globale des rapports était de 41% pour une complétude globale de 90% et une exactitude moyenne globale de 69 pour l'ensemble des indicateurs (Fig 28).

Si presque l'ensemble des Districts enquêtés ont une bonne complétude des rapports minimum de 8/10 sur les trois périodes considérées, les autres dimensions de la qualité des données restent faibles pour la promptitude et très variables pour l'exactitude selon les indicateurs et la période (Fig 28).

La proportion des Districts qui ont une exactitude acceptable variaient entre 44% et 89% selon les indicateurs et le mois considéré. Si l'on considère l'exactitude moyenne des données sur les trois mois de façon spécifique, elle était de 79% pour le nombre de premier contact ou nouveaux consultants, 71% pour le nombre de CPN 1 et Nombre d'accouchement au Centre de santé et HP, 67% pour le nombre d'enfants ayant bénéficié du Penta 3 et 60% pour le nombre de naissances vivantes au centre de santé et/ou HP.

Au niveau FS (CS, HP, HR et CMC), la qualité des données reste diversement variable. L'exactitude globale moyenne est de 53% sur les trois mois pour l'ensemble des indicateurs, la complétude moyenne des éléments de données sur les trois mois ciblés tourne autour de 90%. Les niveaux d'exactitude sur les trois périodes visées restent variables en fonction de l'indicateur sélectionné et dans le temps (Fig 64). Ainsi, on observe que 62% des formations sanitaires satisfont au critère fixé pour une bonne exactitude pour l'indicateur "Nombre de naissance vivantes au niveau FS, 60% pour le "nombre de femme enceintes ayant effectuées de la première visite prénatale CPN1", 57%

pour le total des accouchements faits au niveau des formations sanitaires, 44% pour le nombre d'enfants ayant bénéficiés du PENTA 3, et 43% pour les premiers contacts ou nouveau consultants." (Fig 44).

La complétude moyenne des éléments de données des rapports mensuels était très appréciable 90%. Ceci constitue une performance si l'on tient compte du nombre de données collectées. Même si cette complétude est bonne, on se rend compte qu'elle finit par prendre un coup au fur et à mesure qu'on s'élève dans la pyramide sanitaire à cause des défauts des complétudes des rapports de l'ordre de 10% par niveau.

Les variations observées dans les niveaux d'exactitudes sont principalement dues à l'absence des directives nationales écrites ou processus SISR qui laissent libre cours aux acteurs du SIS la possibilité de travailler de façon non standardisée. D'autres raisons telles que la fréquence des ruptures de stock des registres standards et fiches de consultations dans les différents types de service, l'insuffisance des ressources humaines et de formations ciblées sur le SISR ont également contribué à la faible performance par endroits..

Les plus faibles exactitudes ont été enregistrées avec le Penta 3. Ces raisons seraient dues en partie au fait que les enfants hors aire n'ont pas de fiche de consultation infantile ou à l'inexistence de fiche de rapportage ou de transmission standards entre les poste de santé et les centre de santé. Aussi, il est important de souligner ici la déperdition des informations relatives à la CPN et les vaccinations réalisées au niveau des structures de référence CMC et Hôpitaux qui ne sont pas prises en compte dans les rapports mensuels de façon systématique (surtout les données liées à la CPN). Certaines données de vaccination sont rapportées par endroits au niveau DCS pour être ajouté au total du district (observation faites lors du pré test du questionnaire). Aussi, pour le nombre de premier contact, le décompte se faisait plus souvent sur le numéro d'ordre du registre alors que des sauts fréquents ont été observés dans la numérotation. Ce qui entraîne automatiquement soit une sous-estimation ou une surestimation selon la nature du saut

Table 12: résumé des résultats globaux sur la qualité des données

QUALITE DES DONNEES	UNITE CENTRALE	REGION	District	FS
Qualité globale	13	NA	67	72
Promptitude des données rapports	0	0	41	NA
Complétude des rapports mensuels/	0	93	90	
Complétude des éléments du rapport mensuel au niveau FS	NA	NA	NA	90
Exactitude moyenne des données	40	93	69	53

(DSVCo)

L'analyse de la performance du SISR indique qu'elle pourrait avoir été affectée par divers facteurs tels que : l'absence de grille de supervision standards et de manuel de normes et procédures de gestion de données, de la faiblesse de l'archivages ou de classement des données à tous les niveaux intermédiaires, un manque de rétro-information entre les différents niveaux, ainsi qu'une faiblesse de l'affichage.

Dans le même registre, Il faut également noter l'absence de supervision dans 12 % des formations sanitaires et la faiblesse de la qualité de la supervision là où elle sont faites qui n'a pas permis d'aider les acteurs à résoudre leurs problèmes, ni de documenter cette supervision par un feedback qui s'appuierait sur des recommandations à suivre.

Le non rappel des directives sur la collecte des données au regard de la mobilité du personnel et le manque d'entretien des registres sont des raisons supplémentaires de la faiblesse de l'enregistrement des cas qui pose des problèmes énormes de décompte dans les registres au moment de la préparation des rapports mensuels avec une incidence certaine sur le niveau d'exactitude des données.

6.1.2. Utilisation de l'information

L'utilisation de l'information n'a pu être documentée au niveau central, simplement parce que les procès-verbaux de réunions (PV) n'étaient pas disponibles pour confirmer la tenue de réunions régulières sur les données du SISR pour attester de l'utilisation de l'information.

Au niveau région, la disponibilité des PV de réunions était confirmée dans 80% des régions ce qui a permis de relever un niveau d'utilisation globale de l'ordre 25 sur une échelle de 0-100

Au niveau district, bien que la proportion des districts ayant des PV soit voisine du niveau des régions, le score résultant sur l'utilisation de l'information est le double de celui observé au niveau région à cause des discussions conduites sur les données, les prises de décisions et références aux niveaux supérieurs plus fréquents au niveau District.

Au niveau Formation sanitaire, le niveau d'utilisation est resté faible autour de 14 sur une échelle de 0-100. Ce niveau faible s'explique aisément par le niveau faible de formation par rapport à l'utilisation de l'information, mais également au fait que ce niveau consacre l'essentiel de son temps à offrir les soins et à préparer les rapports laissant les soins aux autorités supérieures d'analyser et de prendre des décisions

Le niveau d'utilisation de l'information est faible à tous les niveaux et il peut être considéré moyen au niveau district. Ces niveaux d'utilisation de l'information sont plus ou moins en accord avec le niveau de la promotion de l'utilisation de l'information au niveau central, District et FS et dans une moindre mesure avec le niveau région sans prétendre conclure que la seule promotion suffit pour élever le niveau d'utilisation de l'information (Table 13). Ces niveaux d'utilisation de l'information très faibles pourraient s'expliquer par la faiblesse de l'archivage qui n'a peut-être pas permis de documenter les expériences d'utilisation de l'information en s'appuyant sur les critères d'utilisation de l'information (procès-verbaux de réunions, discussions sur les données du SISR, prise de décisions au cours des discussions, suivi des décisions prises et références au niveau supérieur). En conséquence, même si l'information a été utilisée pour prendre des décisions, à l'absence de preuves certaines, cette utilisation n'a pu être prise en compte au cours de l'évaluation. Aussi, même si les réunions se tiennent et les PV sont tenus, parfois ces derniers sont de mauvaises qualité (manque de fidélités par rapport aux discussions tenues) doublée très généralement d'une absence de suivi des décisions prises lors des réunions.

Table 13: Niveau d'utilisation globale de l'information et promotion de l'utilisation de l'information

Utilisation et promotion de l'utilisation des données	Central	Région	District	FS
Niveau d'utilisation de l'information	0	25	51	14
Promotion de l'utilisation de l'information	25	57	33	21

6.1.3. Déterminants de la performance :

Les déterminants techniques révèlent que la base de données utilisée, le RAMIS est un ensemble de fichiers Microsoft Access. Un fichier de donnée, un fichier pour les états et le fichier programme contenant les formulaires de saisie. C'est un dossier qui n'a pas besoin d'installation. Les formulaires sont à l'image du rapport mensuel du SIS et cela facilite les saisies. Son module d'importation et d'exportation permet de faire la transmission et la compilation des données aux différents niveaux intermédiaires et au niveau central. Le paramétrage du RAMIS est relativement facile. Au moment de l'évaluation, le logiciel présentait quelques bugs notamment au niveau du module de génération des états qui était en cours de finalisation.

Les chargés SIS ont presque (80%) tous reçus une formation sur le RAMIS au niveau décentralisé, mais les compétences des agents ne sont pas très appréciables particulièrement au niveau central et régional par rapport à la génération des rapports et des états. Ceci traduit un défaut de coaching et de supervision formative qui n'ont pas été conduits par l'équipe technique de la BSD.

Si l'on continue de saisir les données de toutes des années dans une même base de données, la base de données sous ACCESS arrivera à saturation très rapidement. Il va donc falloir créer une base de données par année.

L'instabilité de l'électricité endommage les ordinateurs aux niveaux périphériques. Les machines ayant le RAMIS devraient faire l'objet de régulières maintenances informatiques. Il faudra faire en sorte de disposer d'une installation pour énergie solaire spécialement pour le bureau du Chargé SIS.

Aussi, lors des exportations de données pour la transmission, le système d'archivage manque de procédures standards et appelle à sa mise en place pour garantir une nomenclature standardisée de nomination des fichiers de sauvegarde (RAMIS) qui permettrait de faciliter le classement et la consultation des fichiers importés selon une certaine chronologie susceptible de garantir la traçabilité des données tout en offrant des opportunités de contrôle de la qualité des données dans le temps.

Si l'application offre une plateforme de saisie et de consultation conviviale, elle n'offre pas de module d'aide à la prise de décision pour offrir des opportunités d'analyses et ultimement d'utilisation des données a porté de main à tous les niveaux intermédiaires avec une possibilité des fournir des feedback aux niveaux inférieurs.

Sur le plan des **facteurs comportementaux** (OBAT), nous avons observé au **niveau Central** des écarts entre les niveaux globaux de confiance déclarée et de compétences réelles observées dans l'exécution des tâches du SIS. Un écart entre les deux niveaux était de respectivement. Sur le plan aptitudes individuelles, à l'exception de la

vérification de la qualité des données, des écarts importants ont été observés allant de 41 % à 69% particulièrement entre le niveau de confiance déclarée et de compétence observée en calcul, interprétation et utilisation des données par exemple, ce qui suggère fortement d'un besoin de formation à ce niveau (Fig 61).

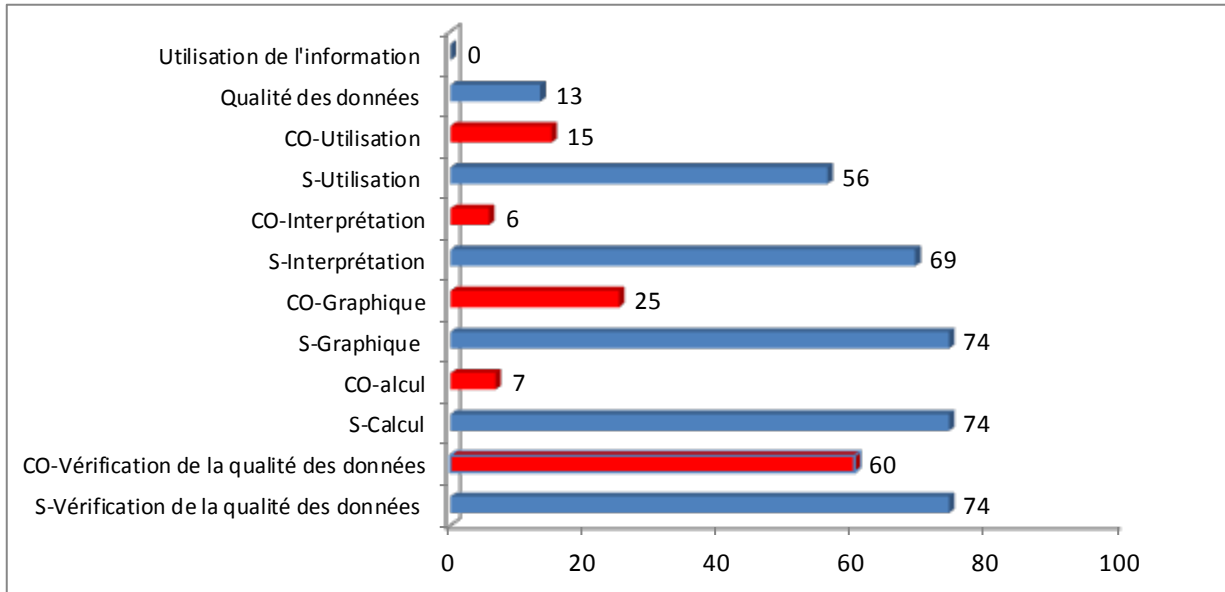


Fig 61: Comparaison entre les niveaux moyens de confiance perçus et de compétences observées dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central en %

La promotion de la culture de l'information faible au niveau central ne pouvant pas, par elle seule, garantir non seulement la qualité, mais aussi l'utilisation de l'information (Fig 62). Elle suggère implicitement qu'une combinaison de facteurs est nécessaire pour agir sur la performance du système dans son ensemble.

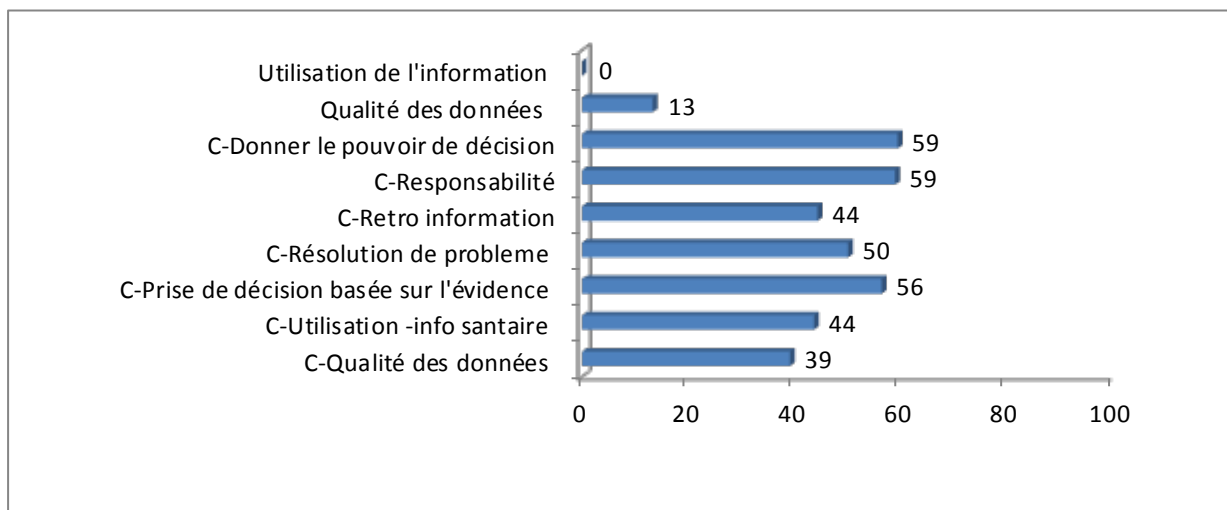


Fig 62: Comparaison entre différentes dimensions de la culture de l'information, la qualité et l'utilisation des données au niveau Central

Le constat précédent est aussi illustré dans le graphique (Fig 63) à l'exception de la dimension vérification de la qualité des données qui montre que la promotion de la culture de l'information est en désaccord avec les aptitudes

liées à la vérification de la qualité des données plus élevées sans toutefois soutenir nécessairement les aptitudes en utilisation des données et résolution des problèmes.

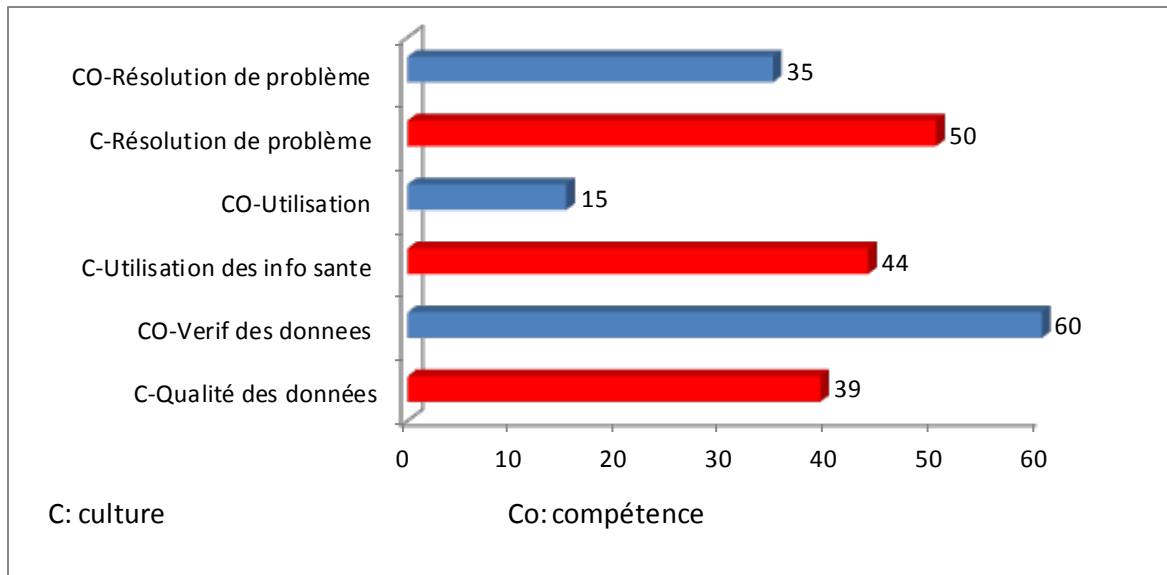


Fig 63: Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences moyennes observées dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central

Au Niveau de la région, les écarts notés entre les niveaux de confiance et les compétences observées correspondantes restent très grands (73 versus 38%) suggérant que les acteurs du SIS à ce niveau se sont plus confiant dans l'exécution des tâches dévolues au SISR qu'ils ne le sont réellement en terme de compétences réelles. Les plus grands écarts sont observés pour l'utilisation (61 points), la vérification de la qualité des données (46 points) et l'interprétation (35 points). Ces éléments sont clairement reflétés dans les scores en termes de qualité des données et niveau d'utilisation de l'information (Fig 64). Sans être les seules facteurs contributeurs, ces aptitudes joueraient un rôle déterminant dans la performance du système à ce niveau.

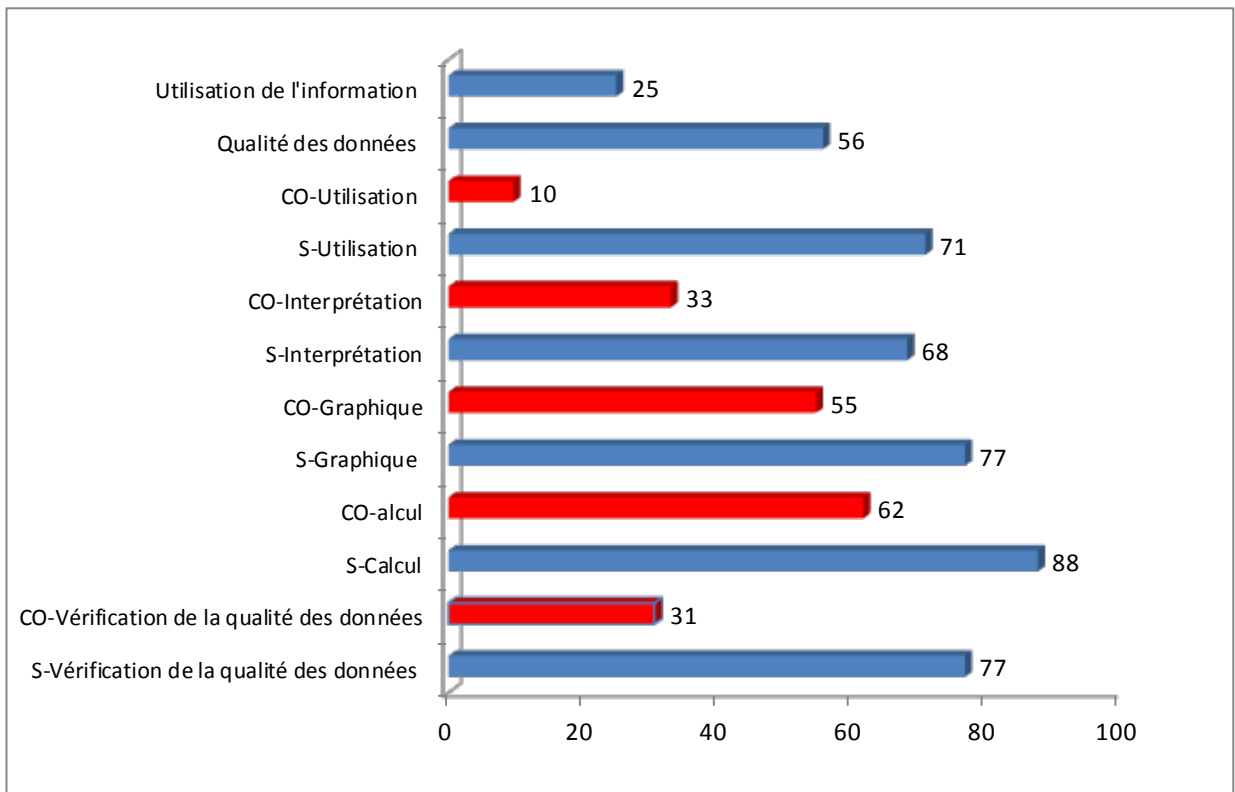


Fig 64 : Comparaison entre les niveaux moyens des compétences exprimées et observées dans l'exécution des tâches du SISR, qualité et utilisation des données au niveau Région

La promotion de la culture de l'information au niveau régional même si elle n'est pas en désaccord avec le niveau de la qualité des données, elle n'apparaît pas suffisante en elle-même pour une performance soutenue non seulement en termes de qualité, mais aussi de niveau d'utilisation de l'information (Fig 65).

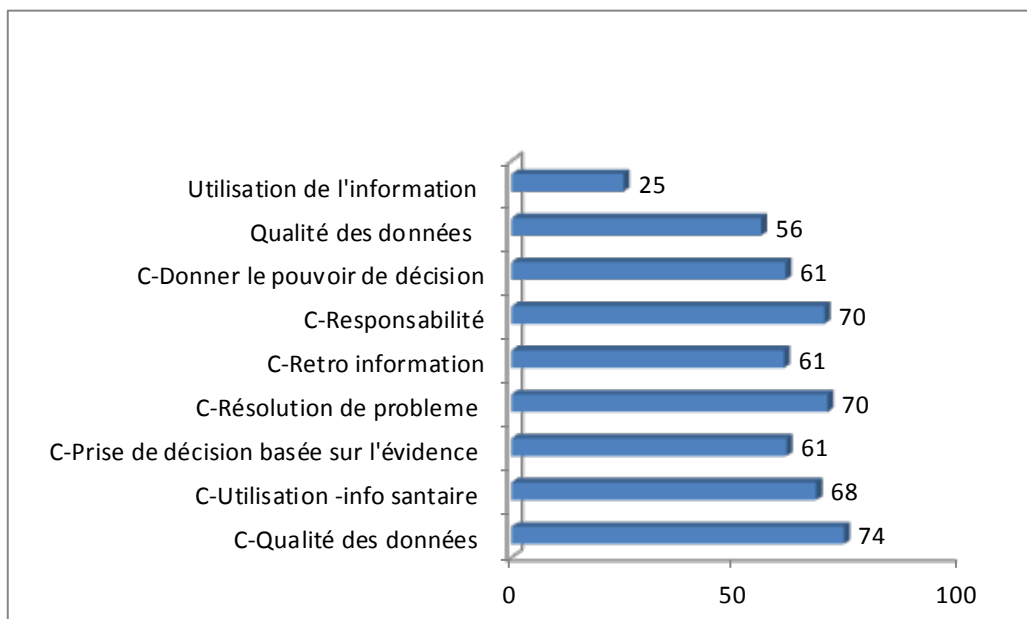


Fig 65 : Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information, la qualité et l'utilisation des données au niveau région

La promotion de la culture de l'information confirme à ce niveau aussi que la seule promotion de la culture de l'information ne suffit pas à garantir l'amélioration des aptitudes des agents et ultimement la bonne performance du SIS (Fig 66).

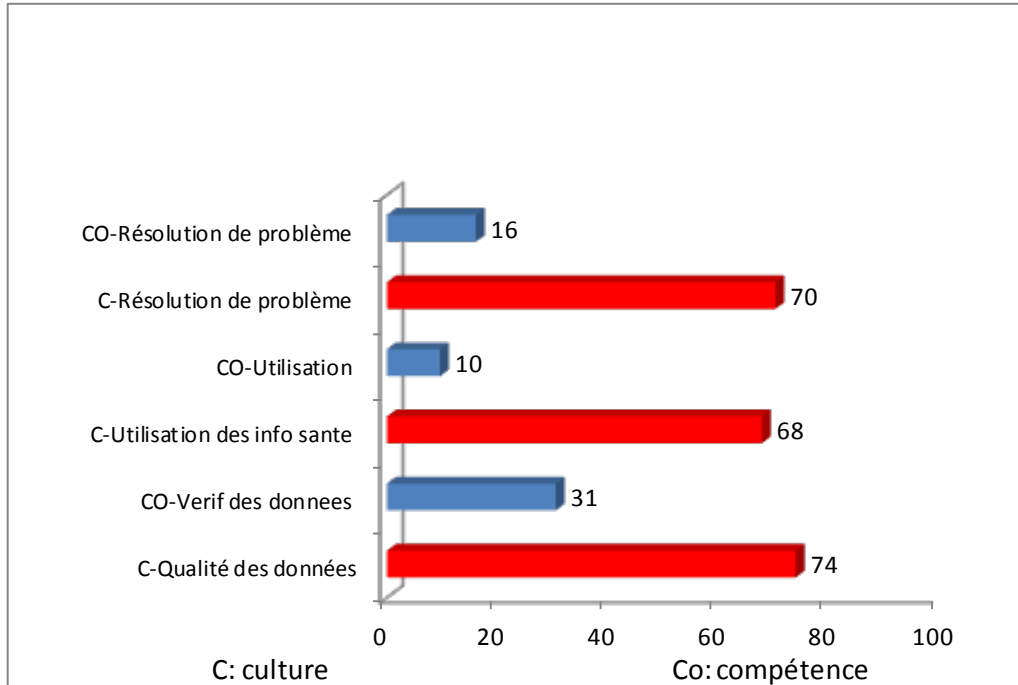


Fig 66 : Comparaison entre les scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences moyennes observées dans l'exécution des tâches du SISR au niveau région

Au Niveau du District, les écarts se resserrent entre le niveau de confiance déclarée et de compétence observée en comparaison avec le score du niveau région. L'écart global entre le niveau de confiance et de compétences est de 80 versus 58 sur une échelle de 0-100. Les plus grands écarts se concentrent sur la vérification de la qualité des données (42 points), et l'utilisation de l'information (35 points) alors que pour les autres aptitudes les écarts sont très réduits. Les très faibles niveaux de compétence en vérification de la qualité des données et de l'utilisation de l'information sont en accord parfait avec le score global faible de l'utilisation de l'information à ce niveau opérationnel (Fig 67).

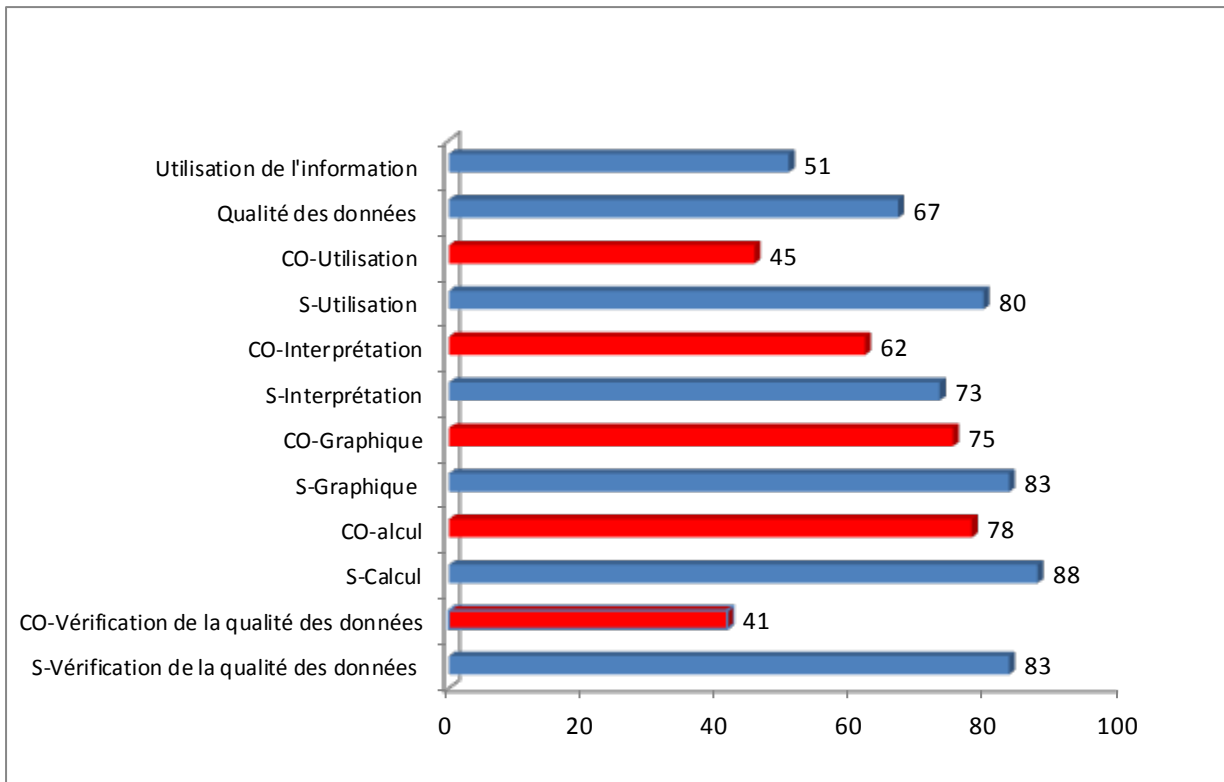


Fig 67 : Comparaisons entre les niveaux moyens de confiance perçus et les compétences observées dans l'exécution des tâches de SISR au niveau District

La promotion de la culture de l'information reste à un niveau appréciable pour l'ensemble des dimensions et ne permet pas de justifier le faible niveau d'utilisation globale de l'information (Fig 72)

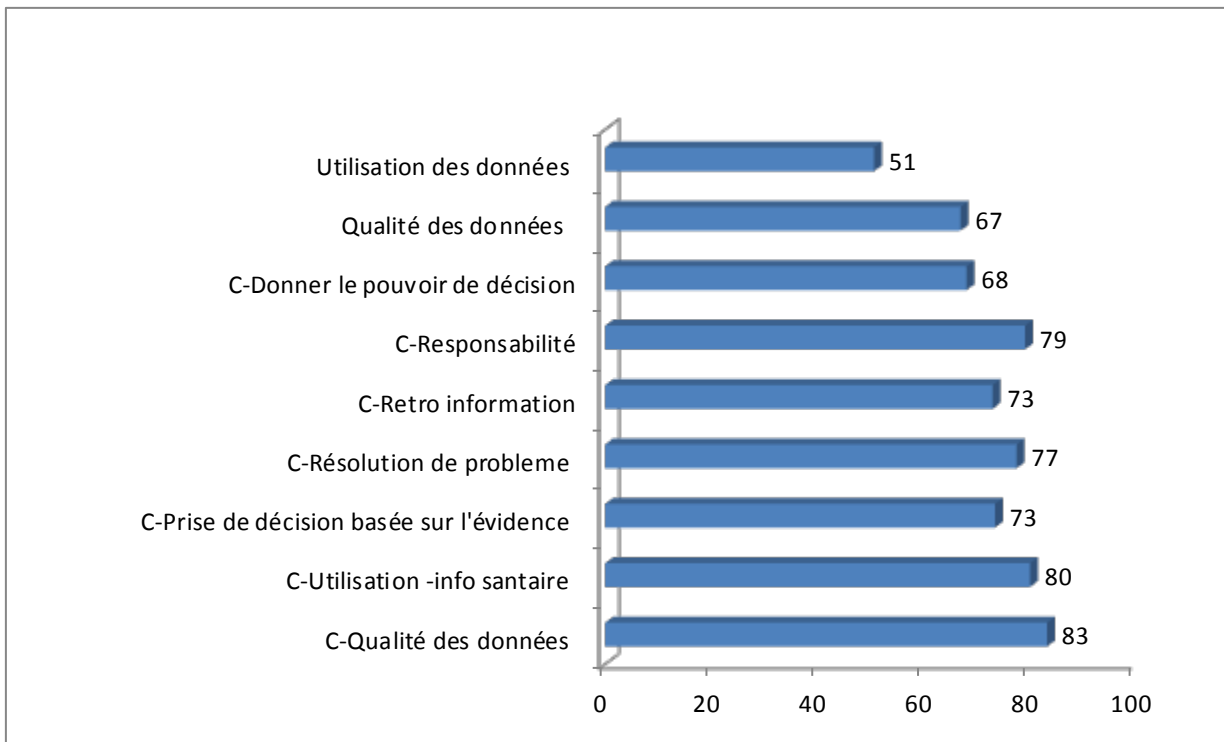


Fig 68: Promotion de la culture de l'information et performance du SISR

Comme pour les autres niveaux supérieurs, la combinaison d'interventions apparaît plus que nécessaires pour espérer accroître les aptitudes des acteurs au-delà de la promotion de la culture de l'information (Fig 69).

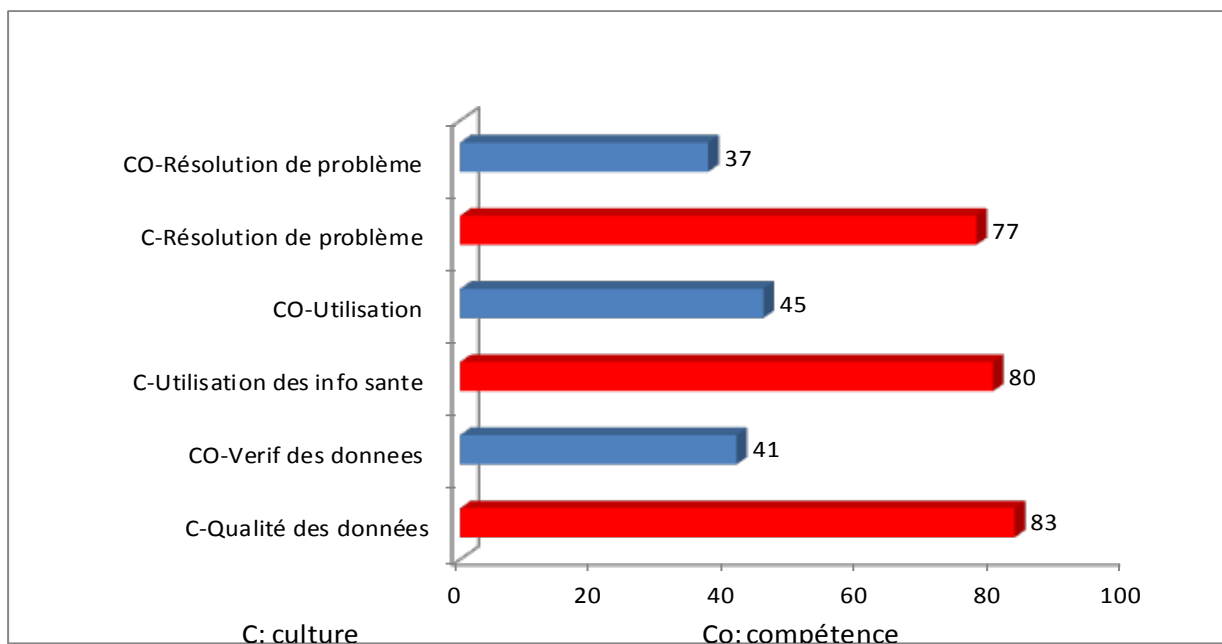
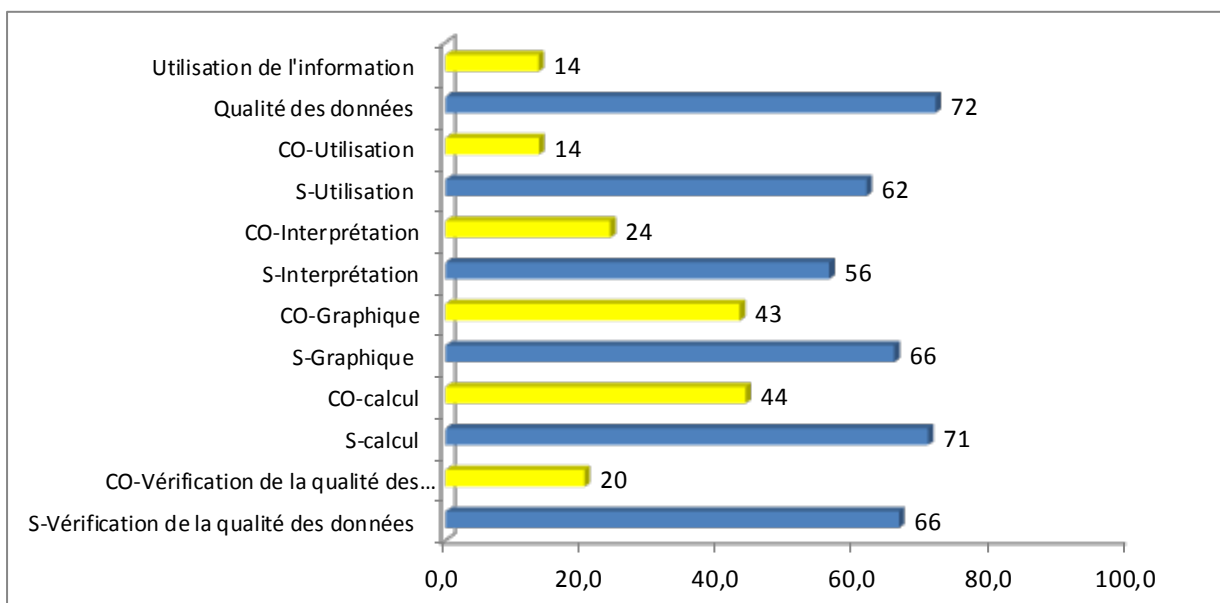


Fig 69: Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences moyennes observées dans l'exécution des tâches en SISR au niveau District

Au niveau des **formations sanitaires** (CS, HP, HR et CMC), les acteurs des unités de soins se sentent plus confiants qu'ils ne sont capables pour l'ensemble des aptitudes liées au SISR avec un écart global (64 versus 25 sur une échelle de 0-100) comparable au niveau région (Fig 70).



Au niveau des formations sanitaires, on a observé que toutes les dimensions de la culture de l'information sont à un niveau appréciable selon les déclarations des acteurs du SISR. Ce bon niveau de promotion de la culture de l'information n'est pas en accord avec le niveau d'utilisation de l'information (Fig 71).

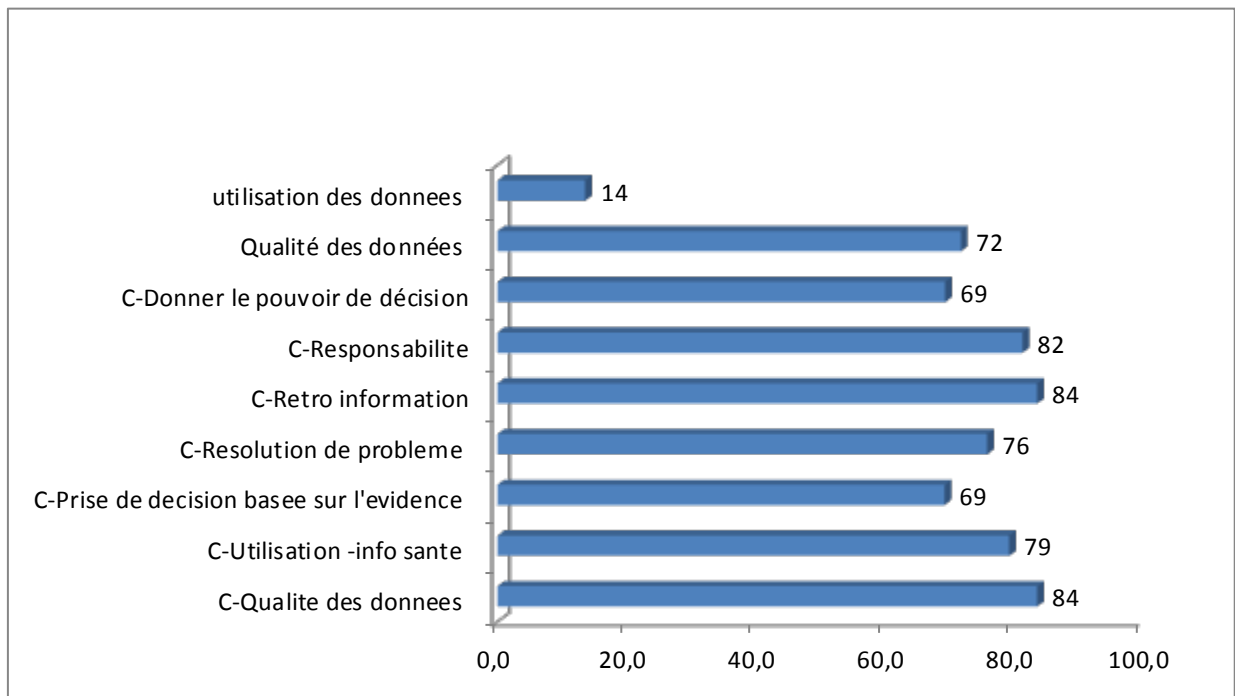


Fig 71: scores des différentes dimensions de la culture de l'information

La contribution de la culture de l'information dans l'amélioration des compétences confirme le constat fait plus haut de la nécessité de combinaison de facteurs pour tenter de relever les aptitudes des acteurs en relation avec les tâches dévolues au SISR (Fig 72)

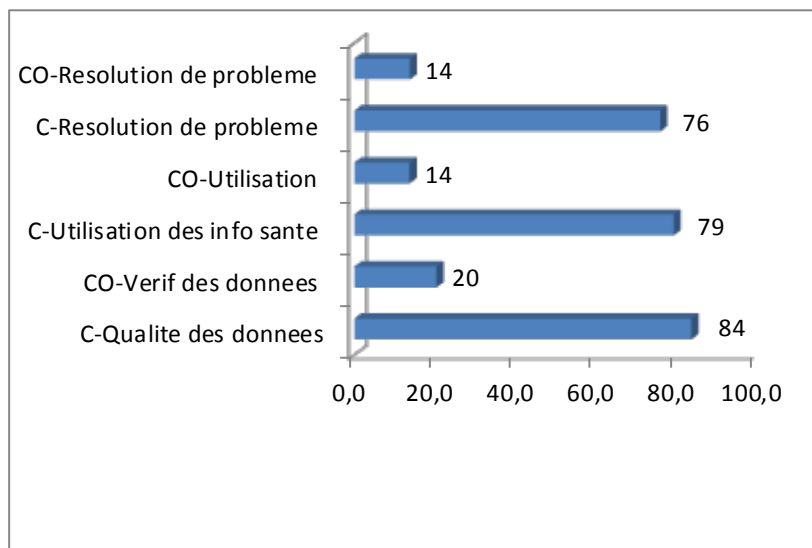


Fig 72 : Comparaison entre les scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences observées

De façon générale, il a été observé une grande vulnérabilité du système compte tenu de la faiblesse des fonctions de supporta d la gestion de l'information sanitaire.

6.2. Conclusion :

L'évaluation du SIS avec l'approche et les outils PRISM a permis de déterminer le niveau de la performance du SIS et de dégager certaines de ses forces et faiblesses;

La qualité des données est faible en général particulièrement au niveau central. Le Système d'archivage était également très faible et quasi problématique à tous les niveaux à un degré moindre cependant au niveau région. Des grands écarts ont été notés entre les niveaux de confiance et de compétences des agents dans l'exécution des taches SISR en défaveur des niveaux de compétences suggérant fortement un besoin de formation particulièrement dans le domaine du calcul, du graphisme et de l'interprétation.

La faiblesse de la qualité des données en général est due en grande partie à (1) un très faible système d'archivage des registres et rapports mensuels d'activités à tous les niveaux et à celui des fichiers de données aux niveaux intermédiaires, (2) la faiblesse de la supervision en terme de fréquence et de qualité au niveau FS qui conduit à des déviations importantes dans les pratiques par manque d'appui technique des niveaux supérieurs singulièrement quand il s'agit de faire de la retro information et de l'aide pour la prise de décision, (3) l'absence des directives écrites et de procédures sur les processus SISR menant des pratiques différentes et non standardisées au niveau des acteurs du SISR,

L'utilisation de l'information est à un niveau globalement faible et traduit un faible niveau de formation des acteurs à tous les niveaux et par des pratiques encrées dans les habitudes des acteurs qui consistent à ne pas archiver les PV de réunions et parfois aussi par la mauvaise qualité des PV toutes les fois qu'elles ont été observées. Sans doute que l'absence de documentation d'une part et d'autre part la non-fidélité ou la mauvaise qualité des rares documents disponibles (procès-verbaux des discussions tenues lors des réunions) pourraient n'avoir pas permis l'observation de quelques exemples d'utilisation de l'information à certains niveaux de la pyramide sanitaire.

Les accumulations de défauts de complétudes à travers la pyramide sanitaire, doublée d'une faible promptitude des données ne permettent pas de tenir compte de l'ensemble de l'information sanitaire susceptible d'être prise en compte lors des processus de prise de décisions.

Etant donné le rôle central que jouent les FS comme sources d'information primaires, la performance globale du SIS **reste tributaire des centres de santé, avec comme conséquence, la réduction de la capacité de prise de décision effective basée sur des évidences réelles.** Comme telle, la performance du SIS mérite **d'être relevée en priorité** par des interventions multiples qui justifient les recommandations ci-dessous

VII. Recommandations

Le renforcement de la qualité des données et le relèvement du niveau de l'utilisation de l'information apparaissent comme une exigence de l'heure pour renforcer le système d'information sanitaire.

Les recommandations qui vont suivre devront être conduites dans le court et le moyen terme

7.1. Interventions techniques

- Élaborer et diffuser largement un manuel de gestion des données (normes et procédures) ;
- Développer des outils de supervision et former le personnel à leur utilisation
- Concevoir et introduire des registres CPN et PEV pour tenir compte du suivi de la continuité et la qualité des services et faciliter ainsi le suivi de l'exactitude des données
- Concevoir un formulaire de transmission des données standard des postes de santé vers les centres de santé pour éviter la déperdition des données et l'imprécision dans le rapportage
- Élaborer un format standard de procès-verbal des réunions sur les données pour faciliter la documentation de l'utilisation de l'information
- Adapter les rapports des hôpitaux et CMC pour recueillir les données sur la CPN et le PEV qui sont perdues avec le système actuel ;
- Assurer un accompagnement continu des agents du SIS dans la maîtrise du RAMIS en offrant des supervisions régulières suite aux formations
- Introduire un système spécifique de nomination des fichiers électroniques des données mensuels pour permettre un meilleur suivi de ces derniers dans le temps pour le contrôle de la qualité (complétude, l'actualité et la précision) ;
- Mettre à jour les formulaires des rapports et adapter les outils en conséquence
- Développer des procédures opérationnelles standards sur la révision des indicateurs, la validation des données, le développement de logiciels et la maintenance du système informatique.
- Ajouter un système de soutien à la décision (DSS) à l'application RAMIS pour générer des résultats visuels tels que des graphiques linéaires, histogrammes et cartes thématiques par niveaux pour améliorer l'utilisation des données et la prise de décision ;

- Étant donné les limites de l'application Access (RAMIS), se pencher sur la mise en place et le pilotage du Logiciel (DHIS2) pour se conformer au document de politique régionale de renforcement du SIS de l'OOAS pour favoriser l'intégration des données (entrepôt de données) et contribuer ainsi à une meilleure compréhension des problèmes de santé et l'amélioration de la prise de décision.

7.2. Interventions comportementales et organisationnelles

- Former le personnel sur l'utilisation du manuel de procédures de gestion des données
- Former le personnel à l'utilisation des outils de supervisons
- Améliorer l'archivage des dossiers : registres, formulaires de transmission ou rapports et les fichiers électroniques (RAMIS)
- Introduire la formation Pré-service dans les écoles des soins infirmiers et les écoles de médecine pour préparer les potentiels travailleurs à être directement opérationnels
- Répondre plus efficacement aux besoins en personnel du SIS (faible niveau du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) en introduisant la formation professionnelle continue pour favoriser les compétences des agents;
- Mettre en place et soutenir des interventions de développement organisationnel (DO) pour répondre au problème de leadership, de gouvernance, la propriété et les questions de dotation.
- Fournir un soutien direct aux unités SIS de haut en bas pour renforcer les fonctions critiques de gestion et support au SISR (gouvernance, de supervision, de planification, de financement, de formation et de problèmes de qualité de données) ;
- Élaborer et mettre en place des formations sur l'analyse et l'interprétation des données et former le personnel pour aider à améliorer l'utilisation des données ;
- Renforcer les capacités du personnel du niveau intermédiaire, central en systèmes d'information géographique (SIG) pour favoriser la présentation des données et son utilisation pour la prise de décision ;
- Mettre en place un système décentralisée de maintenance informatique, d'accompagnement du personnel SIS, et l'approvisionnement en électricité (en utilisant le système solaire) pour soutenir pleinement la fonctionnalité du RAMIS ;
- Tout en travaillant sur l'amélioration de l'application RAMIS, il faut fournir une formation complète au personnel sur la façon de l'utiliser efficacement et offrir un guide d'utilisation ;

7.3. Recommandations générales

- La programmation, la mise en œuvre ainsi que le suivi des recommandations ci-dessus devront se faire dans le cadre d'un "PLAN DE RENFORCEMENT DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE " à élaborer à court terme avec l'implication de l'ensemble des partenaires concernés.

- Le développement de ce plan impliquera donc toutes les directions, départements et entités du Ministère de la Santé et de la prévention ainsi que les partenaires techniques et financiers (PTF): partenaires multi et bilatéraux, les ONGs nationales et internationales intervenant dans le domaine de l'information stratégique aux plans aussi bien technique que financiers.

Annexe A : Questionnaires PRISM

Outil de diagnostic de la performance des SISR

A.1 Evaluation de la qualité des données : Formulaire de la BSD

BSD:		Date de l'évaluation :						
Nom de l'évaluateur		Nom et fonction de la personne interviewée:						
Transmission des Données								
CQ 1	La BSD garde-t-il une copie des Rapports mensuels de SISR envoyés par les régions sanitaires?	1.Oui		0.Non				
CQ 2	Quel est le nombre de Régions sanitaires dans le pays qui sont censés être inscrites dans le SISR ?							
CQ 3	Quel est le nombre de régions sanitaires dans le pays qui rapportent vraiment (sont réellement inscrites) dans le SISR							
CQ 4	Compter le nombre de Rapports mensuels soumis par les régions sanitaires pour les trois mois sélectionnés pour l'enquête.	a. Juin 2013		b. Septembre 2013		c. Dec 2013		
CQ 5	Quelle est la date-limite pour la soumission du rapport mensuel de SISR par les régions sanitaires?							Si aucune date-limite n'est fixée, écrire non et aller à Q8
CQ 6	Le bureau de la BSD enregistre-t-il les dates de réception des Rapports mensuels du SISR?	1.Oui		0.Non		Si les dates de réception ne sont pas enregistrées, aller à Q8		
CQ 7	Si oui à DQ6, vérifier les dates de réception pour les trois mois (le total du nombre reçu avant et après la date limite devrait être le même qu'en DQ4).							
		a. Juin 2013		b. Septembre 2013		c. Dec 2013		
	Item	1. Avant date-limite	2. Après date-limite	3. Avant date-limite	4. Après date-limite	5. Avant date-limite	6. Après date-limite	
	Nombre de Régions sanitaires							
CQ 8	La BSD a-t-elle une liste des personnes ou services destinataires des résultats d'analyse des Rapports mensuels à une date précise suivant la réception des Rapports mensuels provenant des régions sanitaires?	1.Oui		0.No n				
CQ 9	La BSD enregistre-t-elle la date d'envoi des données à temps au MOH?	1.Oui		0. Non				

Exactitude des Données

Exactitude des Données									
CQ 10	Comptez manuellement le nombre des données suivantes dans les Rapports mensuels de SISR pour les trois mois sélectionnés. Comparer les chiffres avec ceux figurant dans la base de données (ordinateur).								
	Item	a. Mois (Préciser)		b. Mois (Préciser)		c. Mois (Préciser)			
		Manuel	Ordinateur *BDD	Manuel	Ordinateur BDD	manuel	Ordinateur BDD		
CQ 10 A	Nombre de 1 ^{er} contact + nouveaux consultants (HP)								
CQ 10 B	Nombre de 1eres CPN								
CQ 10 C	Nombre total d'accouchements (CS) +Total accouchements								
CQ 10 D	Nombre de naissances vivantes au CS + Nombre de naissance vivantes (HP) mois)								
CQ 10 E	Nbre DCT HebHep3 administrés aux enfants de moins de 1 ans (0-11)								
Analyse / Traitement des données									
CQ 11	Est-ce qu'une base de données existe pour la saisie et le traitement des données?				0. Non	1. Oui, Manuel	2. Oui, par Ordinateur	Si non allez à DQ13	
CQ 12	Est-ce que la base de données produit ce qui suit?								
CQ 12A	Calculer les indicateurs par zone ciblée						1.Oui	0.Non	
CQ 12B	Rapport récapitulatif de données pour le district						1.Oui	0.Non	
CQ 12C	Comparaisons parmi les structures sanitaires						1.Oui	0.Non	
CQ 12D	Comparaisons des résultats avec les objectifs au niveau national/du district						1.Oui	0.Non	
CQ 12E	Comparaisons des différents types de couverture de service						1.Oui	0.Non	

CQ 12F	Comparaisons des données à travers le temps (tendance)		1.Oui	0.Non	
CQ 12G	des données ventilées par sexe		1.Oui	0.Non	Si non allez à DQ13
CQ 12H	des données ventilées par sexe qui permettent des comparaisons entre les couvertures des structures sanitaires		1.Oui	0.Non	
CQ 12I	des données ventilées par sexe qui permettent des comparaisons entre les types de services		1.Oui	0.Non	
CQ 13	Est-ce que vous pensez que le manuel de procédure du SISR est facile à utiliser?		1.Oui	0.Non	
CQ 14	Est-ce que vous pensez que le formulaire de rapport mensuel est compliqué et difficile à suivre ?		0.Oui	0.Non	
CQ 15	Est-ce que vous trouvez que le logiciel est facile à utiliser?	2.NA	1.Oui	0.Non	
CQ 16	Pensez-vous que les outils de technologie de l'information sont difficiles à utiliser?		1.Oui	0.Non	
CQ 17	Pensez-vous que la conception du système d'information permet d'avoir une bonne idée de la performance du système de santé ?		1.Oui	0.Non	
CQ 18	Pensez-vous que le SISR actuel collecte des informations qui sont aussi collectées par d'autres systèmes d'information ?		1.Oui	0.Non	
CQ 19	Est-ce que le logiciel du SISR intègre les données des différents systèmes d'information?	2.NA	1.Oui	0.Non	
CQ 20	Est-ce que la technologie de l'information (Réseau Local LAN –ou Réseau sans fil -WIFI) existe pour fournir un accès à l'information à tous les gestionnaires du district et au responsable du district?	1.Oui Partiellement	2.Oui complètement	0.Non	

* Si pas d'ordinateur utilisez le rapport de synthèse

Outil de diagnostic de la performance du SISR

A2. Formulaire d'évaluation de l'utilisation de l'information au bureau de la BDS

	Nom de l'évaluateur :			
BSD:	Nom et Titre du répondant et titre:			
	Production de rapport SISR			
CU1	Est-ce que la BSD compile les données SISR envoyées par les Régions sanitaires?	1.Oui	0.Non	
CU2	Est-ce que la BDS fournit des rapports contenant des informations du SISR ?	1.Oui	0.Non	Si non aller à DU4
CU3	Si oui, Veuillez énumérer les rapports qui contiennent de l'information/des données produites par le SISR. Veuillez indiquer la fréquence de ces` rapports et le nombre de fois où le rapport a été produit réellement pendant les 12 derniers mois. Veuillez confirmer l'établissement du rapport en vérifiant de visu.			
	1. Titre du rapport	2. Nombre de fois que ce rapport doit être publié par an.	3. Nombre de fois que les rapports sont réellement publiés pendant les 12 derniers mois.	
CU3a	Rapport mensuel			
CU3b	Rapport trimestriel			
CU3c	Rapport hebdomadaire			
CU4	Est-ce que durant les trois derniers mois la BSD a envoyé un rapport de feedback aux régions sanitaires en utilisant l'information du SISR?	1.Oui	0.Non	
Affichage de l'information				
CU5	Est-ce que la BSD affiche les données suivantes ? Veuillez indiquer les types d'affichages de données et si les données sont mises à jour pour la dernière période d'édition?			Si non aller à DU6
	Indicateur	2. Type d'affichage (cocher SVP)		3. Mise à jour
CU5a	Lié à la santé de la mère	Tableau		1.Oui 0.Non
		Graphique/diagramme		
		Cartographie/autre		
CU5b	Lié à la santé de l'enfant	Tableau		1.Oui 0.Non

		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
CU5c	Utilisation des services par les structures de santé	Tableau		1.Oui	0.Non	
		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
CU5d	Surveillance des maladies	Tableau		1.Oui	0.Non	
		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
CU6	Est-ce que la BSD a une cartographie (carte sanitaire) des zones desservies?			1.Oui	0.Non	
CU7	Est-ce que la BSD affiche un résumé d'information démographique telle que la population par groupes cibles ?			1.Oui	0.Non	
CU8	Est-ce que le feedback, trimestriel, annuel ou n'importe quel autre rapport sur les données de SISR est disponible pour fournir des recommandations et directives pour entreprendre des actions ?			1.Oui	0.Non	Si non aller à DU10
CU9	Si oui à DU8, quels genres de décisions sont prises en utilisant les données/l'information du SISR. Veuillez vérifier les types de décision basés sur des types d'analyse présents dans les rapports.					
	Types de décisions basés sur les types d'analyses					
CU9a	Appréciation et reconnaissance basées sur le nombre/pourcentage de structures de santé ayant des performances dans les limites de contrôle durant la période en considération (comparaison de mois à mois)			1.Oui	0.Non	
CU9b	Mobilisation /transfert des ressources basé sur une comparaison des structures de santé.			1.Oui	0.Non	
CU9c	Plaidoyer pour plus de ressources en comparant les performances par zones (sous-districts, villes, villages), ressources humaines et logistiques.			1.Oui	0.Non	
CU9d	Développement et révision de politiques en comparant des types de services.			1.Oui	0.Non	
	Discussion et décisions sur l'utilisation de l'information			1.Oui	0.Non	
CU10	Est-ce que la BSD tient des réunions pour passer en revue les questions administratives ou de gestion?			1.Oui	0.Non	
CU11	A quelle fréquence la réunion doit-elle se tenir? Encercler la réponse appropriée :					

	4. Par semaine 3. Toutes les deux semaines 2. Mensuellement 1. Par trimestre 0. Aucun calendrier			
CU12	Combien de fois la réunion a-t-elle eu lieu pendant les trois derniers mois ? encercler la réponse appropriée : 0. Aucune fois 1. 1 fois 2..2fois 3.3 fois, 4. Entre 4 ou 5 fois 6. 6 fois 7. Entre 7 et 11 fois, 12. 12 fois			
CU13	Est-ce qu'il est tenu un compte rendu officiel des réunions de gestion?	1.Oui	0.Non	Si non aller à DU15
CU14	Si oui, veuillez examiner les comptes rendus des réunions pour les trois derniers mois pour voir si les thèmes suivants étaient discutés:			
CU14a	Gestion du SISR, telle que la qualité des données, le reportage, ou la promptitude.	Oui, observé,	0. Non	
CU14b	Discussion sur les résultats du SISR telles que l'utilisation de services, la surveillance des maladies, la couverture du service, ou la rupture des stocks de médicaments.	Oui, observé,	0. Non	
CU14c	Est-ce qu'ils ont pris des décisions basées sur les discussions ci-dessus ?	Oui, observé,	0. Non	
CU14d	Est-ce qu'une action de suivi a eu lieu en se basant sur les décisions prises au cours des réunions précédentes ?	Oui , observé,	0. Non	
CU14e	Y a-t-il des questions/problèmes liés au SISR rapportés au niveau national pour que des actions soient entreprises?	Oui , observé,	0. Non	
	Promotion et Utilisation de l'information du SISR à un niveau de la BSD et à un niveau plus élevé			
CU15	Est-ce que le plan d'action annuel de la BSD montre que des décisions ont été prises sur la base de l'information provenant du SISR?	1.Oui Observé	0.Non	
CU16	Est-ce que les comptes rendus du bureau de la région sanitaire durant les trois derniers mois ont montré que la BSD /l'encadrement supérieur a donné des directives concernant l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non	
CU17	Est-ce que la BSD a publié un bulletin/rapport pendant les trois derniers mois montrant des exemples de succès sur l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non	
CU18	Est-ce qu'il existe une documentation montrant l'utilisation de l'information pour différents types de plaidoyers?	1.Oui	0.Non	
CU19	Est-ce que les procès-verbaux des réunions du personnel montrent que les personnes responsables des structures de santé sont présentes pour discuter de la performance du SISR?	1.Oui	0.Non	

CU20 Bien vouloir donner des exemples sur comment la région utilise l'information du SISR pour la gestion du système d'information

0.Pas d'exemples

1.Oui (les exemples suivent)

Genre

CU21	Est-ce que les données ventilées par sexe ont été utilisées dans les discussions des résultats SISR telles que l'utilisation des services par les patients, les données sur les maladies ou la couverture des services?	1.Oui	0.Non	
CU22	Est-ce que la BSD a utilisé les données ventilées par sexe pour prendre une décision dans les 12 derniers mois?	1.Oui	0.Non	
CU23	S'il vous plaît décrire un ou plusieurs exemples d'utilisation les données ventilées par sexe dans la gestion du système de santé.			

Outil de diagnostic de la performance des SISR

i

A3. Evaluation de la qualité des données : Formulaire du bureau de La DRS

Nom de La DRS:		Date de l'évaluation :					
Nom de l'évaluateur		Nom et fonction de la personne interviewée:					
Transmission des Données							
RQ1	La DRS garde-t-elle une copie des rapports mensuels de SISR envoyés par les DPS?		1.Oui		0.Non		
RQ 2	Quel est le nombre de DPS dans la région qui devraient rapporter au SISR ?		a. Juin 2013		b. Septembre 2013		c. Decembre 2013
RQ 3	Quel est le nombre de DPS dans la région qui rapportent vraiment (sont réellement inscrites) dans le SISR						
PDQ 4	Compter le nombre de rapports mensuels soumis par les DPS pour les trois périodes sélectionnés pour l'enquête).						
RQ5	Quelle est la date-limite pour la soumission du rapport mensuel de SISR par la DPS ?		10 du mois qui suit				Si aucune date-limite n'est fixée, écrire non et aller à Q8
RQ6	La DRS enregistre-t-il les dates de réception des rapports mensuels du SISR?		1.Oui		0.Non		Si les dates de réception ne sont pas enregistrées, aller à Q8
RQ7	Si oui à DQ6, vérifier les dates de réception pour les trois mois (le total du nombre reçu avant et après la date limite devrait être le même qu'en DQ4).						
		a. Juin 2013		b. Septembre 2013		c. Décembre 2013	
	Item	1. Avant date-limite (le	2. Après date-limite (après le 10)	3. Avant date-limite (le 10	4. Après date-limite (après	5. Avant date-limite	6. Après date-limite (après le 10)

		(10)			le 10)	(le 10)			
	Nombre de Districts sanitaires								
RQ8	La DRS a-t-elle une liste des personnes ou services destinataires des résultats d'analyse des rapports mensuels à une date précise suivant la réception des rapports mensuels provenant des structures de santé?						1.Oui	0.Non	
RQ9	La DRS enregistre-t-elle la date d'envoi des données au niveau national?						1.Oui	0. Non	

Exactitude des Données

Exactitude des Données								
RQ10	Comptez manuellement le nombre des données suivantes dans les rapports trimestriels de SISR pour les trois mois sélectionnés. Comparer les chiffres avec ceux figurant dans la base de données (ordinateur).							
	Item	a. Mars 2013		b. Juin 2013		c. Sept 2013		
		RAMIS transmis ou Rapport du district	Ordinateur : RAMIS ou Fichier Excel compile ou rapport compile de la DRS	RAMIS transmis ou Rapport du district	Ordinateur : RAMIS ou Fichier Excel compile ou rapport compile de la DRS	RAMIS transmis ou Rapport du district	Ordinateur : RAMIS ou Fichier Excel compile ou rapport compile de la DRS	
RQ 10 A	Nombre de 1 ^{er} contact + nouveaux consultants (HP)							
RQ 10 B	Nombre de 1eres CPN							
RQ 10 C	Nombre total d'accouchements (CS) +Total accouchements							
RQ 10 D	Nombre de naissances vivantes au CS + Nombre de naissance vivantes (HP) mois)							
RQ 10 E	Nbre DCT HebHep3 administrés aux enfants de moins de 1 ans (0-11)							
RQ10 F	Nombre de 1 ^{er} contact + nouveaux consultants (HP)							
RQ10 G								
Analyse / Traitement des données								
RQ 11	Est-ce qu'une base de données existe pour la saisie et le traitement des données?	0. Non	1. Oui, Manu	2. Oui, par Ordinateur	Si non allez à DQ13			

			el		
RQ 12	Est-ce que la base de données produit ce qui suit?				
RQ 12A	Calculer les indicateurs par zone ciblée		1.Oui	0.Non	
RQ 12B	Rapport récapitulatif de données pour le district		1.Oui	0.Non	
RQ 12C	Comparaisons parmi les structures sanitaires		1.Oui	0.Non	
RQ 12D	Comparaisons des résultats avec les objectifs au niveau national/du district		1.Oui	0.Non	
RQ 12E	Comparaisons des différents types de couverture de service		1.Oui	0.Non	
RQ 12F	Comparaisons des données à travers le temps (tendance)		1.Oui	0.Non	
RQ 12G	des données ventilées par sexe		1.Oui	0.Non	Si non allez à DQ13
RQ 12H	des données ventilées par sexe qui permettent des comparaisons entre les couvertures des structures sanitaires		1.Oui	0.Non	
RQ 12I	des données ventilées par sexe qui permettent des comparaisons entre les types de services		1.Oui	0.Non	
RQ13	Est-ce que vous pensez que le manuel de procédure du SISR est facile à utiliser?		1.Oui	0.Non	
RQ14	Est-ce que vous pensez que le formulaire de RTA est compliqué et difficile à suivre ?		0.Oui	1.Non	
RQ 15	Est-ce que vous trouvez que le logiciel est facile à utiliser?	2.NA	1.Oui	0.Non	
RQ16	Pensez-vous que les outils de technologie de l'information sont difficiles à utiliser?		1.Oui	0.Non	
RQ17	Pensez-vous que la conception du système d'information permet d'avoir une bonne idée de la performance du système de santé ?		1.Oui	0.Non	
RQ18	Pensez-vous que le SISR actuel collecte des informations qui sont aussi collectées par d'autres systèmes d'information ?		1.Oui	0.Non	
RQ 19	Est-ce que le logiciel RAMIS du SISR intègre les données des différents systèmes d'information?	2.NA	1.Oui	0.Non	
RQ 20	Est-ce que la technologie de l'information (Réseau Local LAN –ou Réseau sans fil -WIFI) existe pour fournir un accès à l'information à tous les gestionnaires de la DPS et au responsable du district?	1.Oui Partiellement	2.Oui complètement	0.Non	

* Si pas d'ordinateur utilisez le rapport de synthèse

Outil de diagnostic de la performance du SISR

A4. Formulaire d'évaluation de l'utilisation de l'information au bureau de La DRS sanitaire

	Nom de l'évaluateur :			
Province:	Nom et Titre du répondant et titre:			
Production de rapport SISR				
RU1	Est-ce que La DRS compile les données SISR envoyées par les DPS?	1.Oui	0.Non	
RU2	Est-ce que La DRS fournit des rapports contenant des informations du SISR ?	1.Oui	0.Non	Si non aller à RU4
RU3	Si oui, Veuillez énumérer les rapports qui contiennent de l'information/des données produites par le SISR. Veuillez indiquer la fréquence de ces` rapports et le nombre de fois où le rapport a été produit réellement pendant les 12 derniers mois. Veuillez confirmer l'établissement du rapport en vérifiant de visu.			
	1. Titre du rapport	2. Nombre de fois que ce rapport doit être publié par an.	3. Nombre de fois que les rapports sont réellement publiés pendant les 12 derniers mois.	
RU3a	Rapport			
RU3b				
RU3c				
RU4	Est-ce que durant les trois derniers mois La DRS a envoyé un rapport de feedback aux DPS en utilisant l'information du SISR?	1.Oui	0.Non	
Affichage de l'information				
RU5	Est-ce que La DRS affiche les données suivantes ? Veuillez indiquer les types d'affichages de données et si les données sont mises à jour pour la dernière période d'édition?			Si non aller à RU6
	Indicateur	2. Type d'affichage (cocher SVP)	3. Mise à jour	
RU5a	Lié à la santé de la mère	Tableau	1.Oui 0.Non	
		Graphique/diagramme		
		Cartographie/autre		
RU5b	Lié à la santé de l'enfant	Tableau	1.Oui 0.Non	
		Graphique/diagramme		

		mme				
		Cartographie/autre				
RU5c	Utilisation des services par les structures de santé	Tableau		1.Oui	0.Non	
		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
RU5d	Surveillance des maladies	Tableau		1.Oui	0.Non	
		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
RU6	Est-ce que la DRS a une cartographie géographique de la zone desservie?			1.Oui	0.Non	
RU7	Est-ce que la DRS affiche un résumé d'information démographique telle que la population par groupes cibles ?			1.Oui	0.Non	

RU8	Est-ce que le feedback, mensuel, trimestriel, annuel ou n'importe quel autre rapport sur les données de SISR est disponible pour fournir des recommandations et directives pour entreprendre des actions ?	1.Oui	0.Non	Si non aller à DU10
RU9	Si oui à RU8, quels genres de décisions sont prises en utilisant les données/l'information du SISR. Veuillez vérifier les types de décision basés sur des types d'analyse présents dans les rapports.			
	Types de décisions basés sur les types d'analyses			
RU9a	Appréciation et reconnaissance basées sur le nombre/pourcentage de structures de santé ayant des performances dans les limites de contrôle durant la période en considération (comparaison de mois à mois)	1.Oui	0.Non	
RU9b	Mobilisation /transfert des ressources basé sur une comparaison des structures de santé.	1.Oui	0.Non	
RU9c	Plaidoyer pour plus de ressources en comparant les performances par zones (sous-districts, villes, villages), ressources humaines et logistiques.	1.Oui	0.Non	
RU9d	Développement et révision de politiques en comparant des types de	1.Oui	0.Non	

		services.			
	Discussion et décisions sur l'utilisation de l'information		1.Oui	0.Non	
RU10	Est-ce que La DRS tient des réunions pour passer en revue les questions administratives ou de gestion?		1.Oui	0.Non	
RU11	A quelle fréquence la réunion doit-elle se tenir? Encercler la réponse appropriée 4. Par semaine 3. Toutes les deux semaines 2. Mensuellement 1. Par trimestre 0. Aucun calendrier				
RU12	Combien de fois la réunion a-t-elle eu lieu pendant les trois derniers mois ? encercler la réponse appropriée 0. Aucune fois 1. 1 fois 2..2fois 3.3 fois,4. Entre 4 ou 5 fois 6. 6 fois 7. Entre 7 et 11 fois,12. 12 fois				
RU13	Est-ce qu'il est tenu un compte rendu officiel des réunions de gestion?	1.Oui	0.Non	Si non aller à DU15	
RU14	Si oui, veuillez examiner les comptes rendus des réunions pour les trois derniers mois pour voir si les thèmes suivants étaient discutés:				
RU14a	Gestion du SISR, telle que la qualité des données, le reportage, ou la promptitude.	Oui, observé,	0. Non		
RU14b	Discussion sur les résultats du SISR telles que l'utilisation de services, la surveillance des maladies, la couverture du service, ou la rupture des stocks de médicaments etc.	Oui, observé,	0. Non		
RU14c	Est-ce qu'ils ont pris des décisions basées sur les discussions ci-dessus ?	Oui, observé,	0. Non		
RU14d	Est-ce qu'une action de suivi a eu lieu en se basant sur les décisions prises au cours des réunions précédentes ?	Oui , observé,	0. Non		
RU14e	Y a-t-il des questions/problèmes liés au SISR rapportés au niveau national/régional pour que des actions soient entreprises?	Oui , observé,	0. Non		
	Promotion et Utilisation de l'information du SISR à un niveau de La DRS et à un niveau plus élevé				
RU15	Est-ce que le plan d'action annuel de La DRS montre que des décisions ont été prises sur la base de l'information provenant du SISR?	1.Oui Observé	0.Non		
RU16	Est-ce que les comptes rendus du bureau de la DRS durant les trois derniers mois ont montré que La DRS/l'encadrement supérieur a donné des directives concernant l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non		
RU17	Est-ce que La DRS/bureau national du SISR a publié un bulletin/rapport pendant les trois derniers mois montrant des exemples de succès sur	1.Oui	0.Non		

	l'utilisation de l'information.			
RU18	Est-ce qu'il existe une documentation montrant l'utilisation de l'information pour différents types de plaidoyers?	1.Oui	0.Non	
RU19	Est-ce que les procès-verbaux des réunions du personnel montrent que les personnes responsables des structures de santé sont présentes pour discuter de la performance du SISR?	1.Oui	0.Non	

RU20 Bien vouloir donner des exemples sur comment la DRS utilise l'information du SISR pour la gestion du système d'information

0.Pas d'exemples

1.Oui (les exemples suivent)

Genre

RU21	Est-ce que les données ventilées par sexe ont été utilisées dans les discussions des résultats SISR telles que l'utilisation des services par les patients, les données sur les maladies ou la couverture des services?	1.Oui	0.Non	
RU22	Est-ce que la DRS a utilisé les données ventilées par sexe pour prendre une décision dans les 12 derniers mois?	1.Oui	0.Non	
RU23	S'il vous plaît décrire un ou plusieurs exemples d'utilisation les données ventilées par sexe dans la gestion du système de santé.			

Outil de diagnostic de la performance des SISR

A5. Evaluation de la qualité des données : Formulaire du bureau du district

Nom de la région :							
Nom de la DPS:				Date de l'évaluation :			
Nom de l'évaluateur				Nom et fonction de la personne interviewée:			
Transmission des Données							
DQ 1	Le bureau du District garde-t-il une copie des rapports trimestriels de SISR envoyés par les structures de santé ou établissements?			1.Oui		0.Non	
DQ 2	Quel est le nombre de structures de santé dans la DPS qui devraient rapportes dans le SISR y compris les privées			a. Juin 2013	b. Septembre 2013	c. Decembre 2013	
DQ 3				Quel est le nombre de structures de santé dans la DPS qui rapportent vraiment dans le SISR			
DQ 4	Compter le nombre de rapports mensuels soumis par les structures de santé pour les trois périodes (sélectionnés par les enquêteurs).						
DQ 5	Quelle est la date-limite pour la soumission du rapport mensuel de SISR par la DPS ?			5 eme jours après la fin du mois			Si aucune date-limite n'est fixée, écrire non et aller à Q8
DQ 6	Le bureau de la DPS enregistre-t-il des dates de réception des rapports mensuels du SISR?			1.Oui		0.Non	
Si oui à DQ6, vérifier les dates de réception pour les trois mois (le total du nombre reçu avant et après la date limite devrait être le même qu'en DQ4).							
		a. Juin 2013 (Préciser)		b. Septembre 2013		c. Décembre 2013 (Préciser)	
DQ 7	Item	1. Avant date-limite (au plus tard le 5)	2. Après date-limite (après le 5)	3. Avant date-limite (au plus tard le 5)	4. Après date-limite (après le 5)	5. Avant date-limite (au plus tard le 5)	6. Après date-limite (après le 5)

	Nombre de structures de santé								
DQ 8	Le district a-t-il une liste des personnes ou services destinataires des résultats d'analyse des rapports mensuels à une date précise suivant la réception des rapports provenant des structures de santé?						1.Oui	0.Non	
DQ 9	La DPS enregistre-t-il la date d'envoi des données au niveau régional /national?						1.Oui	0. Non	

Exactitude des Données

	Comptez manuellement le nombre des données suivantes dans les rapports mensuels de SISR pour les trois mois sélectionnés. Comparer les chiffres avec ceux figurant dans la base de données (ordinateur).							
DQ 10	Item	a. Juin 2013		b. Septembre 2013		Décembre 2013		
		Rapport mensuel	Ordinateur RAMIS (CS et HP) ou Rapport compilé	Rapport mensuel	Ordinateur RAMIS	Rapport mensuel	Ordinateur RAMIS	
DQ 10 A	Nombre de 1 ^{er} contact + nouveaux consultants (HP)							
DQ 10 B	Nombre de 1 ^{eres} CPN							
DQ 10 C	Nombre total d'accouchements (CS) + Total accouchements							
DQ 10 D	Nombre de naissances vivantes au CS + Nombre de naissance vivantes (HP) mois)							
DQ 10 E	Nbre DCT HebHep3 administrés aux enfants de moins de 1 ans (0-11)							
DQ10 F								

Outil de diagnostic de la performance du SISR
Formulaire d'évaluation de l'utilisation de l'information au bureau de district

Nom de la province :		Nom de l'évaluateur :		
District:		Nom et Titre du répondant et titre:		
Production de rapport SISR				
DU1	Est-ce que le bureau du District compile les données SISR envoyées par les structures de santé?	1.Oui	0.Non	
DU2	Est-ce que le District fournit des rapports contenant des informations du SISR ?	1.Oui	0.Non	Si non
DU3	Si oui, Veuillez énumérer les rapports qui contiennent de l'information/des données produites par le SISR. Veuillez indiquer la fréquence de ces` rapports et le nombre de fois où le rapport a été produit réellement pendant les 12 derniers mois. Veuillez confirmer l'établissement du rapport en vérifiant de visu.			
	1. Titre du rapport	2. Nombre de fois que ce rapport doit être publié par an.	3. Nombre de fois que les rapports sont réellement publiés pendant les 12 derniers mois.	
DU3a				
DU3b				
DU3c				
DU3d				
DU3e				
DU4	Est-ce que durant les trois derniers mois le bureau du district a envoyé un rapport de feedback aux structures de santé en utilisant l'information du SISR?	1.Oui	0.Non	Si oui
Affichage de l'information				
DU5	Est-ce que le bureau du District affiche les données suivantes ? Oui /___/ Non /___/			Si non
	Veuillez indiquer les types d'affichages de données et si les données sont mises à jour pour la dernière période d'édition?			
	Indicateur	2. Type d'affichage (cocher SVP)		3. Mise à jour
DU5a	Lié à la santé de la mère	Tableau		1.Oui 0.Non
		Graphique/diagramme		
		Cartographie/autre		
DU5b	Lié à la santé de l'enfant	Tableau		1.Oui 0.Non

		Graphique/diagramme						
		Cartographie/autre						
DU5c	Utilisation des services par structures de santé	Tableau		1.Oui	0.Non			
		Graphique/diagramme						
		Cartographie/autre						
DU5d	Surveillance des maladies	Tableau		1.Oui	0.Non			
		Graphique/diagramme						
		Cartographie/autre						
DU6	Est-ce que le bureau a une cartographie (carte sanitaire) de la zone desservie?			1.Oui	0.Non			
DU7	Est-ce que le bureau affiche un résumé d'information démographique telle que la population par groupes cibles ?			1.Oui	0.Non			

DU8	Est-ce que le feedback, trimestriel, annuel ou n'importe quel autre rapport sur les données de SISR est disponible pour fournir des recommandations et directives pour entreprendre des actions ?	1.Oui	0.Non	Si al D
DU9	Si oui à DU8, quels genres de décisions sont prises en utilisant les données/l'information du SISR. Veuillez vérifier les types de décision basés sur des types d'analyse présents dans les rapports.			
	Types de décisions basés sur les types d'analyses			
DU9a	Appréciation et reconnaissance basées sur le nombre/pourcentage de structures de santé ayant des performances dans les limites de contrôle durant la période en considération (comparaison de mois à mois)	1.Oui	0.Non	
DU9b	Mobilisation /transfert des ressources basé sur une comparaison des structures de santé.	1.Oui	0.Non	
DU9c	Plaidoyer pour plus de ressources en comparant les performances par zones (sous-districts, villes, villages), ressources humaines et logistiques.	1.Oui	0.Non	
DU9d	Développement et révision de politiques en comparant des types de	1.Oui	0.Non	

		services.				
	Discussion et décisions sur l'utilisation de l'information		1.Oui	0.Non		
DU10	Est-ce que le district tient des réunions pour passer en revue les questions administratives ou de gestion?		1.Oui	0.Non		
DU11	A quelle fréquence la réunion doit-elle se tenir? Encercler la réponse appropriée 4. Par semaine 3. Toutes les deux semaines 2. Mensuellement 1. Par trimestre 0. Aucun calendrier					
DU12	Combien de fois la réunion a-t-elle eu lieu pendant les trois derniers mois ? encercler la réponse appropriée 0. Aucune fois 1. 1 fois 2..2fois 3.3 fois, 4. Entre 4 ou 5 fois 6. 6 fois 7. Entre 7 et 11 fois, 12. 12 fois					
DU13	Est-ce qu'il est tenu un compte rendu officiel des réunions de gestion?	1.Oui	0.Non		Si non aller à DU15	
DU14	Si oui, veuillez examiner les comptes rendus des réunions pour les trois derniers mois pour voir si les thèmes suivants étaient discutés:					
DU14a	Gestion du SISR, telle que la qualité des données, le reportage, ou la promptitude.	Oui, observé,	0. Non			
DU14b	Discussion sur les résultats du SISR telles que l'utilisation de services, la surveillance des maladies, la couverture du service, ou la rupture des stocks de médicaments etc	Oui, observé,	0. Non			
DU14c	Est-ce qu'ils ont pris des décisions basées sur les discussions ci-dessus ?	Oui, observé,	0. Non			
DU14d	Est-ce qu'une action de suivi a eu lieu en se basant sur les décisions prises au cours des réunions précédentes ?	Oui , observé,	0. Non			
DU14e	Y a-t-il des questions/problèmes liés au SISR rapportés au niveau national/Provincial pour que des actions soient entreprises?	Oui , observé,	0. Non			
	Promotion et Utilisation de l'information du SISR à un niveau du district et à un niveau plus élevé					
DU15	Est-ce que le plan d'action annuel du district montre que des décisions ont été prises sur la base de l'information provenant du SISR?	1.Oui Observé	0.Non			
DU16	Est-ce que les comptes rendus du bureau du district durant les trois derniers mois ont montré que le district/l'encadrement supérieur a donné des directives concernant l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non			

DU17	Est-ce que le district/bureau national du SISR a publié un bulletin/rapport pendant les trois derniers mois montrant des exemples de succès sur l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non		
DU18	Est-ce qu'il existe une documentation montrant l'utilisation de l'information pour différents types de plaidoyers?	1.Oui	0.Non		
DU19	Est ce que les procès verbaux des réunions du personnel montrent que les personnes responsables des structures de santé sont présentes pour discuter de la performance du SISR?	1.Oui	0.Non		

U20 Bien vouloir donner des exemples sur comment le bureau du district utilise l'information du SISR pour la gestion du système d'information

0.Pas d'exemples 1.Oui (les exemples suivent)

Genre

DU21	Est-ce que les données ventilées par sexe ont été utilisées dans les discussions des résultats SISR telles que l'utilisation des services par les patients, les données sur les maladies ou la couverture des services?	1.Oui	0.Non		
DU22	Est-ce que le bureau du district a utilisé les données ventilées par sexe pour prendre une décision dans les 12 derniers mois?	1.Oui	0.Non		

	DU23	S'il vous plaît décrire un ou plusieurs exemples d'utilisation les données ventilées par sexe dans la gestion du système de santé.				
Analyse / Traitement des données						
DQ 11	Est-ce qu'une base de données existe pour la saisie et le traitement des données?	0. Non	1. Oui, Manuel	2. Oui, par Ordinateur	Si non allez à DQ13	
DQ 12	Est-ce que la base de données produit ce qui suit?					
DQ 12A	Calculer les indicateurs par zone ciblée			1.Oui	0.Non	
DQ 12B	Rapport récapitulatif de données pour le district			1.Oui	0.Non	
DQ 12C	Comparaisons parmi les structures sanitaires			1.Oui	0.Non	
DQ 12D	Comparaisons des résultats avec les objectifs au niveau national/du district			1.Oui	0.Non	
DQ 12E	Comparaisons des différents types de couverture de service			1.Oui	0.Non	
DQ 12F	Comparaisons des données à travers le temps (tendance)			1.Oui	0.Non	
DQ 12G	des données ventilées par sexe			1.Oui	0.Non	Si non allez à DQ13
DQ 12H	des données ventilées par sexe qui permettent des comparaisons entre les couvertures des structures sanitaires			1.Oui	0.Non	
DQ 12I	des données ventilées par sexe qui permettent des comparaisons entre les types de services			1.Oui	0.Non	
DQ 13	Est-ce que vous pensez que le manuel de procédure du SISR est facile à utiliser?			1.Oui	0.Non	
DQ 14	Est-ce que vous pensez que le formulaire de rapport trimestriel est compliqué et difficile à suivre ?			0.Oui	1.Non	
DQ 15	Est-ce que vous trouvez que le logiciel est facile à utiliser?		2.NA	1.Oui	0.Non	
DQ 16	Pensez-vous que les outils de technologie de l'information sont difficiles à utiliser?			1.Oui	0.Non	

DQ 17	Pensez-vous que la conception du système d'information permet d'avoir une bonne idée de la performance du système de santé ?		1.Oui	0.Non	
DQ 18	Pensez-vous que le SISR actuel collecte des informations qui sont aussi collectées par d'autres systèmes d'information ?		1.Oui	0.Non	
DQ 19	Est-ce que le logiciel du SISR intègre les données des différents systèmes d'information?	2.NA	1.Oui	0.Non	
DQ 20	Est-ce que la technologie de l'information (Réseau Local LAN –ou Réseau sans fil -WIFI) existe pour fournir un accès à l'information à tous les gestionnaires du district et au responsable du district?	1.Oui Partièl- lement	2.Oui complèt ement	0.Non	

* Si pas d'ordinateur utilisez le rapport de synthèse

Outil de diagnostic de la performance des SISR

A6. Evaluation de la qualité des données : Formulaire de la formation sanitaire

Nom et fonction de la personne interviewée:

REGION							
DPS				Date			
Nom de l'Évaluateur							
Structure de santé							
Enregistrement des données							
FQ1	La formation sanitaire garde-t-elle une copie des rapports mensuels du SISR envoyés au niveau supérieur ?	1.Oui	0.Non		Si non Aller à FQ3		
FQ 2	Comptez le nombre de rapports mensuels de SISR qui ont été gardés au niveau de la formation sanitaire de santé pendant les 12 derniers mois						
FQ3	La formation sanitaire de santé conserve-t-elle les ou une partie des registres des services pour lesquels l'exactitude est à vérifier ?	1. Oui	0. Non				
Vérification de l'exactitude des données							
FQ4	Trouvez l'information suivante pour les trois mois sélectionnés dans les registres ou fiches de consultation appropriés. Si le service ne garde pas un exemplaire du rapport mensuel, sollicitez une copie du bureau du district et faites l'exercice. Comparer le nombre des items figurant dans les registres ou fiches de consultation aux chiffres figurant dans les rapports mensuels.						
	Item	a. Mars 2013		b. Juin 2013		c. Sept 2013	
		Nbre dans le registre ou fiche de consultation	Nbre dans le rapport	Nbre dans le registre	Nbre dans le rapport	Nbre dans le registre	Nbre dans le rapport
FQ 4A							
FQ 4B							
FQ 4C							
FQ 4D							
FQ 4E							

FQ 5	Avez-vous reçu une directive de l'Encadrement Supérieur/Bureau de la DPS dans les trois derniers mois pour :			
5A	Contrôler l'exactitude des données au moins une fois dans le mois/trimestre ?	1. Oui, observé.	0. Non	
5B	Remplir les formulaires des rapports mensuels/ complètement?	1. Oui, observé.	0. Non	
5C	Soumettre le rapport mensuel à la date indiquée?	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ 6	Avez-vous reçu une directive de l'Encadrement Supérieur/Bureau de la DPS dans les trois derniers mois stipulant qu'il y aura des conséquences si vous ne respectez pas les directives suivantes?			
6A	Si vous ne contrôlez pas l'exactitude des données	1. Oui, observé.	0. Non	
6B	Si vous ne remplissez pas les formulaires mensuels / complètement	1. Oui, observé.	0. Non	
6C	Si vous ne soumettez pas les rapports mensuels / à temps	1. Oui, observé.	0. Non	

Complétude des Données				
FQ 7	Quel est le nombre de données dans le rapport mensuel du SISR que la structure de santé doit rapporter ? Excluez le nombre de données pour des services non fournis par cette structure de santé. CS : 1742 HP : 2071 CMC :	2012	2013	2013
FQ 8	Comptez le nombre de données qui devraient être remplies par cette structure mais qui ne le sont pas et pour lesquelles "0" n'est pas inscrit dans le rapport du mensuel correspondant (Seuil : ne pas dépasser 349 au Cs au niveau HP 415et au niveau CMC en comptant les vides du rapport mensuel) .			
Transmission des données/Traitement des données/Analyse				
FQ 9	Est-ce que des procédures de traitement des données existent ?	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ9A	Est-ce que des feuilles de comptage existent ?	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ 10	Est-ce que le service produit ce qui suit?			
FQ10A	Calcul des indicateurs de la structure par zone ciblée	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ10B	Comparaisons de ces performances avec les objectifs au niveau district ou national	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ10C	Comparaisons des différents types de couverture de service	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ10D	Comparaisons des données à travers le temps (suivi dans le temps)	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ10E	les données stratifiées par sexe	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ10F	les données ventilées par sexe pour la couverture des services au fil du temps	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ10G	des comparaisons entre les différents types de couverture des services selon le sexe	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ10H	la comparaison des données ventilées par sexe au fil du temps	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ 11	Le manuel des procédures pour la collecte des données (avec définitions) existe-t-il ?	1. Oui, observé.	0. Non	

Outil de diagnostic de la performance du SISR

A7. Evaluation de l'Utilisation de l'information Sanitaire - Formulaire du service de santé (CS/HP)

Date:	Nom de l'évaluateur :			
Nom de la structure de santé :	Nom et Titre du répondant:			
Type de structure de santé :	District:			
Production de rapport du SISR				
FU1	Est-ce que ce service de santé compile des données de SISR?	1.Oui	0.Non	
FU2	Est-ce que la structure de santé compile des rapports contenant des informations du SISR ?	1.Oui	0.Non	Si non aller à FU4
FU3	Si oui, Veuillez énumérer les rapports qui contiennent de l'information/des données produites par le SISR. Veuillez indiquer la fréquence de ces rapports et le nombre de fois où le rapport a été publié pendant les 12 derniers mois. Veuillez confirmer l'établissement du rapport en vérifiant de visu.			
	1. 1.Titre du rapport	2. Nombre de fois ce rapport doit être publié par an.	3. Nombre de fois les rapports ont été publiés pendant les 12 derniers mois.	
FU3a				
FU3b				
FU3c				
FU3d				
FU4	Est-ce que durant les trois derniers mois la structure a reçu un feedback sur ses performances provenant du bureau du district suite au rapport?	1.Oui	0. Non	
Affichage d'information				
FU5	Est-ce que la structure de santé affiche les données suivantes ?Oui /_ / Non /__/ Veuillez indiquer les types d'affichages de données et si les données ont été mises à jour pour la dernière période d'édition?			Si non aller à FU6
	1. Indicateur	2. Type d'affichage (cocher SVP)	3. Mise à jour	
FU5a	Lié à la santé de la mère	Tableau		1.Oui 0.Non

		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
FU5b	Lié à la santé de l'enfant	Tableau		1.Oui	0.Non	
		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
FU5c	Utilisation des services de la structure de santé	Tableau		1.Oui	0.Non	
		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
FU5d	Surveillance des maladies	Tableau		1.Oui	0.Non	
		Graphique/diagramme				
		Cartographie/autre				
FU6	Est-ce que la structure de santé a une carte géographique de la zone desservie (aire de santé) ?			1.Oui	0.Non	
FU7	Est-ce que les formations sanitaires affichent un résumé d'information démographique telle que la population par groupes cibles ?			1.Oui	0.Non	
FU8	Est-ce que le feedback, trimestriel, annuel ou autre sur les données du SISR est disponible et fournit des recommandations et directives pour entreprendre des actions ?			1.Oui	0.Non	Si non aller à FU10

FU9	Si oui a la question FU8, quels genres de décisions orientées vers l'action ont été prises sur la base des rapports (basées sur les données/l'information du SISR). Veuillez vérifier les types de décisions basées sur des types d'analyses présentes dans les rapports.			
	Types de décisions basés sur les types d'analyses			
FU9a	Revoir la stratégie en analysant les objectifs de performance de la structure contre les performances réelles en faisant des comparaisons par mois dans le temps	1.Oui	0.Non	
FU9b	Revoir les responsabilités du personnel de la structure en analysant les objectifs du service contre les performances réelles en faisant des comparaisons trimestrielles dans le temps	1.Oui	2. NA	0.Non
FU9c	Mobilisation /transfert des ressources basée sur une comparaison par services.	1.Oui	2. NA	0.Non
FU9d	Plaidoyer pour plus de ressources en comparant les performances par objectifs et en montrant les lacunes.	1.Oui	2. NA	0.Non
	Discussion et décisions sur l'utilisation de l'information SISR			
FU10	Est-ce que la structure tient des réunions pour passer en revue les questions de gestion ou administratives ?	1.Oui	0.Non	Aller FU15
FU11	A quelle fréquence la réunion doit-elle se tenir? Encercler la réponse appropriée 4. Par semaine 3. Après toutes les deux semaines 2. Mensuellement 1. Par trimestre 0. Aucun calendrier			
FU12	Combien de fois la réunion a-t-elle eu lieu pendant les trois derniers mois ? encercler la réponse appropriée 0. Aucune fois 1. 1 fois 2..2fois 3.3 fois, 4. Entre 4 ou 5 fois 6. 6 fois 7. Entre 7 et 11 fois, 12. 12 fois			
FU13	Est-ce qu'il est tenu un compte rendu officiel des réunions de gestion?	1.Oui	0.Non	Si non aller à FU15
FU14	Si oui, veuillez examiner les comptes rendus des réunions pour les trois derniers mois pour voir si les thèmes suivants étaient discutés:			
FU14a	Gestion du SISR, telle que la qualité des données, le reportage, ou la promptitude du rapportage.	Oui , observé,	0. Non	
FU14b	Discussion sur les résultats du SISR telles que	Oui , observé,	0. Non	

	l'utilisation de services, la surveillance, la couverture du service, ou la rupture des stocks des médicaments etc.			
FU14c	Est-ce qu'ils ont pris des décisions basées sur les discussions ci-dessus ?	Oui , observé,	0. Non	
FU14d	Est-ce qu'une action de suivi a eu lieu en se basant sur les décisions prises au cours des réunions précédentes ?	Oui , observé,	0. Non	
FU14e	Y a-t-il des questions/problèmes liés au SISR rapportés au niveau district pour que des actions soient entreprises?	Oui , observé	0. Non	
Promotion et utilisation de l'information du SISR au niveau du district/à un niveau plus élevé				
FU15	Est-ce que la structure de santé en question a reçu des objectifs trimestriels/annuels basés sur l'information du SISR?	1.Oui	0.Non	
FU16	Est-ce que les comptes rendus de la structure de santé durant les trois derniers mois ont montré que le district/ l'encadrement ont donné des directives concernant l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non	
FU17	La structure de santé a-t-elle reçu durant les trois derniers mois un bulletin/rapport de SISR relatant des exemples concernant l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non	
FU18	Est-ce qu'il existe une documentation montrant l'utilisation de l'information pour différents types de plaidoyers ?	1.Oui	0.Non	
FU19	Est-ce que durant les trois derniers mois le responsable de la structure a participé à des réunions au niveau du district pour discuter des performances du SISR ?	1.Oui	0.Non	
<p>FU20: Bien vouloir donner des exemples sur comment la structure de santé utilise l'information du SISR pour la gestion du système de santé</p> <p>0.Pas d'exemples 1.Oui (les exemples suivent)</p>				



Supervision par le bureau de santé du district					
FU21	Combien de fois le superviseur du district a-t-il visité votre structure de santé durant les trois derniers mois ? (cocher les réponses suivantes	0. 1. 2 3. 4. >3			Si la réponse est 0, allez à FU27 observé
FU22	Avez-vous vu le superviseur avec un check-list ou grille de contrôle pour évaluer la qualité des données ?	1.Oui	0.Non		
FU23	Le superviseur a-t-il vérifié la qualité des données ?	1.Oui	0.Non		
FU24	Durant sa visite dans votre structure, le superviseur du district a-t-il discuté des performances de la structure de santé en se basant sur les informations du SISR?	1.Oui	0.Non		
FU25	Est-ce que le superviseur a aidé à la prise d'une décision basée sur l'information du SISR?	1.Oui	0.Non		
FU26	Le superviseur a-t-il envoyé un rapport/feedback/note sur les deux dernières visites de suivi ?	1.Oui observé	0.Non		
	Genre				
FU27	La formation sanitaire compile les rapports contenant des informations SISR qui sont ventilées par sexe ?	1.Oui	0.Non		
FU28	La formation sanitaire produit un rapport qui contient des informations SISR ventilées par sexe au cours des 12 derniers mois ?	1.Oui	0.Non		
FU29	La formation sanitaire affiche un résumé de l'information tel que les services ou l'utilisation des services par sexe?	1.Oui	0.Non		

A.8 Check-list/liste de contrôle de la structure de santé/bureau

(Interviewez le gestionnaire du service ou la personne responsable du SISR a la DPS)

Personne interviewée (nom, fonction, organisation)
Nom de la structure de santé/DPS/DRS/Division SIS
Type de service (HP/CS/CMC/DPS/DRS/Division SIS du ministère, etc...)
Type (Publique)

(Interviewer: vérifier si le matériel suivant est disponible dans la structure/ matériels uniquement dédiés au system d'information)

1. Equipement		
Matériel	Quantité totale	Combien sont en état de marche ?
a. Ordinateur (Matériel: Unité centrale, Ecran clavier)		
b. Unité de sauvegarde de données (par exemple disque souple, CD, zip)	1. Oui	0. Non
c. Imprimantes		
d. Modems		
e. Onduleur		
f. Groupes électrogènes/panneaux solaires		
g. Téléphone fixe		
h. Radio téléphone (RAC)		
i. Accès à Internet	1. Oui	0. Non
j. Calculatrice		
k. Service de stockage hors du site		
l. Téléphone portable du site		
m. Téléphone personnel		
n. Accès réseaux téléphonique	1. Oui	0. Non
o. Fax		

2. Electricité/Eau	
a. Y a-t-il un approvisionnement continu en électricité ? Oui0.....Non	1.
b. Combien de fois l'approvisionnement en électricité est-il interrompu ? 0. Jamais/occasionnellement 1. Une fois/mois 2. 2 fois/mois 3. Hebdomadaire 4. Quotidien	
c. La structure dispose-t-elle de climatisation dans la salle ou est disposé l'ordinateur? Oui 0. Non	1.
d. L'eau courante est-elle disponible dans la structure ? 0. Non	1. Oui

3. Disponibilité des registres et des formulaires		
<i>(i) Type d'enregistrement, rapport ou registre</i>	L'outils est il disponible	Avez-vous connu une rupture d'un de ces formulaires ou document Durant les 12 derniers mois? Si oui, pourquoi?
a. Registre de consultation curative	0. Non 1. Oui	0. Non 1. Oui
b. Registre cpn ou Fiche de consultation prénatale	0. Non 1. Oui	0. Non 1. Oui
c. Registre accouchement	0. Non 1. Oui	0. Non 1. Oui
d. Fiche de consultation infantile	0. Non 1. Oui	0. Non 1. Oui
e.	0. Non 1. Oui	0. Non 1. Oui

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

B. Organisation de la structure de santé

B.1. Bien vouloir décrire le nombre total de personnes dans chacune des catégories ci-dessous: (faire les adaptations selon les situations des pays)

B.2. Titre/ poste	Nombre		Nombre
1.		10.	
2.		11.	
3.		12.	
4.		13.	
5.		14.	
6.		15.	
7.		16.	
8.		17.	
9.		18 ; Autre	

B.3. Qui remplit les rapports mensuels/trimestriels du système d'information? *Spécifier les codes à partir de la question B2.*

B.4. Listez les membres du staff qui ont reçu une formation en collecte, gestion et rapportage des information sanitaires Durant les deux dernières années, le nombre de formation reçu et l'année de la dernière formation.

B.4.a. Titre ou Poste (Code à partir de QB.2)	B.4.b. combien de formations cours /sessions que la personne à reçu durant les deux dernières années?	B.4.c. Année de la dernière formation?	B.4.d. Sujets de la dernière formation: 1. Collecte des données 2. Analyses des données 3. affichage des données/rapport 4. 1&2 5. 1&3 6. 2&3 7. 1,2 & 3
1.			
2.			
3.			
4.			

5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

BB1. Seulement pour le District et les niveaux plus élevés	
Personnel	
BB.1 Nombre total de personnes travaillant dans le bureau du district de gestion de l'information sanitaire incluant les démembrements du district?	
BB.2 Nombre total de personnes travaillant dans le bureau du district de gestion de l'information sanitaire excluant les démembrements du district?	
BB.3 Nombre total de personnel du bureau de gestion de l'information sanitaire du district formé à la collecte, la vérification et l'analyse de l'information?	

A.9 Outil d'évaluation de la gestion des SISR

(Observation au niveau de la structure de santé et aux niveaux supérieurs)

Les zones grises sont réservées aux niveaux intermédiaires (districts et niveaux supérieurs)

Nom de la structure _____		Nom de l'évaluateur _____	
Nom du district _____		Date d'évaluation _____	
MATG1	Présence de la mission du SISR signalée à des endroits stratégiques (visibles par les visiteurs)	0.Non	1. Oui
MATG2	Présence d'une structure de gestion pour traiter les décisions stratégiques et de politique liées au SISR au niveau du district et à des niveaux plus élevés	0.Non	1. Oui
MATG3	Présence d'un organigramme mis à jour (l'année dernière) de gestion de la santé au niveau du district, montrant les fonctions liées au SISR/Informations sanitaires	0.Non	1. Oui
MATG4	Présence de liste de distribution et preuve de la distribution des rapports /trimestriels du SISR dans le passé au niveau du district et/ou à des niveaux plus élevés.	0.Non	1. Oui
MATP1	Présence de rapport d'analyse de situation du SISR datant de moins de 3 ans	0.Non	1. Oui
MATP2	Présence d'un plan sur 1 à 5 ans du SISR au niveau du district ou à un niveau plus élevé	0.Non	1. Oui
MATP3	Présence des objectifs du SISR au niveau de la structure de santé et au niveau plus élevé	0.Non	1. Oui
MATQ1	Présence d'un exemplaire des normes du SISR au niveau du district ou à un niveau plus élevé	0.Non	1. Oui
MATQ2	Présence d'un exemplaire des normes du SISR au niveau de la structure de santé	0.Non	1. Oui
MATQ3	Présence des outils d'amélioration de la performance (organigramme, carte de contrôle, etc.) au niveau de la structure de santé	0.Non	1. Oui
MATT1	Est ce que la structure/le district a un manuel de	0.Non	1. Oui

	formation en SISR ?				
MATT2	Présence de mécanismes pour la formation sur le tas en SISR (voir la documentation)			0.Non	1. Oui
MATT3	Présence de planning pour le programme de formation prévu	0.Non	1. Oui, pour un an	2. Oui, 2 ans ou plus	
MATS1	Présence d'une grille de supervision du SISR			0.Non	1. Oui
MATS2	Présence de planning pour les visites de supervision du SISR			0.Non	1. Oui
MATS3	Présence de rapports de supervision du SISR			0.Non	1. Oui
MATF1	Présence d'un registre des charges relatives au SISR			0.Non	1. Oui
MATF2	Présence de mécanismes pour générer des fonds pour le SISR			0.Non	1. Oui
MATF3	Présence de rapports financiers trimestriels prenant en compte le SISR			0.Non	1. Oui
MATF4	Présence d'un plan financier à long terme pour soutenir les activités du SISR			0.Non	1. Oui

A.10 Outil d'Évaluation Organisationnelle et Comportementale

(A remplir par les agents et cadres du BSD)

Introduction

Cette étude fait partie d'une étude d'évaluation, pour améliorer les systèmes d'information de gestion sanitaire. L'objectif de cette étude est d'aider à développer des interventions pour améliorer le système d'information et l'utilisation de l'information. Veuillez exprimer votre avis honnêtement. Vos réponses individuelles demeureront confidentielles et ne seront pas partagées avec qui que ce soit. Nous vous remercions de votre aide et coopération dans cette étude.

Merci.

IDI. Nom de la structure :

ID2. District/Région /Division SIS

DD1. Fonction de la personne remplissant le questionnaire (encercler une réponse)

(Ajuster les catégories au pays hôte)

1. Directeur de région
2. Personne focale du SNIS à la DRS
3. Directeur du District
4. Personne focale du system de gestion de l'information sanitaire (SISR) du District
5. Responsable de la structure
6. Autre personnel de la structure (spécifiez)

DD2. Age de la personne -----

DD3. Sexe 1. Masculin 2. Féminin

DD4. Éducation

1. 10 ans 2. Intermédiaire (11-12) 3. Maitrise (13-14) 4. Master

5. Diplôme professionnel/qualification (spécifier)

6. Autre (spécifiez) -----.

DD5. Années d'emploi au SIS -----

DD6. Avez-vous reçu une formation dans des activités concernant le SNIS durant les six derniers mois ? 0. Non 1.Oui

Nous voudrions savoir jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec certaines activités effectuées dans le cadre de la gestion des données du SNIS . Il n'y a pas de réponse correcte ou fausse, mais il s'agit seulement d'exprimer votre avis sur une échelle. L'échelle porte sur l'évaluation de la force de votre opinion et s'étend de "Pas du tout d'accord (1) à Parfaitement d'accord (7)". Vous devez dire d'abord si vous êtes d'accord ou non avec la déclaration. Ensuite, dites l'intensité de votre accord ou désaccord. Si vous n'êtes pas d'accord avec la déclaration alors utilisez le côté gauche de l'échelle et dites combien vous êtes en désaccord c.a.d – Pas d'accord du tout (1), Un peu en désaccord (2) ou pas d'accord (3) et encerclez la réponse appropriée. Si vous n'êtes pas sûr de l'intensité de votre opinion ou si vous pensez que vous n'êtes ni en désaccord ni d'accord alors le encerclez 4. Si vous êtes d'accord avec la déclaration, alors utilisez le côté droit de l'échelle pour dire combien vous êtes d'accord c.a.d – D'accord (6), A peu près d'accord (5) ou Parfaitement d'accord (7) et encerclez la réponse appropriée. Veuillez noter que vous pourriez être d'accord ou être en désaccord avec toutes les déclarations et de la même façon vous pourriez ne pas exprimer la même intensité d'accord ou de désaccord. Nous nous attendons à des variations quand vous exprimez votre accord ou désaccord. Nous vous encourageons à exprimer ces variations dans vos opinions.

Cette information restera confidentielle et ne sera pas partagée avec qui que ce soit, excepté quand elle est présentée sous forme de données agrégées. Nous vous remercions d'être franc et de choisir votre réponse honnêtement.

Fortement	Pas d'accord	Partiellement	Neutre	Partiellement	D'accord	Fortement
En désaccord		en désaccord		d'accord		d'accord
1	2	3	4	5	6	7

Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec ce qui suit sur une échelle de 1-7 ?

Au BSD, les décisions sont basées sur

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement D'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

D1. Les préférences personnelles 1 2 3 4 5 6 7

D2. Les ordres ou désirs des supérieurs 1 2 3 4 5 6 7

D3. Des preuves/faits 1 2 3 4 5 6 7

D4. Les Interférences politiques 1 2 3 4 5 6 7

D5. Les comparaisons des données avec les
objectifs stratégiques en santé : 1 2 3 4 5 6 7

D6. Les besoins en santé de la
Communauté 1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement d'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

D7. Considération des coûts 1 2 3 4 5 6 7

Au BSD, les supérieurs

S1. Cherchent le feedback 1 2 3 4 5 6 7

des personnes concernées

S2. Insistent sur la qualité des données

dans les rapports trimestriels/mensuels 1 2 3 4 5 6 7

S3. Discutent ouvertement des conflits

pour les résoudre 1 2 3 4 5 6 7

S4. Recherchent le feedback de
la communauté concernée

1 2 3 4 5 6 7

S5. Utilisent les données du SNIS pour
fixer des objectifs et les suivre

1 2 3 4 5 6 7

S6. Contrôlent régulièrement la qualité des données au
niveau de la structure de santé et les
niveaux supérieurs

1 2 3 4 5 6 7

S7. Fournissent des feedback réguliers à
Leur personnel à travers des rapports
réguliers basés sur les évidences

1 2 3 4 5 6 7

S8. Rapportent régulièrement sur la
qualité des données

7

1 2 3 4 5 6

S9. Traitent le personnel ou les clients

différemment en raison de leur sexe

1

2

3

4

5

6

7

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement D'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

Au BSD, le personnel

P1. Est ponctuel	1	2	3	4	5	6	7
P2. Documente ses activités et conserve ses dossiers (enregistrements)	1	2	3	4	5	6	7
P3. Se sent concerné par l'amélioration de l'état de santé de la population cible	1	2	3	4	5	6	7
P4. Se fixe des objectifs de performance appropriés et réalistes	1	2	3	4	5	6	7
P5. Se sent coupable /responsable lorsqu'il n'atteint pas ses objectifs /la performance requise	1	2	3	4	5	6	7
P6. Est récompensé pour le travail bien fait	1	2	3	4	5	6	7
P7. Utilise les données d'information SGIS pour la gestion quotidienne de la Structure de Santé et du District	1	2	3	4	5	6	7
P8. Affiche les données pour le suivi des /objectifs/cibles fixés(es)	1	2	3	4	5	6	7

P9. Sait rassembler des données pour trouver la/les cause(s) profonde(s) d'un problème

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

P10. Sait élaborer des critères appropriés pour le choix des interventions pour un problème donné

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

P11. Sait établir le lien entre des résultats appropriés et une intervention particulière

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

P12. Sait évaluer si les objectifs fixés ou les résultats attendus ont été réalisés

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement D'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

Au BSD, le personnel

P13. Est renforcé /habilité/outillé à prendre des décisions

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

P14 Est capable de dire non aux superviseurs et collègues pour des demandes /décisions non supportées par des faits avérés

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

P15. Est rendu/considéré responsable/comptable des mauvaises performances

	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

BC5. Collecter des informations me donne
le sentiment que c'est une tâche

1 2 3 4 5 6 7

que l'on m'impose

BC6. Collecter des informations est apprécié par

1 2 3 4 5 6 7

mes collègues et supérieurs

U1. Donnez au moins trois raisons justifiant la collecte de données mensuellement sur ce qui : suit :

U1A. Les données financières

1.

2.

3.

U1B. Les tranches d'âges¹.

1.

2.

3.

U1C. L'origine des patients ?

1.

2.

3.

U2. Donnez au moins trois problèmes de qualité des données rencontrés lors de la collecte des données.

1.

2.

3.

Une équipe d'évaluation du fond Mondial a relevé des écarts importants entre les données provenant des sources primaires et les données rapportées. Quelle dimension de la qualité des données est en cause dans cette évaluation?

PSa. Définition du problème:

PSb. Quelles sont les raisons possibles de ces écarts

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

AUTO-EFFICACITE

La présente partie du questionnaire concerne la confiance que vous ressentez dans l'accomplissement des tâches liées aux systèmes d'information de santé. Une grande confiance indique que la personne pourrait accomplir la tâche, alors qu'une faible confiance signifie que la personne doit s'améliorer ou a besoin de formation. Nous voulons savoir votre degré de confiance dans l'accomplissement des tâches liées au SISR. Nous vous remercions d'être franc et d'évaluer votre confiance honnêtement.

Veillez évaluer votre confiance en pourcentage dans l'accomplissement des activités du SISR.

Évaluez votre confiance pour chaque situation avec un pourcentage selon l'échelle suivante

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE1. Je peux vérifier l'exactitude des données 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE2. Je peux calculer les pourcentages

/taux correctement 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE3. Je peux tracer des graphiques a partir

des données par mois ou années 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE4. Je peux calculer la tendance à partir

de graphiques à barres 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE5. Je peux expliquer les résultats et leurs

implications 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE6. Je peux utiliser des données pour

identifier les lacunes et fixer des objectifs 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE7. Je peux utiliser des données pour

prendre des décisions variées et préparer un rapport

de compte rendu /feedback 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Nous voudrions que vous résolviez ces problèmes concernant le calcul de pourcentages, représentation graphique des taux et d'interprétation de l'information.

C1. La prévalence du VIH pour une population de 100.000 habitants âgée de 15-49 ans dans une région X est estimée à 3% à partir d'un échantillon de 2500 personnes. Quelle est l'intervalle de confiance du nombre de personnes séropositives dans cette région avec un niveau de confiance de 95%.

C2. Le tableau suivant présente des effectifs des patients éligibles pour les ARV et en phase de conseil pour l'adhérence au traitement

	Juillet	Aout	Septembre	octobre	Novembre	Décembre
patients adultes qui ont achevé la préparation de médicaments	68	23	26	44	65	43
Adultes éligibles pour le traitement	172	59	56	116	186	131

C2a. Tracer le graphique le plus approprié correspondant à ce type de données

C2b. interprétez/Expliquez les résultats du graphique à barres

C2c. Avez-vous identifié une tendance dans les données ? Si oui ou non, expliquez la raison de votre réponse

C2d. Donnez au moins une utilisation de ces résultats au :

UD1. Niveau du prestataire

UD2. Niveau de la structure de santé

UD3. Niveau du district

UD4. Population éligible aux ARV

C3. . Le tableau suivant présente le devenir de patients sous ARV du mois de juillet au mois de décembre

Devenir des patients sous ARV	#	??
DCD	56	
Transférés vers -->	7	
Arrêt de traitement	3	
Perdu de vue	21	
Total	87	

Compléter ce tableau et passer à la question suivante

C4 : Apres avoir compléter le tableau en C3, indiquer le type de graphique le plus approprié pour ces données et dessiner le.

Question spécifique au RAMIS

- Avez-vous été forme sur le RAMIS Oui /__/ Non /__/
- Avez-vous accès au RAMIS Oui /__/ Non /__/
- Etes-vous capable de faire des saisies de données sans aide extérieure Oui /__/ Non /__/

- Etes-vous capable de faire des Etats sans aide extérieure Oui /__/ Non /__/

- Etes-vous capable de générer des rapports CS, DPS et HP sans aide extérieure Oui /__/ Non /__/

A 11. Outil d'Evaluation Organisationnelle et Comportementale

(A remplir par les agents et cadres à tous les niveaux)

Introduction

Cette étude fait partie d'une étude d'évaluation, pour améliorer les systèmes d'information de gestion sanitaire. L'objectif de cette étude est d'aider à développer des interventions pour améliorer le système d'information et l'utilisation de l'information. Veuillez exprimer votre avis honnêtement. Vos réponses individuelles demeureront confidentielles et ne seront pas partagées avec qui que ce soit. Nous vous remercions de votre aide et coopération dans cette étude.

Merci.

IDI. Nom de la structure :

ID2. District/Région /Division SIS

DD1. Fonction de la personne remplissant le questionnaire (encercler une réponse)

(Ajuster les catégories au pays hôte)

7. Directeur de region
8. Personne focale du SNIS à la DRS
9. Directeur du District
10. Personne focale du system de gestion de l'information sanitaire (SISR) du District
11. Responsable de la structure
12. Autre personnel de la structure (spécifiez)

DD2. Age de la personne -----

DD3. Sexe 1. Masculin 2. Féminin

DD4. Éducation

1. 10 ans 2. Intermédiaire (11-12) 3. Maitrise (13-14) 4. Master

5. Diplôme professionnel/qualification (spécifier)

6. Autre (spécifiez) -----.

DD5. Années d'emploi au SIS -----

DD6. Avez-vous reçu une formation dans des activités concernant le SNIS durant les six derniers mois ? 0. Non 1.Oui

Nous voudrions savoir jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec certaines activités effectuées dans le cadre de la gestion des données du SNIS . Il n'y a pas de réponse correcte ou fausse, mais il s'agit seulement d'exprimer votre avis sur une échelle. L'échelle porte sur l'évaluation de la force de votre opinion et s'étend de "Pas du tout d'accord (1) à Parfaitement d'accord (7)". Vous devez dire d'abord si vous êtes d'accord ou non avec la déclaration. Ensuite, dites l'intensité de votre accord ou désaccord. Si vous n'êtes pas d'accord avec la déclaration alors utilisez le côté gauche de l'échelle et dites combien vous êtes en désaccord c.a.d – Pas d'accord du tout (1), Un peu en désaccord (2) ou pas d'accord (3) et encerclez la réponse appropriée. Si vous n'êtes pas sûr de l'intensité de votre opinion ou si vous pensez que vous n'êtes ni en désaccord ni d'accord alors le encerclez 4. Si vous êtes d'accord avec la déclaration, alors utilisez le côté droit de l'échelle pour dire combien vous êtes d'accord c.a.d – D'accord (6), A peu près d'accord (5) ou Parfaitement d'accord (7) et encerclez la réponse appropriée. Veuillez noter que vous pourriez être d'accord ou être en désaccord avec toutes les déclarations et de la même façon vous pourriez ne pas exprimer la même intensité d'accord ou de désaccord. Nous nous attendons à des variations quand vous exprimez votre accord ou désaccord. Nous vous encourageons à exprimer ces variations dans vos opinions.

Cette information restera confidentielle et ne sera pas partagée avec qui que ce soit, excepté quand elle est présentée sous forme de données agrégées. Nous vous remercions d'être franc et de choisir votre réponse honnêtement.

Fortement Pas d'accord Partiellement Neutre Partiellement D'accord Fortement

En désaccord en désaccord d'accord d'accord

1 2 3 4 5 6 7

Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec ce qui suit sur une échelle de 1-7 ?

Dans les Région/District/Structures de santé, les décisions sont basées sur

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement D'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

D1. Les préférences personnelles 1 2 3 4 5 6 7

D2. Les ordres ou désirs des supérieurs 1 2 3 4 5 6 7

D3. Des preuves/faits 1 2 3 4 5 6 7

D4. Les Interférences politiques 1 2 3 4 5 6 7

D5. Les comparaisons des données avec les
objectifs stratégiques en santé : 1 2 3 4 5 6 7

D6. Les besoins en santé de la
Communauté 1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement d'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

D7. Considération des coûts 1 2 3 4 5 6 7

Dans les Région/Districts/structures de santé, les supérieurs

S1. Cherchent le feedback 1 2 3 4 5 6 7

des personnes concernées

S2. Insistent sur la qualité des données

dans les rapports trimestriels/mensuels 1 2 3 4 5 6 7

S3. Discutent ouvertement des conflits

pour les résoudre 1 2 3 4 5 6 7

S4. Recherchent le feedback de
la communauté concernée

1 2 3 4 5 6 7

S5. Utilisent les données du SNIS pour
fixer des objectifs et les suivre

1 2 3 4 5 6 7

S6. Contrôlent régulièrement la qualité des données au

niveau de la structure de santé et les

niveaux supérieurs 1 2 3 4 5 6 7

S7. Fournissent des feedback réguliers à

Leur personnel à travers des rapports

réguliers basés sur les évidences 1 2 3 4 5 6 7

S8. Rapportent régulièrement sur la

qualité des données 1 2 3 4 5 6 7

S9. Traitent le personnel ou les clients

différemment en raison de leur sexe 1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement D'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

Dans votre Région/District/structure de santé, le personnel

P1. Est ponctuel	1	2	3	4	5	6	7
P2. Documente ses activités et conserve ses dossiers (enregistrements)	1	2	3	4	5	6	7
P3. Se sent concerné par l'amélioration de l'état de santé de la population cible	1	2	3	4	5	6	7
P4. Se fixe des objectifs de performance appropriés et réalistes	1	2	3	4	5	6	7
P5. Se sent coupable /responsable lorsqu'il n'atteint pas ses objectifs /la performance requise	1	2	3	4	5	6	7
P6. Est récompensé pour le travail bien fait	1	2	3	4	5	6	7
P7. Utilise les données d'information SGIS pour la gestion quotidienne de la Structure de Santé et du District	1	2	3	4	5	6	7
P8. Affiche les données pour le suivi des /objectifs/cibles fixés(es)	1	2	3	4	5	6	7

P9. Sait rassembler des données pour trouver la/les cause(s) profonde(s) 1 2 3 4 5 6 7

d'un problème

P10. Sait élaborer des critères appropriés pour le choix des interventions pour un problème donné 1 2 3 4 5 6 7

P11. Sait établir le lien entre des résultats appropriés et une intervention particulière 1 2 3 4 5 6 7

P12. Sait évaluer si les objectifs fixés ou les résultats attendus ont été réalisés 1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement D'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

Dans votre Région/District/structure de santé, le personnel

P13. Est renforcé /habilité/outillé à prendre des décisions 1 2 3 4 5 6 7

P14 Est capable de dire non aux superviseurs et collègues pour des demandes /décisions non supportées par des faits avérés 1 2 3 4 5 6 7

P15. Est rendu/considéré responsable/comptable des mauvaises performances 1 2 3 4 5 6 7

P16. Utilise les données du SGIS pour la mobilisation et l'éducation de

la communauté 1 2 3 4 5 6 7

P17. Admet /reconnait les erreurs pour la prise

d'actions correctrices 1 2 3 4 5 6 7

P18.Sens que son travail est moins

pris au sérieux à cause de mon sexe 1 2 3 4 5 6 7

Personnellement

BC1. Collecter des informations qui ne sont pas utilisées pour la prise de décision me

décourage 1 2 3 4 5 6 7

BC2. Collecter des informations m'ennui

1 2 3 4 5 6 7

BC3. Collecter des informations est important pour moi

1 2 3 4 5 6 7

Fortement en désaccord	Pas d'accord	Partiellement en désaccord	Neutre	Partiellement D'accord	D'accord	Fortement d'accord
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

BC4. Collecter des informations me donne le sentiment

que les données sont nécessaires pour suivre la

performance de la structure de santé 1 2 3 4 5 6 7

BC5. Collecter des informations me donne le sentiment que c'est une tâche

1 2 3 4 5 6 7

que l'on m'impose

BC6. Collecter des informations est apprécié par 1 2 3 4 5 6 7
mes collègues et supérieurs

U1. Donnez au moins trois raisons justifiant la collecte de données mensuellement sur ce qui : suit :

U1A. Les maladies

- 1.
- 2.
- 3.

U1B. La vaccination

- 1.
- 2.
- 3.

U1C. Pourquoi les données sur la population du secteur ciblé sont-elles nécessaires ?

- 1.
- 2.
- 3.

U2. Donnez au moins trois manières de vérifier la qualité des données.

- 1.
- 2.
- 3.

Dr Akran, Directeur de district Sanitaire, a lu un récent rapport de district et en a été très troublé. Il a observé des incohérences sur les données. “Il faut que j’agisse”, a-t-il lâché à haute voix. Après un moment, il s’est calmé et a écrit son plan d’action. Veuillez décrire comment Dr Akram a défini le problème et quelles principales activités Dr Akram a dû inclure dans son plan d’action pour résoudre le problème.

PSa. Définition du problème:

PSb. Activités principales

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

AUTO-EFFICACITE

La présente partie du questionnaire concerne la confiance que vous ressentez dans l'accomplissement des tâches liées aux systèmes d'information de santé. Une grande confiance indique que la personne pourrait accomplir la tâche, alors qu'une faible confiance signifie que la personne doit s'améliorer ou a besoin de formation. Nous voulons savoir votre degré de confiance dans l'accomplissement des tâches liées au SISR. Nous vous remercions d'être franc et d'évaluer votre confiance honnêtement.

Veillez évaluer votre confiance en pourcentage dans l'accomplissement des activités du SISR.

Évaluez votre confiance pour chaque situation avec un pourcentage selon l'échelle suivante

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE1. Je peux vérifier l'exactitude des données 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SE2. Je peux calculer les pourcentages

- /taux correctement 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
- SE3. Je peux tracer des graphiques a partir
des données par mois ou années 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
- SE4. Je peux calculer la tendance à partir
de graphiques à barres 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
- SE5. Je peux expliquer les résultats et leurs
implications 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
- SE6. Je peux utiliser des données pour
identifier les lacunes et fixer des objectifs 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
- SE7. Je peux utiliser des données pour
prendre des décisions variées et préparer un rapport
de compte rendu /feedback 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Nous voudrions que vous résolviez ces problèmes concernant le calcul de pourcentages, représentation graphique des taux et d'interprétation de l'information.

C1. On estime à 340 le nombre de femmes enceintes. Les cliniques prénatales ont enregistré 170 femmes enceintes. Calculez le pourcentage (%) de femmes enceintes du district qui fréquentent les services de consultation prénatales (CPN).

C2. La couverture vaccinale totale du district pour les enfants âgés de 0 à 11 mois était 60%, 50%, 30%, 40%, 40% pour, respectivement, les années 1997, 1998, 1999, 2000 et 2001.

C2a. Tracer un graphique à barres pour les pourcentages de couverture selon les années

C2b. interprétez/Expliquez les résultats du graphique à barres

C2c. Avez-vous identifié une tendance dans les données ? Si oui ou non, expliquez la raison de votre réponse

C2d. Donnez au moins une utilisation de ces résultats au :

UD1. Niveau de la structure de santé

UD2. Niveau du district

UD3. Niveau de la prise de décision politique

UD4. Niveau communautaire

C3. Une étude menée dans un district a révélé 500 enfants de moins de 5 ans malnutris. La population totale des enfants de moins de 5 ans s'élevait à 5000. Quel est le taux de malnutrition ?

C4. Si le taux de malnutrition chez les enfants de moins de 2 ans est 20% et que le nombre total des enfants de moins de 2 ans est de 10.000, calculez alors le nombre d'enfants malnutris de moins de deux ans.

Annexe B : Formules de calcul des Indicateurs

B1 : Outil Diagnostic – Résumé des indicateurs de qualité des données

Dimensions/indicateurs	Nom de variable	Mode de calcul	Moyenne	Médiane	Min-Max
Qualité des données					
% de complétude par éléments de données au niveau des structures de santé	FQ7,FQ8	{1-FQ8/FQ7}*100}	50	50	0-100
% of complétude par structures de santé	DQ3,4a,b	DQ4a/DQ3*100; DQ4b/DQ3*100	50	50	0-100
% des districts ayant des preuves d'enregistrement des données soumis au niveau supérieur	DQ9	Frequency DQ9			
% promptitude par district et par mois	DQ7a,b, DQ4	DQ7a1/DQ4a*100; DQ7b1/DQ4b*100	50	50	0-100
% de données exactes spécifiques aux éléments des données par mois	FQ4a,b,c,d	Facility	50	50	0-100
Niveau d'exactitude pour A mois A		FQ4Aa2]/[FQ4Aa1]*100			
Niveau d'exactitude pour A mois b		FQ4Ab2]/[FQ4Ab1]*100			
Niveau d'exactitude pour B mois A		FQ4Ba2]/[FQ4Ba1]*100			
Niveau d'exactitude pour B mois B		FQ4Bb2]/[FQ4Bb1]*100			
Niveau d'exactitude pour C mois A		FQ4Ca2]/[FQ4Ca1]*100			
Niveau d'exactitude pour C mois B		FQ4Cb2]/[FQ4Cb1]*100			
Niveau d'exactitude pour D mois A		FQ4Da2]/[FQ4Da1]*100			
Niveau d'exactitude pour D mois B		FQ4Db2]/[FQ4Db1]*100			

<p>% de données exactes spécifiques aux éléments des données par mois au niveau du district</p>	<p>DQd10a,b,c</p>	<p>District</p> <p>DQ10Aa2]/[DQ10Aa1]*100</p> <p>DQ10Ab2]/[DQ10Ab1]*100</p> <p>DQ10Ba2]/[DQ10Ba1]*100</p> <p>DQ10Bb2]/[DQ10Bb1]*100</p> <p>DQ10Ca2]/[DQ10Ca1]*100</p> <p>DQ10Cb2]/[DQ10Cb1]*100</p>			
<p>% global de données valides par district</p>		<p>Agréger toutes les données par élément et calculer la moyenne</p>	<p>50</p>	<p>50</p>	<p>0-100</p>

B2 : Outil Diagnostic - Résumé des indicateurs d'utilisation de l'Information					
<i>Utilisation de l'information</i>	Nom de Variable	Mode de Calcul	Moyenne	Médiane	Min-Max
% rapports actuels sur rapport planifiés produits par les districts	DU3a2-e2, DU3a3-e3	$[DU3A3]/[DU3A2]*100; [DU3B3]/[DU3B2]*100 [DU3C3]/[DU3C2]*100 ; [DU3d3]/[DU3d2]*100$ $[DU3e3]/[DU3e2]*100$	50	50	0-100
% rapports actuels sur rapport planifiés produits par les structures de santé	FU3a2-d2, FU3a3-d3	$[FU3A3]/[FU3A2]*100; [FU3B3]/[FU3B2]*100$ $[FU3C3]/[FU3C2]*100; [FU3d3]/[FU3d2]*100$			
% de structures/district affichant l'utilisation de l'information pour le suivi	FU5a3-d3 DU5a3-d3	Fréquence			
% de structures/ districts ayant des rapports qui montrent les décisions prises par types d'analyses	FU9a-d DU9a-d	$(FQ9a+FQ9b+FQ9c+FQ9d)/4*100$ $(([DU9A]+[DU9B]+[DU9C]+[DU9D])/4*100$	50	50	0-100
% of facilities/districts reporting meetings with discussion on RHIS data	FU14a-b DU14a-b	$(FQ14a+FQ14b)/2*100$ $(([DU14A]+[DU14B])/2*100$	50	50	0-100
% of facilities/districts reporting decisions based on RHIS information	FU14c-d DU14c-d	$(FQ14c+FQ14d)/2*100$ $(([DU14C]+[DU14D])/2*100$	50	50	0-100
% of facilities reporting referral of problem for actions based on RHIS information	FU14e DU14e	Fréquence			

% of activities related to promoting use of RHIS information at facility/district level	FU15, 16, 17,18	$\frac{([FU15]+[FU16]+[FU17]+[FU18])}{4} \times 100$	50	50	0-100
	DU15, 16, 17,18	$\frac{([DU15]+[DU16]+[DU17]+[DU18])}{4} \times 100$			
% of example of information use	FU20	Fréquence			

B3 : Outil Diagnostique – Résumé des indicateurs de processus du SISR					
Processus du SISR	Nom de Variable	Mode de calcul	Moyenne	Médiane	Min-Max
% des structures rapportant la présence des procédures manuel de collecte des données	FQ15	Fréquence	50	50	0-100
% des structures rapportant effectivement les processus de transmission des données	FQ5c&6c	$(FQ5c+FQ6c)/2*100$	50	50	0-100
% des structures rapportant un niveau effectif de processus de contrôle de la précision des données	FQ5a&-6a	$(FQ5a+FQ6a)/2*100$	50	50	0-100
% des structures rapportant un niveau effectif de processus de complétude	FQ5b& 6b	$(FQ5b+FQ6b)/2*100$	50	50	0-100
% de structures rapportant un niveau effectif de processus de traitement des données	FQ9	Fréquences des réponses positives			
% de district rapportant un niveau effectif de processus de traitement des données	DQ11				
% de structures de rapportant le niveau d'affichage des données (démographiques, carte de la zone)	FU6,7	Fréquence			
Proportion des districts qui affichent les données relatives à la santé de la mère	DU5a	$Si(((DU5A21)+(DU5A22)+(DU5A23))>1, 'Vrai', 'Faux')$			
Proportion des structures de santé qui affichent les données relatives à la santé de la mère	FU5a	$Si(((FU5A21)+(FU5A22)+(FU5A23))>1, 'Vrai', 'Faux')$			
Proportion des districts qui affichent les données relatives à la santé de l'enfant	DU5b	$Si(((DU5B21)+(DU5B22)+(DU5B23))>1, 'Vrai', 'Faux')$			
Proportion des structures de santé qui affichent les données relatives à la santé de l'enfant	FU5b	$Si(((FU5B21)+(FU5B22)+(FU5B23))>1, 'Vrai', 'Faux')$			
Proportion des districts qui affichent les	DU5c	$Si(((DU5C21)+(DU5C22)+(DU5C23))>1, 'Vrai', 'Faux')$			

données relatives à l'utilisation des structures de santé Proportion des structures de santé qui affichent les données relatives à l'utilisation des structures de santé	FU5c	3])>1,'Vrai','Faux') Si(((FU5C21]+FU5C22]+FU5C23])>1,'Vrai','Faux')			
Proportion des districts de santé qui affichent les données relatives à la surveillance des maladies Proportion des structures de santé qui affichent les données relatives à la surveillance des maladies	DU5d FU5d	if(((DU5D21]+DU5D22]+DU5D23])>1,'Vrai','Faux') if(((FU5D21]+FU5D22]+FU5D23])>1,'Vrai','Faux')			
Pourcentage des districts de santé qui rapportent l'existence du processus de retro information Pourcentage des structures de santé qui rapportent l'existence du processus de retro information	DU4 FU4	Fréquence			

B4 : Outil Diagnostic – Résumé des indicateurs de déterminants techniques					
<i>Déterminants techniques</i>	Nom de Variable	Mode de Calcul	Moyenn e	Médiane	Min- Max
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proportion des districts et structures de santé qui rapportent les types d'analyses ▪ Proportion des structures de santé qui rapportent les types d'analyses ▪ Proportion des structures de santé qui rapportent l'existence de manuel de procédures 	DQ12a,b,c,d,e,f FQ10a,b,c,d FQ11	Fréquences			
% de district qui rapportent au sujet du manuel de procédure du SISR, les formulaires et l'élaboration /conception du SISR	DQ13, 14, 15, 16, 17,18,19, 20	Fréquences			

B5 : Outil Diagnostic –Résumé des indicateurs de la supervision					
<i>Qualité de la supervision du SISR</i>	Nom de Variable	Mode de Calcul	Moyenne	Médiane	Min-Max
% des structures rapportant la fréquence des visites de supervision les trois derniers mois	FU21	Fréquence			
% des structures rapportant la qualité de la supervision du SISR	FU22-26	Fréquence (FU22+FU23+ FU24+FU25+ FU26)/5*100	50	50	0-100

B6 : Outil d'évaluation de la gestion					
Dimensions/ Indicateurs	Noms de variables	Formule de calcul	Moyenne	Médiane	Min-Max
Gouvernance	MATG1-MATG4	$\frac{([MATG1]+[MATG2]+[MATG3]+[MATG4])}{4*100}$ – for district $\frac{([MATG1]+[MATG2]+[MATG3])}{3*100}$ – pour les structures	50	50	0-100
Planification	MATP1-MATP3	$\frac{([MATP1]+[MATP2]+[MATP3])}{3*100}$ $\frac{([MATP1]+[MATP3])}{2*100}$ – pour les structures	50	50	0-100
Formation	MATT1-MATT3	$\frac{([MATT1]+[MATT2]+[MATT3])}{4*100}$ $\frac{([MATT1]+[MATT3])}{3*100}$ – pour les structures	50	50	0-100
Supervision	MATS1-MATS3	$\frac{([MATS1]+[MATS2]+[MATS3])}{3*100}$ $\frac{([MATS1]+[MATS2]+[MATS3])}{3*100}$ – pour les structures	50	50	0-100
Utilisation des outils amélioration de la performance	MATQ1-MATQ3	$\frac{([MATQ1]+[MATQ2]+[MATQ3])}{3*100}$ $\frac{([MATQ2]+[MATQ3])}{2*100}$ – pour les structures	50	50	0-100
Finances	MATF1-MATF4	$\frac{([MATF1]+[MATF2]+[MATF3]+[MATF4])}{4*100}$ $\frac{([MATF1]+[MATF3])}{2*100}$ – pour les structures	50	50	0-100

B7 : Scores et Indicateurs des Outils d'évaluation Organisationnelle et comportementale					
Indicateurs	Variables	Mode de Calcul	Moyenne	Médiane	Min-Max
A. Comportementale					
1. Compétence pour les Taches du SISR			50	50	0-100
<i>a. Connaissance de méthodes de vérification de la qualité des données</i>	U2	$[U2]/3*100$	50	50	0-100
<i>b. Calcul d'indicateurs</i>	C1,2,3,	$([C1]+[C3]+[C4])/3*100$	50	50	0-100
<i>c. Tracé de graphique</i>	C2a	$[C2A]*100$	50	50	0-100
<i>d. Interprétation des données</i>	C2b,C2c	$([C2B]+[C2C])/7*100$	50	50	0-100
<i>e. Utilisation de l'information</i>	UD1,2,3,4	$([UD1]+[UD2]+[UD3]+[UD4])/4*100$	50	50	0-100
2. Confiance pour l'accomplissement de taches du SISR		Echelle de score 0-100	50	50	0-100
<i>a. vérification de la qualité des données</i>	SE1	SE1	50	50	0-100
<i>b. Calcul d'indicateurs</i>	SE2	SE2	50	50	0-100
<i>c. Plot data</i>	SE3	SE3	50	50	0-100
<i>c. Tracé de graphique</i>	SE4,SE5	$SE4+SE5/2$	50	50	0-100
<i>d. Interprétation des données</i>	SE6,SE7	$SE6+SE7/2$	50	50	0-100
<i>e. Utilisation de l'information</i>	U1A,U1B,U1C	$([U1A]+[U1B]+[U1C])/3/3*100$	50	50	0-100
4. Motivation	BC1,BC2,BC5,BC3,BC4,BC6	$([bc1r]+[bc2r]+[bc5r]+[BC3]+[BC4]+[BC6])/7/6*100$	50	50	0-100

5. Aptitude à résoudre des problèmes	Total	$((PSA)+[PSB1])/11*100$	50	50	0-100
Définition de problème	PSA	$([PSA]*100$			
Résolution de problème	PSB	$([PSB1])/10*100$			

B8 : Scores et Indicateurs des Outils d'évaluation Organisationnelle et comportementale					
Indicateurs	Variables	Mode de Calcul	Moyenne	Médiane	Min - Max
B. Organisationnelle		Echelle continue de 0-100	50	50	0-100
1. Culture de l'information			50	50	0-100
Emphase sur la qualité des données	S2, S6,S8	$((S2)+[S6]+[S8])/7/3*100$	50	50	0-100
Utilisation de l'information	S5,P8,P9,P16	$((S5)+[P8]+[P9]+[P16])/7/4*100$	50	50	0-100
Prise de décision basée sur l'évidence	D1,D2,D3,D4,D5 ,D6,D7	$((D1r)+ [D2r]+D3)+[D4r]+ [D5]+[P6]+[D6]+[D7])/7/7*100$	50	50	0-100
Feedback du personnel et de la communauté	S1,S3,S4,S7	$((S1)+[S3]+[S4]+[S7])/7/4*100$	50	50	0-100
Sens des responsabilités	P1,P3,P4,P5,P17	$((P1)+[P3]+[P4]+[P5]+[P17])/7/5 *100$	50	50	0-100
Responsabiliser et Accountability	P2,P13,P14,P15	$((P2)+[P13]+[P14]+[P15])/7/4*100$	50	50	0-100
Promotion de la résolution de problème	P9,P10,P11,P12	$((P9)+[P10]+[P11]+[P12])/7/4*100$			
Le système offre des récompenses pour le travail bien fait	P6	$[P6]/7*100$	50	50	100
Formation	DD6	Fréquence			
Caractéristiques Sociodémographiques des participants à l'étude	DD1,2,3,4,5,	Fréquence			

Annexe C : Liste des participants de l'enquête du SIS

**C1. PERSONNEL DE L’EVALUATION DU SYSTEME D’INFORMATION SANITAIRE
DE ROUTINE EN GUINEE**

(Du 03 au 18 Mars 2014)

SITES	TITRE	PRENOMS ET NOM
CONAKRY	Coordinateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Mamadou Alimou BARRY (JSI) ▪ Dr N’na Djénab SYLLA (BSD)
	Chef d’équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Mafoudia KEITA
	Enquêteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marie Madeleine TOLNO ▪ Mamadou Bobo DIALLO
	Enquêteur/ Agent de saisie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yumba INABANZA
	Chauffeurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamadou Lamarana BARRY ▪ Amadou Bailo DIALLO
	Autorités sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fanta Binty KABA (Chef section prévention et lutte contre la maladie à la DSVCo) ▪ Dr Dougo GOEPOGUI (Agent SNIS à la CDS de Matoto) ▪ El-Hadj Thierno Ibrahima SOW (Agent SNIS à la DSVCo)
Kindia- Dubreka	Coordinateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Mamadou Alimou BARRY (JSI) ▪ Dr N’na Djénab SYLLA (BSD)
	Chef d’équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Hadja Kadiatou DIALLO
	Enquêteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mariame DIALLO ▪ Aissatou Bella KEITA
	Enquêteur/Agent de saisie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thierno Moussa BALDE
	Chauffeurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamadou Diouma BAH
	Autorités sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mme FOFANA M’Balía SYLLA (Chargée de statistiques à Dubreka) ▪ Dr Mamadouba TOURE (Chargé de statistiques à Kindia)

Labé-Mali	Coordinateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moussa TRAORE (JSI) ▪ Alpha Oumar DIALLO
	Chef d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamadou Billo BAH
	Enquêteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aissatou Cherif SOUARE ▪ Hawa BALDE
	Enquêteur/Agent de saisie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abdourahime DIALLO
	Chauffeurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El-Hadj Ibrahima BAH ▪ Ousmane DIALLO
	Autorités sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Mamadou Hady DIALLO (DPS de Labé) ▪ Dr Fangamou TOMOU (DPS de Mali) ▪ Mme TRAORE Rassidatou DIALLO (chargée de statistiques à la DRS) ▪ Mamadou Oury CAMARA (En service à la DPS de Labé) ▪ Dr Houdy BAH (DRS de Labé) ▪ Dr Abdoulaye Diary DIALLO (Prévention et lutte contre la Maladie à la DPS de Labé) ▪ Ibrahima Sory DIALLO (Chargé de statistiques à la DPS de Mali) ▪ Alpha Yassarou BARRY (Prévention et lutte contre la maladie à la DPS de Mali)
Kankan-Kouroussa	Coordinateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moussa LY (JSI) ▪ Djiba KABA
	Chef d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr N'Famousa DIANE
	Enquêteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce Kevin Kawa BEIMYS ▪ Marie Claire OUENDENO
	Enquêteur/Agent de saisie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adama OUAMOUNO
	Chauffeurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolie GUILAVOGUI ▪ Djibril BAH
	Autorités sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Sacko SYLLA (Chargé de la formation, recherche et planification à la DRS de Kankan) ▪ Dr Augustin OUAMOUNO

		(Prévention et lutte contre la maladie-DPS Kankan) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Aicha CONDE (DPS Kouroussa) ▪ Dr Fodé KEITA (DHR Kankan)

N'Zérékoré	Coordinateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Souleymane CAMARA ▪ Jérôme BASSENE
	Chef d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Massa GUILAVOGUI
	Enquêteurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Bangaly CAMARA ▪ Aissatou SQUARE
	Enquêteur/Agent de saisie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siré Cathérine CAMARA
	Chauffeurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamadou Bella DIALLO ▪ Aboubacar Sidiki BARRY
	Autorités sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr Mathieu LOUA (Chef Section prévention et chargé de Statistiques à la DRS) ▪ Dr Sokpo TEORO (Prévention et lutte contre la maladie à la DPS de N'Zérékoré) ▪ Enock HABA (Chargé de statistiques à la DPS de N'Zérékoré) ▪ Almamy KEITA (Chargé de statistiques à l'hôpital régional de N'Zérékoré) ▪ Dr Mamadou Samba BARRY (DPS de Beyla)