

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

**Ministère de la Santé
et de l'Hygiène Publique**

Secrétariat Général

Direction Nationale de la Santé

**EVALUATION DU SYSTEME LOCAL D'INFORMATION
SANITAIRE (SLIS) AVEC LES OUTILS PRISM**

RAPPORT

Avril 2014



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MEASURE
Evaluation

MEASURE EVALUATION est financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par l'accord coopératif GHA-A-00-08-00003-00 et est implémenté par Carolina Population Center à l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, et l'Université de Tulane. Les points de vue exprimés dans ce manuel ne représentent pas nécessairement les points de vue de USAID et du gouvernement américain.

Août 2014

TR-14-104FR

Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES	2
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	3
1.1 Profil épidémiologique du Mali	3
1.2 Système de santé.....	4
1.3 Système d'information sanitaire	4
II. BUT ET OBJECTIFS	6
2.1 But	6
2.2 Objectif général	6
2.3. Objectifs spécifiques	6
III. CADRE DE L'ÉVALUATION	6
IV. METHODOLOGIE	8
4.1. Type d'Enquête.....	8
4.2. Echantillonnage	8
4.3. Critères de Jugement de la Performance	8
4.4. Collecte des données	10
4.5. Mise en Œuvre	11
4.6. Sources des données	11
4.7. Considérations éthiques.....	11
4.8. Traitement et Analyse des données.....	11
V. RESULTATS	13
5.1. NIVEAU CENTRAL (SLIS/DNS).....	15
5.2. Niveau région	25
5.4. Niveau des CSCRéf/CSCCom	47
VI. Discussion et conclusions.....	59
6.1. Discussion	59
6.2. Conclusion :	68
VII. Recommandations	69
7.1. Recommandations à court terme : il faudra:	69
7.2. Recommandations à moyen terme : il faudra.....	70
7.3. Recommandations générales.....	70
Annexe A : Questionnaires PRISM	72
Annexe B : Formules de calcul des Indicateurs	123
Annexe C : Liste des participants de l'enquête du SLIS, Décembre 2013	135

SIGLES ET ACRONYMES

SIGLES ET ACCRONYMES	SIGNIFICATION
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Cellule de planification et de la Statistique
CSCoM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DESAM	Développement Sanitaire du Mali
DFM	Direction des Finances, et du Matériel
DNDS	Directions Nationales du Développement Social
DNPSES	Directions Nationales de la Protection Sociale et de L'Economie Solidaire
DNS	Direction Nationale de la Santé
INRSP	l'Institut National de Recherche en Santé Publique
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
SD-SNISS	Schéma Directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale
SIS	Système d'Information Sanitaire
SISR	Système d'Information Sanitaire de Routine
SLIS	Système Local de l'Information Sanitaire
USAID	United States Agency for International Development

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1 Profil épidémiologique du Mali

Le Mali est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest, classé 178ème sur 182 pays selon l'Indice de développement humain des nations Unies.¹ Malgré les récents progrès réalisés au Mali des efforts considérables restent à faire sur beaucoup d'indicateurs de santé sur le plan mondial: la mortalité maternelle est de 464 décès pour 100000 naissances vivantes²; la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est de 98 décès pour 1000 naissances vivantes³; et la mortalité infantile est estimée à 58 décès pour 1000 naissances vivantes⁴. La malnutrition est un facteur majeur contribuant à la mortalité maternelle et infantile, et 38% des enfants souffrent de malnutrition chronique.⁵

L'environnement au Mali, est caractérisé par un faible accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base; les conditions d'hygiène y sont précaires. Selon l'Enquête Mondiale sur la Santé 2006, 39,7% de la population ont accès à l'eau potable de sources aménagées, avec une disparité entre le milieu urbain 51,3%, et le milieu rural 34,5%.

Le recensement général de la population de 2009 avait estimé la population totale du Mali à 14.517.176, presque le double de la population il y a 20 ans (1987: 7.696.348); le taux d'accroissement de la population a augmenté de 2,4% à 3,6% pendant la même période. L'indice synthétique de fécondité est de 6,1 enfants par femme, avec un taux de prévalence contraceptive moderne de 9,9%⁶. L'Enquête démographique et santé (EDSM-V, 2013) estime que 39 % d'enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 12% n'ont reçu aucun vaccin, les autres (49%) ont été partiellement vaccinés. De manière spécifique, 84% des enfants ont reçu le BCG ; dans 80% des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTCoq (ou de Pentavalent) ; dans une proportion encore plus élevée (84 %), ils ont reçu la première dose de polio ; et 72% d'enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par près des deux tiers des enfants (64%).

La prévalence de la parasitémie palustre est 52% (EDSM-V, 2013), en hausse comparée à 38% (Enquête d'anémie et de parasitémie, 2010). La prévalence du VIH est basse au Mali, estimée à 1,3%, comparativement aux autres pays au Sud du Sahara. Néanmoins, la prévalence du VIH est très élevée chez les travailleuses du sexe (24,2%⁷) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM) (17%-35%).⁸

¹ Human Development Report, UNDP, Bamako, Mali. 2009.

² Fourth Mali Demographic and Health Survey, 2006. Ministry of Health and Macro International. Bamako, Mali. 2007.

³ Preliminary Report of the Fifth Mali Demographic and Health Survey (DHS), 2012-2013. INFO-STAT, Ministry of Health, Ministry of the Economy and Finances, and ICF International. Bamako, Mali. 2013.

⁴ DDHS 2013.

⁵ DHS 2013.

⁶ DHS 2013.

⁷ Mali Integrated STI Prevalence and Behavior Survey (ISBS) Final report 2009. Ministry of Health, Mali; Centers for Disease Control and Prevention; and USAID. Bamako, Mali: Ministry of Health Publications. 2010.

⁸ USAID Program Data.

1.2 Système de santé

Au Mali, le système de santé est composé de trois niveaux avec des missions distinctes: (i) le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre, il définit les critères d'efficience, d'équité et de viabilité.

Le niveau central est chargé de l'élaboration des politiques d'orientation, de coordination et de mobilisation de ressources. Il assure avec les organismes personnalisés, les fonctions d'administration, de coordination et de recherche; (ii) le niveau régional est celui de l'appui au premier niveau, il est aussi appelé niveau intermédiaire. Le niveau intermédiaire est chargé de l'appui technique, de la coordination et du suivi du niveau opérationnel. Ce niveau correspond aux directions régionales de santé dans les 8 régions et la commune de Bamako; et (iii) le niveau opérationnel qui comporte 2 échelons: (a) premier niveau de recours aux soins est le centre de santé communautaire (CSCoM) géré par une association de santé communautaire (ASACO) avec l'appui de l'Etat et (b) deuxième échelon est le niveau de recours aux soins de première référence, constitué par les Centres de Santé de référence (CSRéf) des cercles, communes et zones sanitaires. Ils sont au nombre de 63. Le système de santé publique est étoffé par des structures de santé parapubliques, confessionnelles, des Forces Armées et de Sécurité, des dispensaires et cliniques privés.

1.3 Système d'information sanitaire

Validé en 1998, le schéma directeur définit les grandes orientations du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SNISS) : catégories et types d'indicateurs, niveau de production des indicateurs, sources des données. Il définit également les responsabilités et établit les actions à entreprendre et les moyens nécessaires pour l'opérationnalisation de chacun des sous-systèmes. Le SNISS est sous la responsabilité de la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), institution elle-même sous-tutelle de trois ministères : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ; Ministre de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant; et Ministre du Travail et des Affaires sociales et humanitaires

Le schéma directeur ainsi adopté comprend quatre (04) sous-systèmes qui sont :

- **Le Sous Système d'Information Sanitaire comprenant 3 composantes:**
 - Système Local d'Informations Sanitaires (SLIS);
 - Système d'Informations Hospitalières (SIH);
 - Système d'alerte épidémiologique (SAE).

Les 3 composantes du sous-système d'information sanitaire permettent la collecte des données épidémiologiques, la surveillance de maladies transmissibles et non transmissibles, des données de mortalité, de morbidité des centres de santé et des hôpitaux. Le SLIS et le SAE sont sous la responsabilité de la Direction Nationale de la Santé (DNS), et le SIH est logé à la Cellule de Planification et de Statistique (CPS).

- **Le Sous Système d'Information Sociale :**

Ce sous-système collecte les données sur la promotion communautaire, la lutte contre l'exclusion sociale et la promotion de l'économie solidaire. La coordination de ce système est confiée à l'unité de planification avec la participation des Directions Nationales du Développement Social (DNDS) et de la Protection Sociale et de L'Economie Solidaire (DNPSES).

- **Le Sous Système d'Information sur les Évaluations et la Recherche :**

Il recueille les données sur les évaluations et études spécifiques et est sous la responsabilité de la CPS en collaboration avec l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

- **Le Sous Système d'Informations Administratives et de Gestion :**

Il collecte les données sur les ressources humaines, le matériel, les ressources financières et les données des bailleurs/ONG et Associations. Les responsables de ce sous-système sont la Direction des Finances et du Matériel (DFM), la CPS et la DNS.

Le schéma directeur du Système National d'Information Sanitaire et Sociale (SD-SNISS) a fait l'objet d'une évaluation externe en 2003 par un cabinet privé et en 2009 par le Réseau de Métrologie Sanitaire de l'OMS. De plus en juin 2013, MEASURE Evaluation, mandaté par l'USAID, a évalué la composante système d'information sanitaire à base communautaire.

Il est ressorti de ces évaluations les constats suivants :

- problème de coordination de l'ensemble du système d'information sanitaire et social ;
- retard dans la transmission des données à tous les niveaux ;
- insuffisance dans l'analyse des données à tous les niveaux ;
- insuffisance d'intégration des données de certains acteurs (ONG / Associations, structures privées et confessionnelles) ;
- existence de systèmes d'information parallèles des programmes de lutte contre certaines maladies (dits verticaux) ;
- Multitude et redondance des supports primaires de collecte de données et des rapports périodiques (surtout rapports mensuels des programmes verticaux, et rapports trimestriels d'activités incluant des parties mensuelles) ;
- insuffisance de formation /orientation des responsables communautaires à l'utilisation et à la compréhension des supports utilisés ;
- insuffisance de rétro information ;
- faible motivation du personnel ainsi qu'une insuffisance de culture de l'information.

Face à ces défis, décrits ci-dessus, USAID/Mali (à travers MEASURE Evaluation) et la Direction Nationale de Santé ont décidé de conduire une évaluation de la performance du système locale d'information sanitaire (SLIS) ou système d'information sanitaire de routine du Mali. Cette évaluation de la performance du SLIS a utilisé l'approche et les outils de PRISM pour identifier les domaines prioritaires du SLIS 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 (SLIS) du Mali.

2.2 Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'évaluer le niveau de performance du SLIS/Mali (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 SLIS en termes de collecte, transmission, traitement, analyse, présentation et vérification des données ainsi que la rétro information
- Evaluer les intrants ou déterminants du SLIS en termes de facteurs techniques, organisationnels et comportementaux
- Identifier les contraintes majeures à l'amélioration de la performance du SLIS
- Formuler des recommandations en vue améliorer les pratiques et corriger les faiblesses identifiées.

III. CADRE DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation était basée sur le cadre conceptuel développé pour améliorer la performance de la gestion du système d'Information de Routine (PRISM) qui apporte un changement notable dans la conception, le renforcement, le suivi et l'évaluation des systèmes d'information sanitaire de routine (SISR) comme le SLIS du Mali.

En effet, le cadre PRISM développe des définitions opérationnelles de la performance du SLIS 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 SLIS à réaliser les tâches reliées au SLIS, (b) le niveau de compétence de ces agents dans la réalisation des tâches spécifiques de SLIS, (c) la transmission, l'exactitude, et la complétude des données, (d) la demande de données du SLIS (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 SLIS et les facteurs techniques, comportementaux, organisationnels et les processus du SLIS. Il crée des opportunités pour déterminer si les déterminants de la performance agissent directement, ou indirectement à travers les déterminants comportementaux, sur le processus SLIS, ou s'ils interagissent les uns sur les autres pour influencer la performance du SLIS.

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 SLIS. Ceci permet d'atteindre des objectifs/niveaux de performance ambitieux, mais réalisables tout en en accroissant la motivation.

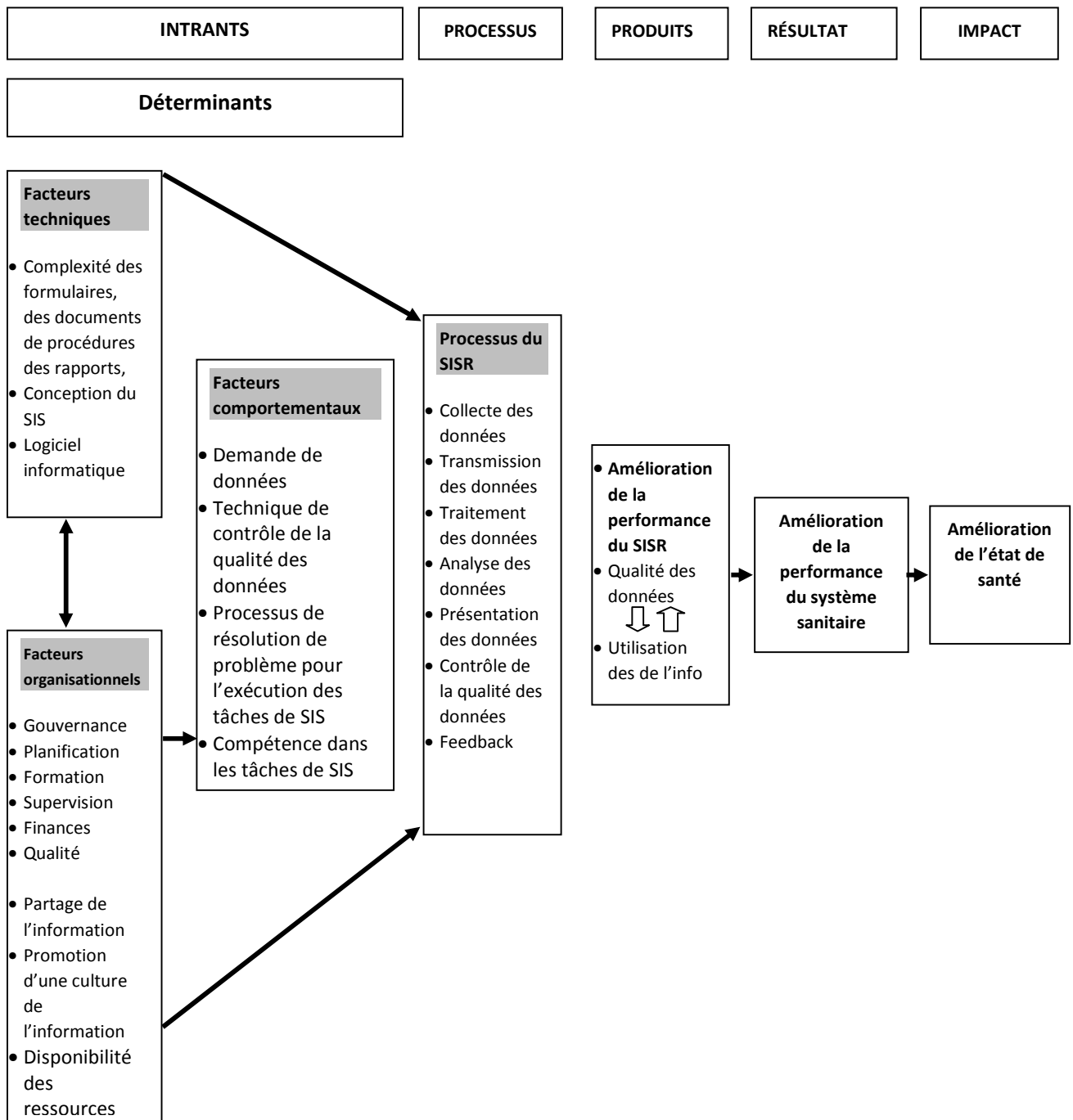


Figure 1 : Cadre PRISM (Performance en matière de gestion courante des systèmes d'information)

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la Direction Nationale de la Santé avec l'appui technique et financier de l'USAID à travers son agence technique MEASURE Evaluation, a effectué une évaluation du Système Local d'Information Sanitaire de routine avec l'outil PRISM DEAT (Data Entry and Analysis Tool) ou outil PRISM de saisie et d'analyses.

IV. METHODOLOGIE

4.1. Type d'Enquête

C'est une enquête transversale descriptive.

4.2. Echantillonnage

La méthodologie adoptée est celle des choix raisonnés, combinée à un tirage aléatoire sans remise à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Central, régional, CSRéf(District) et Formation sanitaire). Pour des raisons de sécurité, les régions de Kidal, Tombouctou et Gao n'ont pas été incluses dans l'échantillonnage.

Niveau régional

Toutes les régions médicales à l'exception de celle du nord ont été systématiquement retenues dans l'évaluation. Il s'agit de : Bamako (6 district)s ; Kayes (8 districts) ; Koulikoro (9 districts) ; Mopti (8 districts) ; Ségou (8 districts); et Sikasso (9 districts).

Niveau des CSRéf(District)

Deux (2) districts étaient sélectionnés dans chacune des six régions cibles de l'évaluation. Dans chaque région, le district situé dans chef-lieu de région a été choisi automatiquement parce qu'il couvre les établissements sanitaires de référence ayant un volume important d'activités, et un deuxième district a été sélectionné par tirage aléatoire simple sans remise. Dans chaque district, le service chargé de la gestion des données a été visité ainsi que le responsable du CSRéf(District).

Niveau des centres de santé: CSRéf et CCom

Comme au niveau CSRéf(District), l'unité de soins du Centre de Santé de Référence (CSRéf) a été inclus dans l'échantillon, et neuf (9) centres de santé communautaire ont été sélectionnés par tirage aléatoire (sans remise) par CSRéf(District).

Au total l'échantillon était composé de : 6 régions, 12 CSRéf(District)s, 12 CSRéf, et 108 CCom.

4.3. Critères de Jugement de la Performance

Par souci de clarté nous avons dissocié le centre de Santé de référence en deux entités. Une unité de soins notée CSRéf(Unité de soins) qui n'est autre qu'un centre de santé prodiguant des soins au même titre que les CCom sauf qu'il a un plateau technique plus fourni et une unité de coordination jouant le rôle de district notée CSRéf(District). Cette démarcation répond aux exigences des outils PRISM utilisé pour cette évaluation.

4.3.1. 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 CSRéf(District)).

L'exactitude

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

- Nombre de cas de paludisme simple ;
 - Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 3 consultations prénatales (CPN) ;
 - Nombre de malnutritions sévères; et
 - Nombre de Vaccin Anti tétanique 2 (VAT2) administrés chez la femme enceinte
- **Au niveau CSCom et CSRéf (Unité de soins)**, 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 des CSCom et CSRéf (Unité de soins). 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 CSRéf(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 CSCom/CSref (unités de soins) à celles retrouvées dans la base de données DESAM au niveau du CSRéf(District), et (b) les données contenues dans les bases de données des niveaux intermédiaires (CSRéf(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 CSCom, elle se référait au niveau de complétude des éléments de données du rapport trimestriel, 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 CSRéf (unités de soins) et CSCom** : 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 trimestres était estimée par la moyenne des complétudes sur les 3 trimestres. 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 CSRéf (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 15 jours après la fin du trimestre précédent pour le CSCom et le CSRéf(District), 30 jours après pour la DRS et 45 jours après pour le DNS (conformément aux directives du SLIS). Une promptitude est donc jugée bonne si le nombre de rapports transmis à temps sur le nombre de rapports attendus est supérieur à 80%

4.3.2. 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 SLIS (la qualité des données, le reportage, la promptitude du reportage) et sur les résultats du SLIS (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 SLIS au niveau régional/national pour que des actions soient entreprises.

4.4. 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 trimestriels 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 (DESAM). Les personnes interrogées ont été également soumises à un test écrit pour évaluer leur niveau de compétence dans la réalisation des tâches du SLIS.

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 (Section SLIS, DRS, CSRef ou CSCom). 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 de SLIS qui avait déjà pris connaissance des résultats du codage lors de la collecte des données des niveaux CSCOM, CSRéf et Région.

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.

4.5. Mise en Œuvre

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

- Formation des Evaluateurs 4, 6, et 7 Décembre 2013
- Pré-test des outils : 8 Décembre 2013
- Recueil des données sur le terrain : 10 au 19 Décembre 2013
- Analyse des données et rapports préliminaires (Décembre 2013 à Février 2014)
- Rédaction du rapport final Avril 2014

Les équipes étaient constituées essentiellement du personnel de MEASURE Evaluation, de la DSN/SLIS, CPS, INRSP, OMS et de quelques programmes nationaux (Santé Familiale, Lèpre).

4.6. Sources des données

a. Au niveau de la SLIS/Bamako

- Base de données National « DESAM »
- Rapports mensuels SLIS 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 « DESAM »
- Sources d'informations disponibles (rapports mensuels SLIS des CSRéf(Districts))
- Le directeur régional et le chargé SIS

c. Au niveau des CSRéf(District)

- Base de données « DESAM »
- Rapports mensuels SLIS des CSRéf et CSCom pour les périodes concernées
- le médecin chef du CSRéf(District) et le chargé SIS

d. Au niveau des centres de santé communautaires

- Rapports mensuels des programmes et rapports trimestriels d'activités (RTA) SLIS (document papier et/ou informatisé)
- Registres de consultations des services cibles des CSCom et CSRéf pour les périodes retenues
- Le directeur technique du centre et les responsables d'unité

4.7. 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, CSRéf(Districts) et CSCom. 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.

4.8. 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 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 SLIS, les 6 directions régionales de santé, les 12 bureaux de CSRéf(Districts) sanitaires et 119 Centres de santé communautaires ou CSRéf (unités de soins) ont été visités.

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 171 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 SLIS, 12 au niveau régional, 22 dans les CSRéf(Districts) sanitaires et 132 dans les CSCoM.

Table 1: Caractéristiques démographiques des répondants de l'OBAT

NIVEAUX	NOMBRE			AGE MOYEN		AGE MOYEN (H+F)
	H	F	TOTAL	H	F	TOTAL
SLIS	4	1	5	42	43	42
Régions	9	3	12	50	47	49
CSRéf(Districts)	15	7	22	43	46	44
CsCom Et CsRef	106	26	132	36	38	36
Total	134	37	171	38	40	38

L'âge moyen global des acteurs était de 38 ans et les âges moyens par niveau variaient en diminuant du niveau central (42 ans) vers le niveau périphérique (36 ans) en passant par 49 ans pour la région, 44 ans pour le CSRéf(District). Les femmes semblaient légèrement plus âgées que les hommes sur l'ensemble des strates à l'exception du niveau des régions (50 vs 47 ans).

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

Niveaux	Homme	Femme	Ensemble
DNS	14	8	13
Régions	13	7	11
CSRéf(Districts)	8	6	8
CSRéf(unité de soins)/CSCom	5	5	5
Ensemble	6	6	6

Le nombre moyen d'années d'expérience dans le SNIS des agents interrogés décroît du niveau central (13 ans) vers le niveau CsCom (5 ans) pour une moyenne de 11 ans et 8 ans respectivement pour le niveau région et CSRéf(District).

- **Constats sommaires** : L'enquête a été menée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à l'exception du nord (régions de Tombouctou, Kidal et Gao) pour des raisons de sécurité évidentes. Les quatre outils PRISM ont été administrés à tous les niveaux. Pour des problèmes d'archivage la qualité des données n'a pu être vérifiée au niveau central pour défaut de fichiers SAUVE (copies des bases de données transmises par les Régions) et au CSRéf(District) de Yelimane dans la région de Kayes pour défaut de registres et de rapports trimestriels d'activités.

Pour l'exactitude des données au niveau des formations sanitaires, il n'a pas été possible de la mesurer à certains endroits. 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 quatre indicateurs ciblés par l'évaluation.

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

Indicateurs	T4 2012	T1 2013	T2 2013
Nombre de cas de paludisme	110	111	112
Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins 3 CPN	112	116	115
Nombre de cas de malnutrition sévère	96	103	106
Nombre de vaccin anti tétanique Numéro 2(VAT2)	110	114	113

5.1. NIVEAU CENTRAL (SLIS/DNS)

5.1. 1. Performance du système d'Information sanitaire

5.1.1.1. Qualité des données : le niveau de la qualité des données n'a pu être vérifié à ce niveau pour défaut d'archivage des fichiers "SAUVE" (copies électroniques des données) venant des régions médicales.

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

Les données de surveillance de la maladie ne font pas l'objet d'affichage au niveau de l'unité centrale du SLIS. Par contre, même si les données ne sont pas à jour, celles relatives à la santé de la mère, de l'enfant et sur l'utilisation des services sont affichés (datant de 2011) Fig 2.

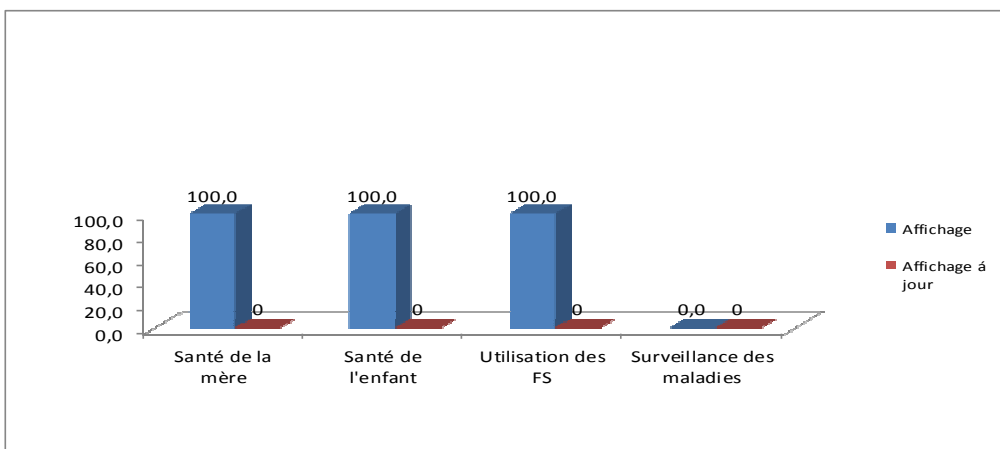


Fig 2: Proportion des types d'affichages et statut de la mise à jour

Types d'analyse au niveau Central

Des analyses pertinentes sont faites tel qu'attendu. Elles prennent en compte les aspects genre, la comparaison des indicateurs entre les DRS et les services et la comparaison des indicateurs dans le temps (Fig 3).

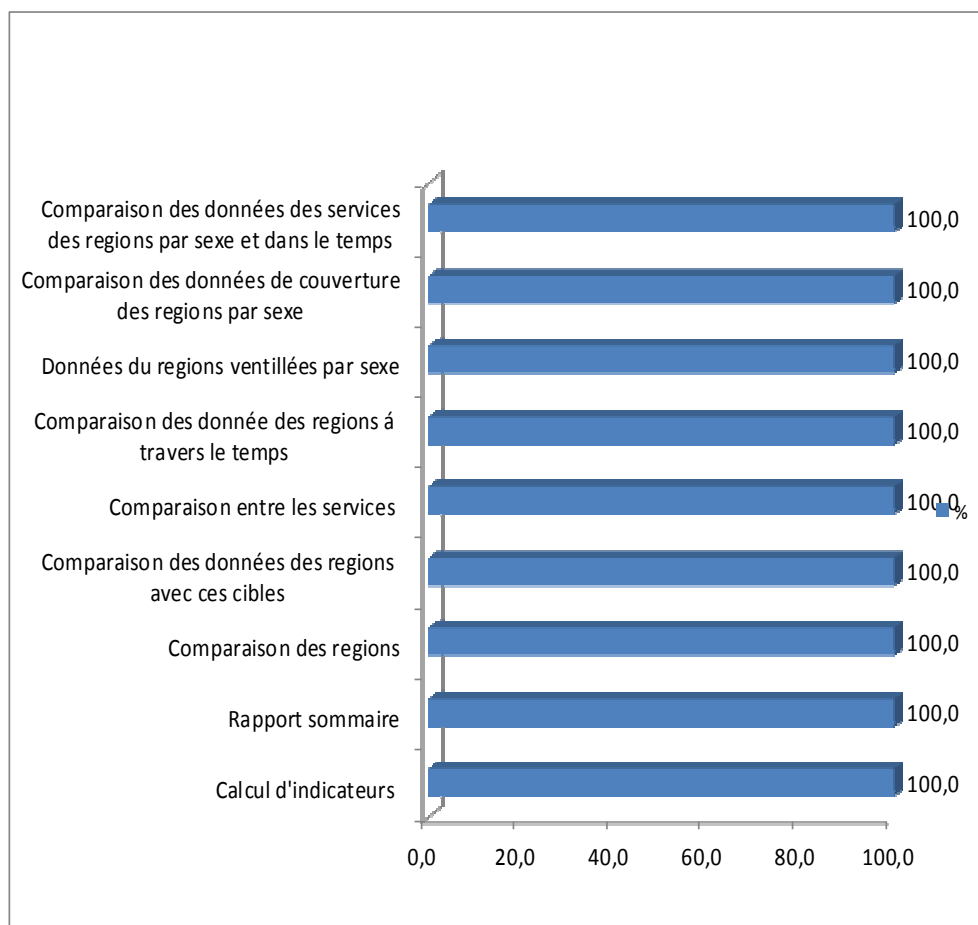


Fig 3 : Proportions des types d'analyses effectués au niveau Central

- 5.1.1.2. Utilisation de l'Information

L'utilisation des données est systématique ainsi que le partage d'information au niveau central.

Les rapports du SLIS sont disponibles au niveau central (100%) et l'utilisation dans les rapports est observable dans 100% des régions 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 et que **les discussions sur les données** étaient faites autour de la qualité des données et sur les résultats en termes de couverture, utilisation des services, surveillance des maladies et ruptures de stock des médicaments et produits de santé par exemple, pour un score agrégé de 100. **Les décisions lors des discussions** sur les données étaient **prises et la mise en œuvre suivies** dans le temps avec un score de 100 sur 100. **La référence des problèmes au niveau supérieur** pour un appui ou aide externe était aussi une pratique observée au niveau central (100). En conséquence, la combinaison des différents éléments évoqués ci-dessus indique que le niveau global moyen de l'utilisation de l'information est de 100 sur un total de 100 (Fig 4).

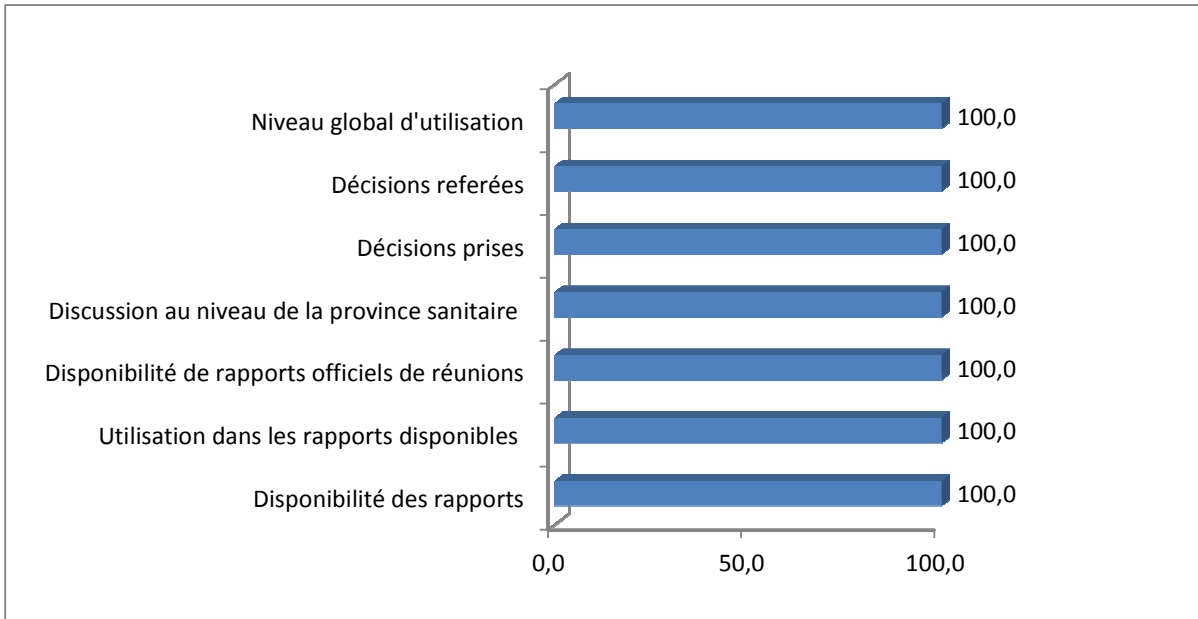


Fig 4: Scores de l'utilisation de l'Information au niveau Central

- **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, la promotion globale de l'utilisation de l'information est de l'ordre de 75% (Fig 5).

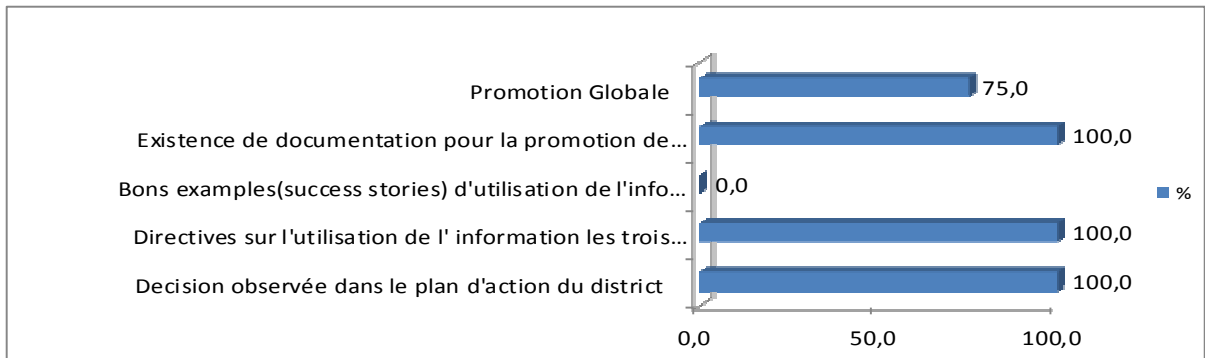


Fig. 5: Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau Central

- **Discussions et prise de décisions sur les questions liées au genre** : Les observations et 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 6).

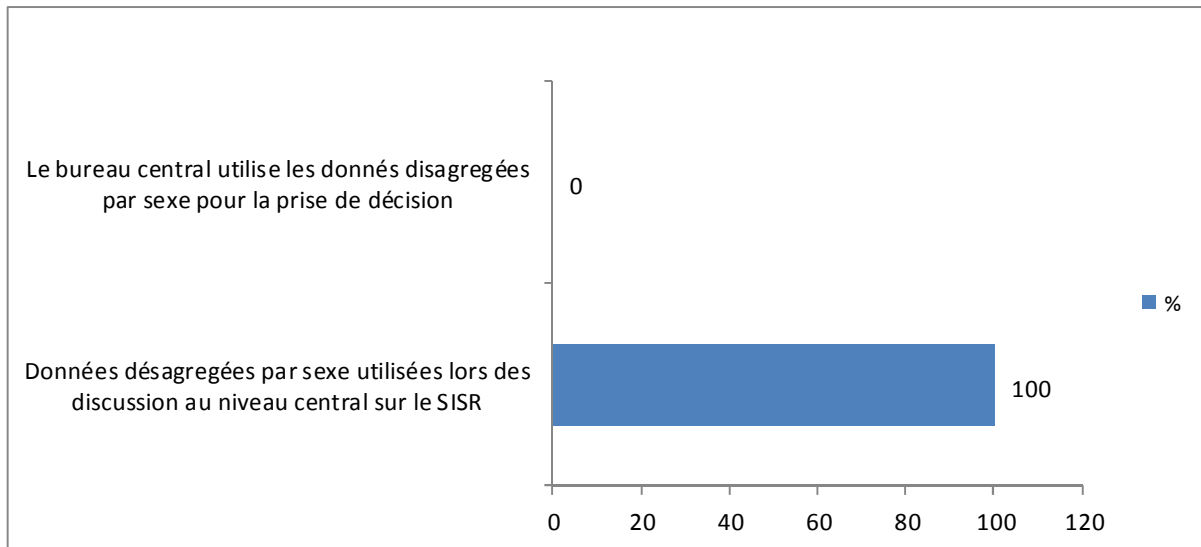


Fig 6: Distribution des discussions et prises de décisions sur les aspects genre au niveau Central

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 d'existence de formulaire des rapports trimestriels simples et facile d'utilisation, un logiciel de saisie des données « DESAM » convivial (le support papier et le formulaire de saisie sont similaires). Le personnel du niveau central estime également que le système mesure sa propre performance à travers le DESAM. Par ailleurs, les points faibles observés tournent autour de l'absence de réseau informatique facilitant l'accès à l'information pour les acteurs du niveau central, le fait que l'application DESAM 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 finalement à l'absence de manuel de procédures de gestion des données (même s'il existe un document de normes pas bien vulgarisé) susceptible de guider les acteurs dans l'exécution des tâches dévolues au SISR (Fig 7).

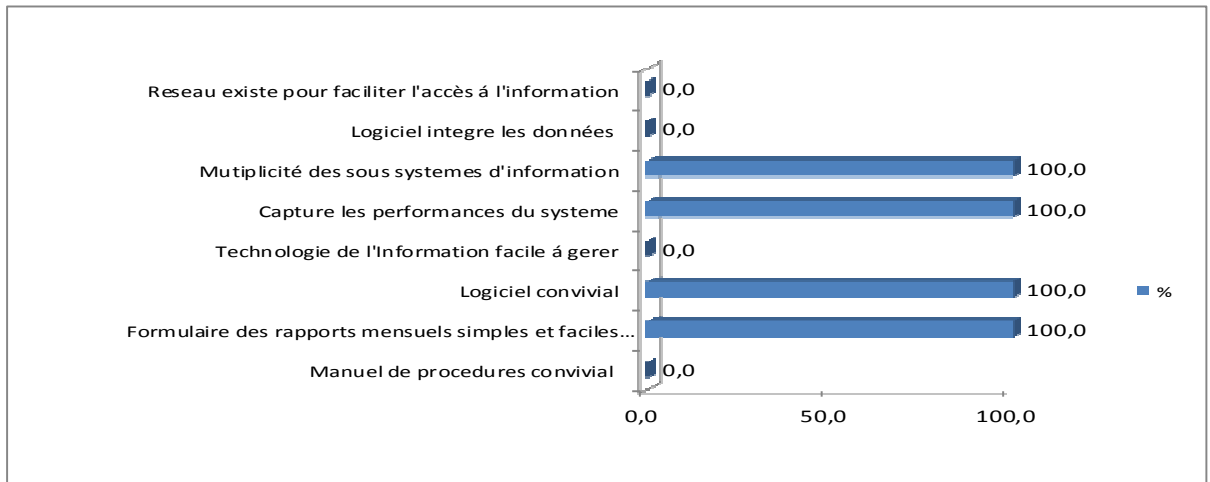


Fig 7: Distributions des différents éléments des déterminants Techniques au niveau Central

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 sont à des niveaux satisfaisants permettant de garantir un fonctionnement adéquat du SISR pour la planification, la supervision, la qualité et les finances (100% respectivement). Certains scores des fonctions de gestion critiques du SISR à l'image de la gouvernance et de la formation qui sont autour de 75% (Fig 8).

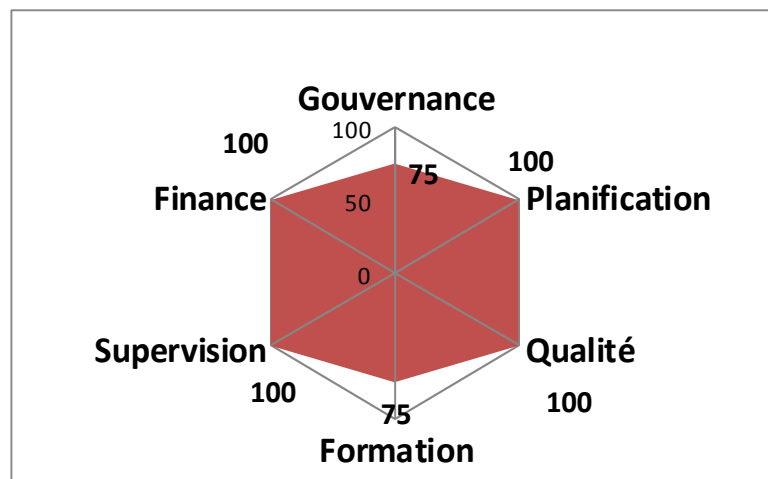


Fig 8: Scores moyens des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau CENTRAL

- **Promotion de la culture de l'information :** toutes les dimensions de la culture de l'information indiquent un niveau appréciable, même s'il subsiste encore des écarts à combler de l'ordre de 20 à 36% selon les déterminants de la culture. Le niveau moyen global est de l'ordre de 70% (Fig 9).

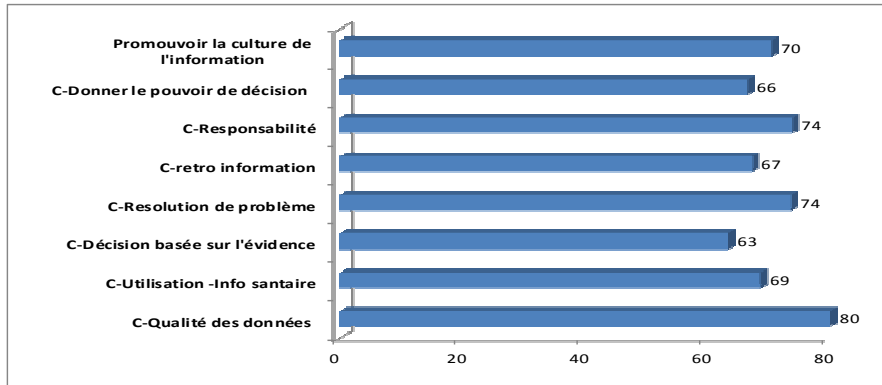


Fig 9: Comparaison entre les différents scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'Information au Niveau Central

- **Ressources matérielles au niveau central**

Il a été observé une disponibilité des ressources de base au niveau national en termes d'ordinateurs, d'imprimantes, d'outils de sauvegarde, téléphone et internet. Par contre, les calculatrices et les radios sont absentes. Les commodités essentielles au confort du personnel étaient également disponibles (Electricité, climatiseurs et eau courante) et très peu ou pas de coupures d'électricité étaient signalées (Fig 10).

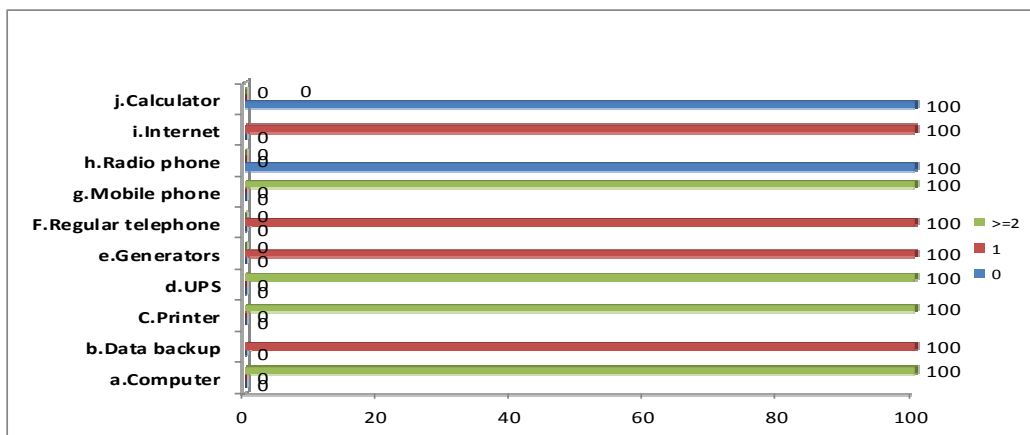


Fig 10: Distribution des ressources matérielles

- **Ressources humaines** : Sur les trois médecins rencontrés, seul un a bénéficié des formations sur le SISR. On remarque qu'un Ingénieur informaticien a été formé. Les 3 techniciens informatiques et deux assistants médicaux constituent respectivement 33% et 50% de personnes formées (Table 4).

Table 4: ressources humaines du niveau central du SLIS

Ressources humaines	Nombre	% de personnes formées
Médecin	3	33%
Ingénieur Informaticien	1	100%
Technicien Informatique	3	33%
Assistant médical	2	50%

5.1.2.3. Déterminants comportementaux

Connaissances du SISR : Parmi les acteurs du niveau central ayant répondu au questionnaire OBAT (n=9), les scores moyens étaient 43% par rapport à la connaissance de la raison d'être du SISR et environ 73% sur la connaissance des techniques de vérification de la qualité des données. Par contre, le score par rapport à la définition d'un problème lié au SISR (un gap entre une situation réelle et un objectif fixé préalablement) était de 20% et celui des étapes nécessaires pour la résolution d'un problème spécifique au SISR de 28% (Fig 11).

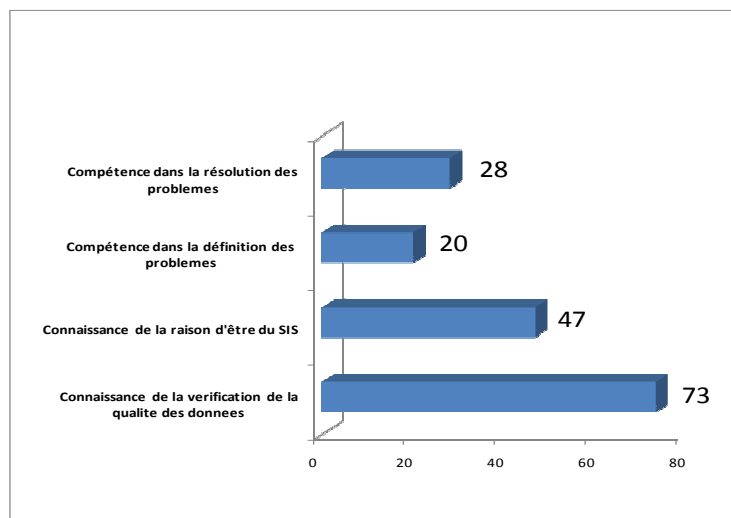


Fig 11: scores moyen sur la connaissance moyenne de la vérification de la qualité des données, la raison d'être du SISR au niveau du Central et la définition et résolution des problèmes.

Niveau de confiance déclarée: avec un score moyen global de 78 sur 100, les acteurs au niveau national se déclarent très confiants dans l'exécution des tâches de base du SISR. En effet, des scores moyens de 76, 80 et 86 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 tout aussi élevé (80%) contrairement au niveau d'utilisation dont le score est de 69 sur 100 (Fig 12).

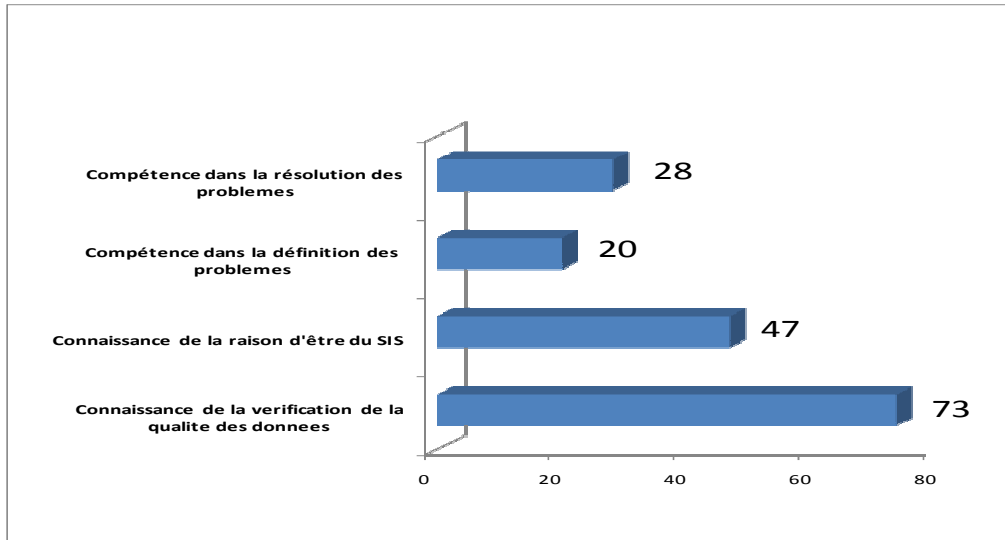


Fig :12 Niveaux des scores moyens de confiance exprimés dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central

Niveau de compétence observée : A l'exception du score moyen sur la vérification de la qualité de données (73) 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 tous inférieurs à 50 particulièrement en ce qui concerne le calcul (13). Le score moyen global observé étant de 36 soit un écart net de 42 sur 100 avec le niveau global de confiance (Fig 13).

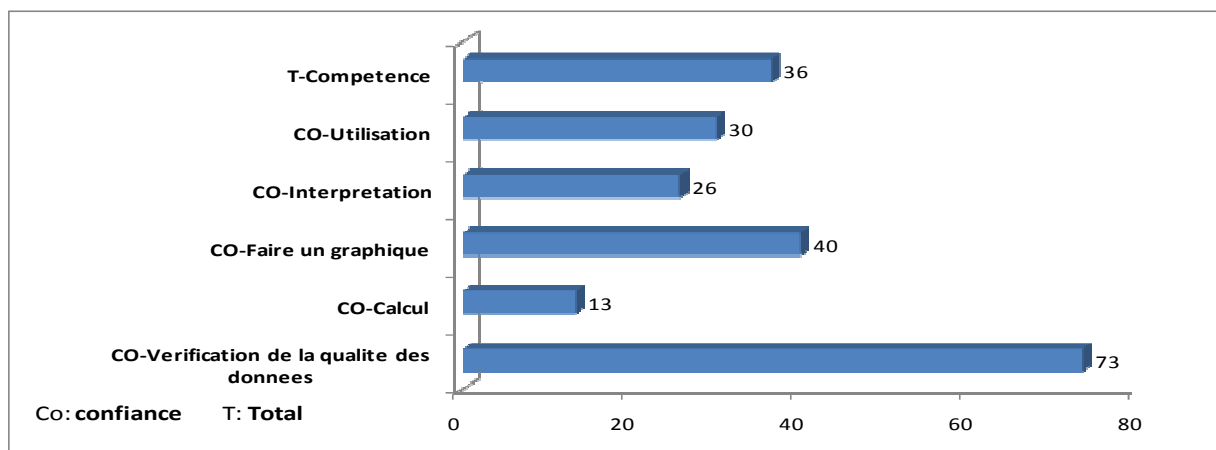


Fig : 13 Niveaux des scores moyens de compétence exprimés dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central

Motivation et systèmes de récompense : Le personnel du niveau central exprime une assez forte motivation avec score moyen de 80 sur 100. Cependant la récompense pour le bon travail est moins bien perçue, un peu moins de la moitié avec un score de 43 au niveau central (Fig 14).

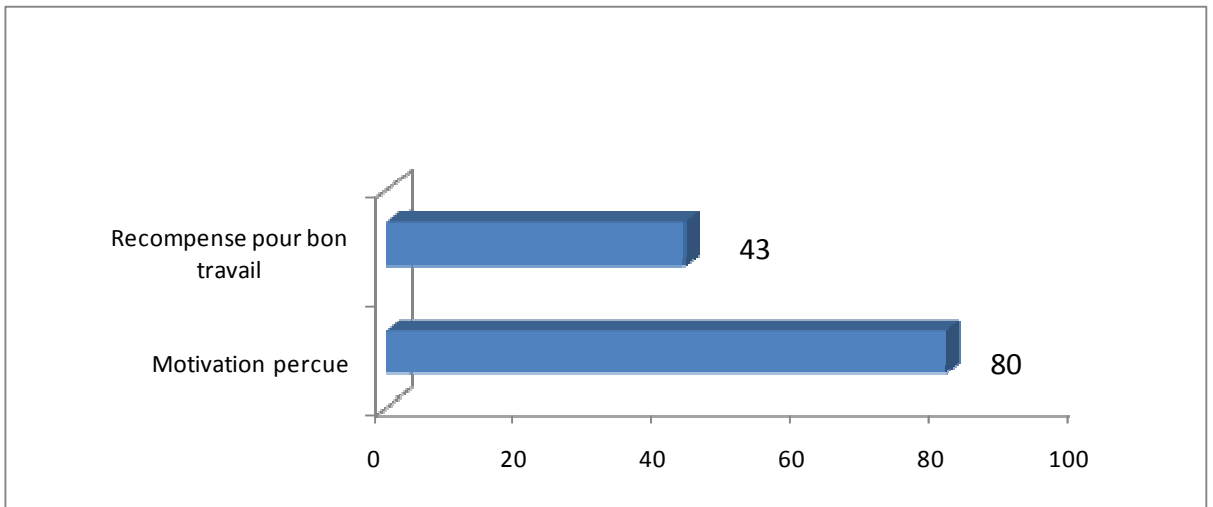


Fig 14: Comparaison entre niveau de motivation et le système de récompenses exprimées au niveau Central

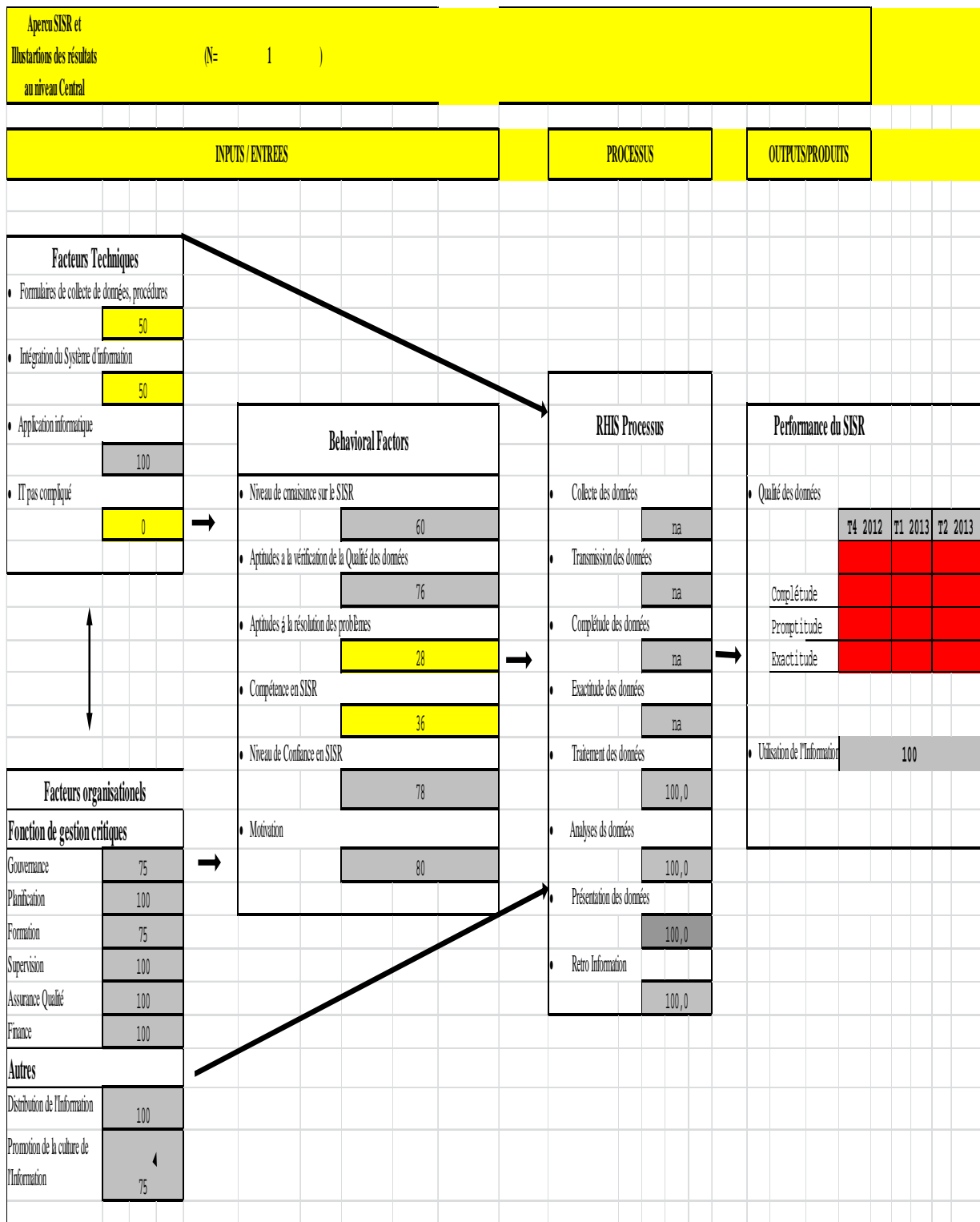


Fig 15: Résultats du niveau central agrégés dans le Cadre du PRISM

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 relative bonne exactitude sauf pour celles observées en Décembre 2012 qui varient entre 50 et 67% pour l'ensemble des variables étudiées. Sur la période des trois trimestres pris ensemble, les exactitudes des données étaient variables, allant de 83% pour le nombre de VAT2 administrés aux femmes enceintes à 67% pour le nombre cas de malnutrition.

La complétude des rapports étaient globalement de 94% avec quelques variations entre les trimestres pour une promptitude très faible de l'ordre de 17% (Fig 16).

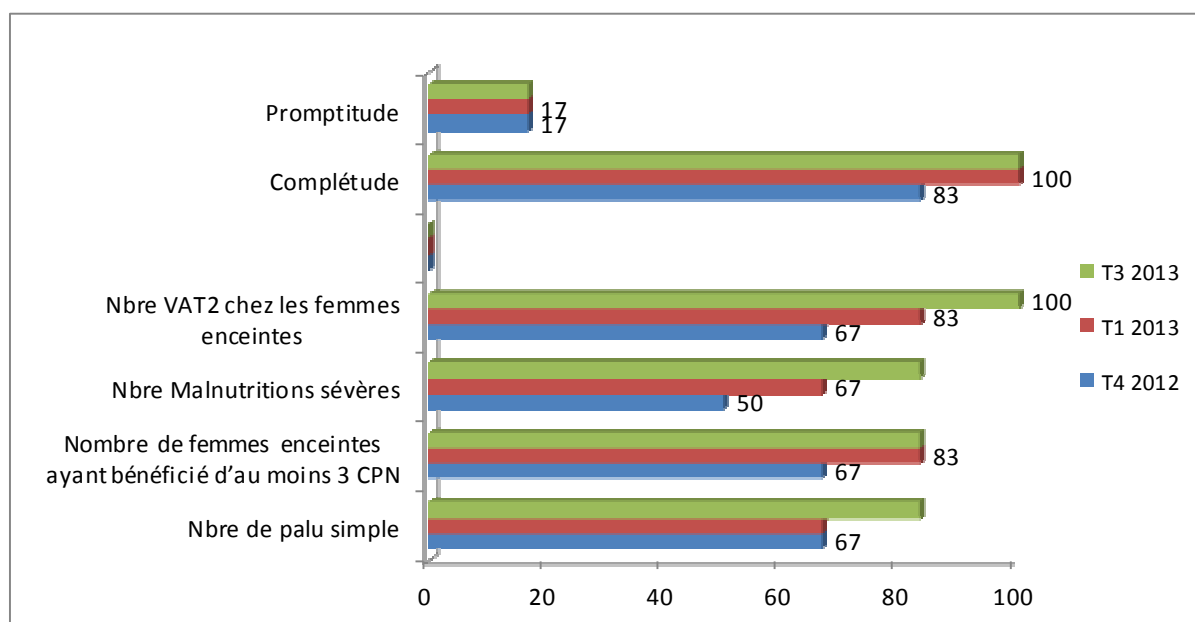


Fig : 16 Exactitude, complétude et promptitude des éléments de données : proportion des régions qui satisfont aux critères spécifiés.

- **Affichages des données au niveau région** : L'affichage des données est effective dans seulement 66.7% des régions pour la santé de la mère, de l'enfant et sur l'utilisation des services. Ces derniers ne sont à jour que dans 50 % des régions respectivement pour la Santé de la mère, celle des enfants et l'utilisation des services pour un score global de 33%. Les données relatives à la surveillance des maladies indiquent que si l'affichage est observé dans 50% des cas d'affichage, ils ne sont en jour que dans 33% des régions pour une résultante de 17% (Fig 17).

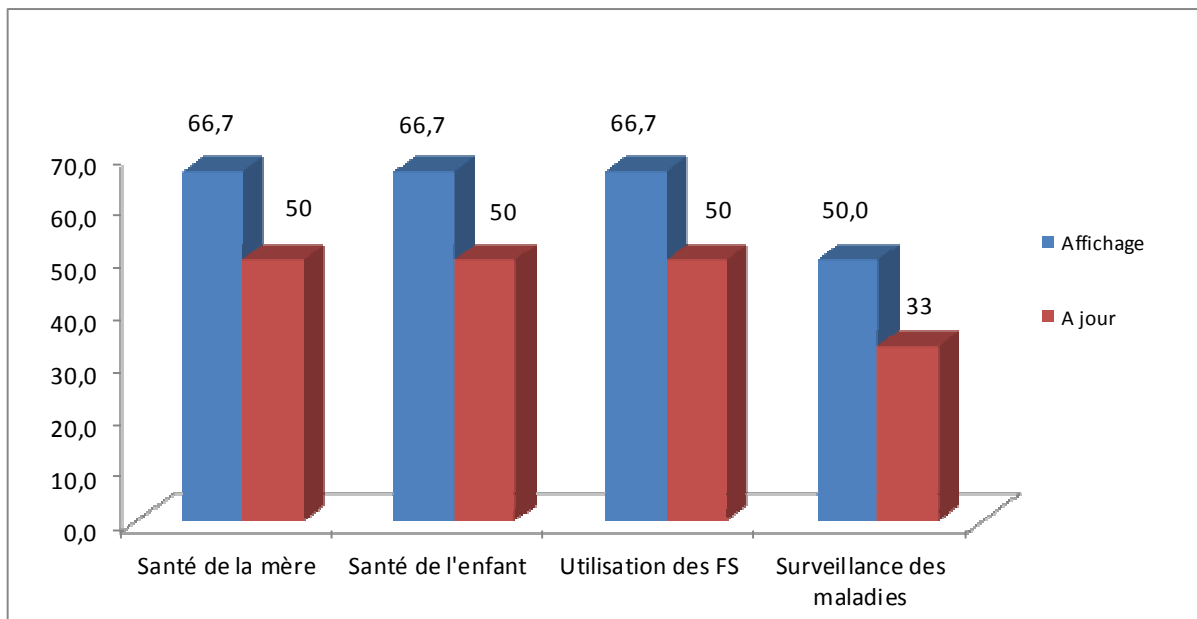


Fig 17: Proportions des types d'affichages et statut sur la mise à jour au niveau région

- **Analyse des données :** Les types d'analyses sont superposables à ceux du niveau central (100%) à l'exception des données des CSRéf(Districts) ventilées par sexe (plus faible : 83%). On note par ailleurs une prise en compte effective des aspects genre, des comparaisons des indicateurs entre les CSRéf(Districts) ainsi que les comparaisons des indicateurs dans le temps (Fig 18).

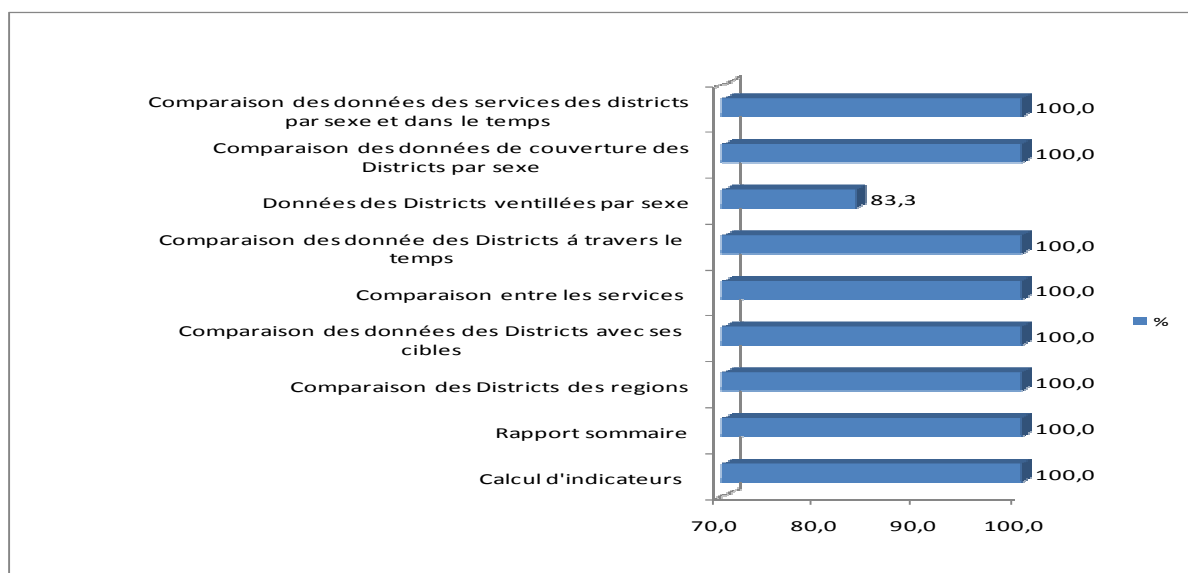


Fig 18: Proportions des types d'analyses effectués au niveau des régions

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 (RTAs) du SLIS sont disponibles au niveau régional dans 100% des régions et l'utilisation dans les rapports est observable dans environ 88% 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 13 sur une échelle de 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 8 sur 100. **La référence des problèmes au niveau supérieur** pour un appui ou aide externe était aussi une pratique faiblement appliquée au niveau régional (33 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 18 sur un total attendu de 100 (Fig 19).

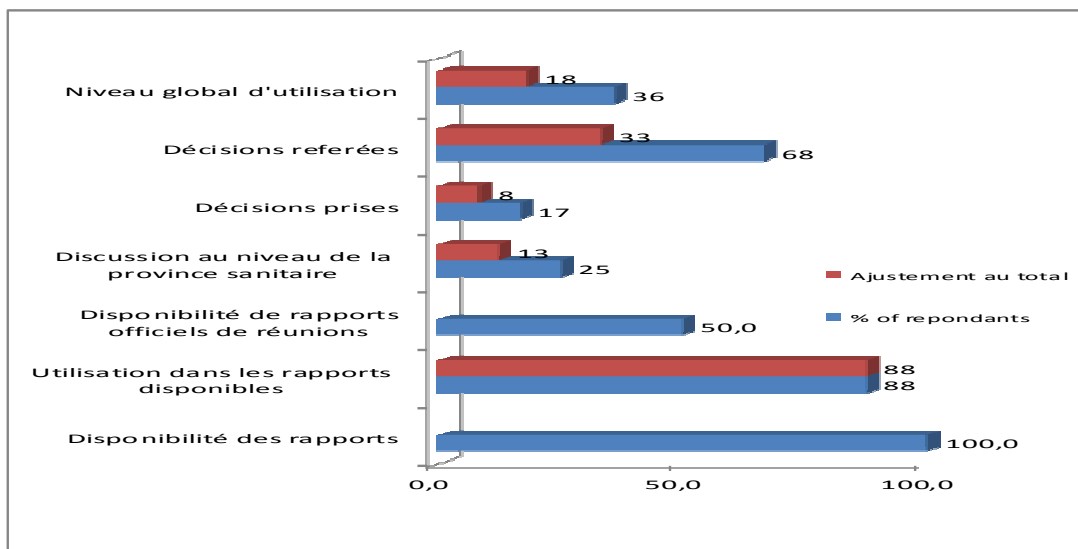


Fig 19: Score de l'utilisation de l'information au niveau régions

- **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 20).

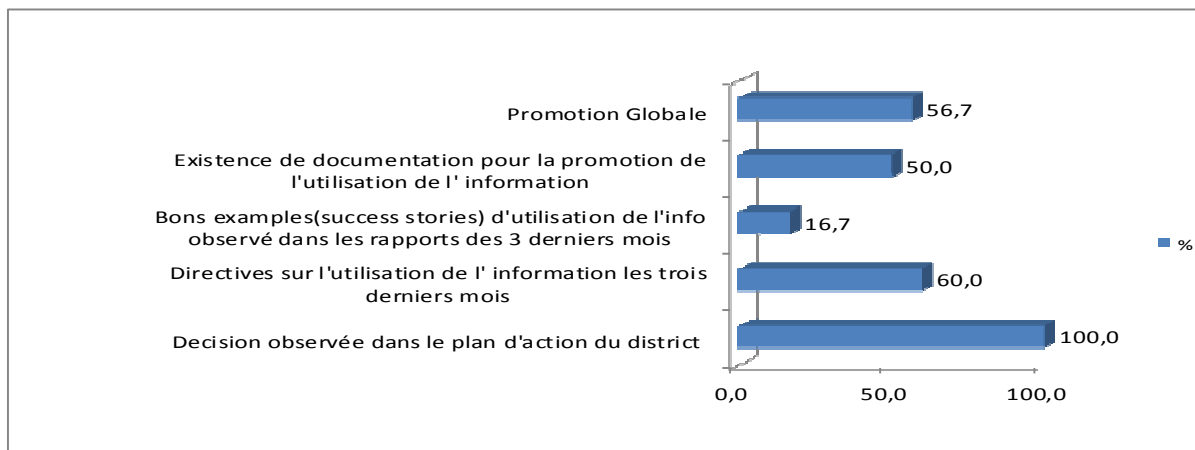


Fig 20: Promotion de l'Utilisation de l'Information au niveau Région

- **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).

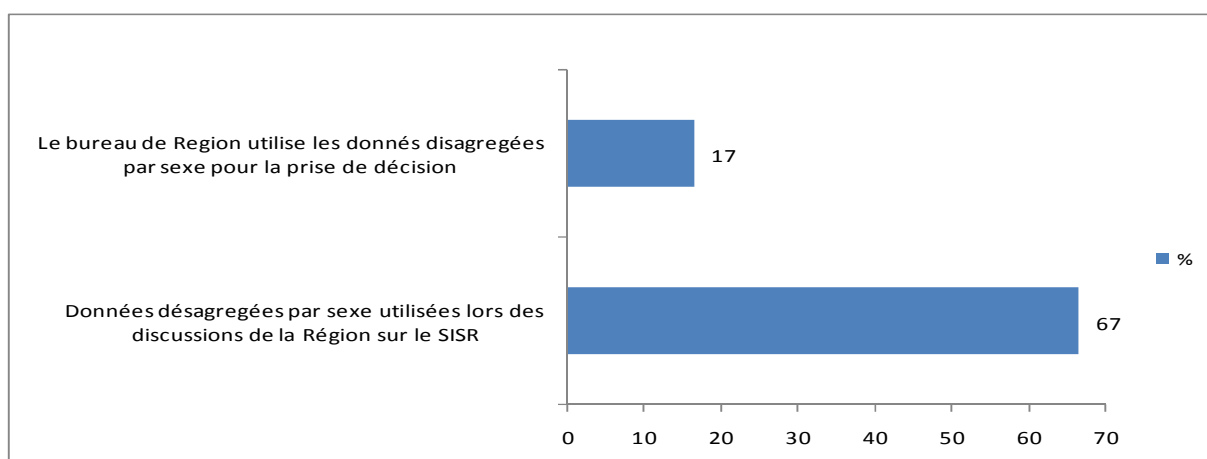


Fig 21: Proportions des régions sanitaires qui discutent des données désagrégées lors des réunions et qui les utilisent pour la prise de décisions

5.2.2. Déterminants de la performance

5.2.2.1. Déterminants Techniques au niveau région

Le niveau région estime de façon unanime que le logiciel DESAM est convivial et facile à utiliser. Les formulaires des rapports mensuels sont également jugés 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. Cinquante et 40% des régions estiment respectivement que le DESAM intègre toutes les

données et qu'il existe un réseau disponible pour faciliter l'accès à l'information. En plus 40% estiment qu'il existe un manuel de procédures convivial.

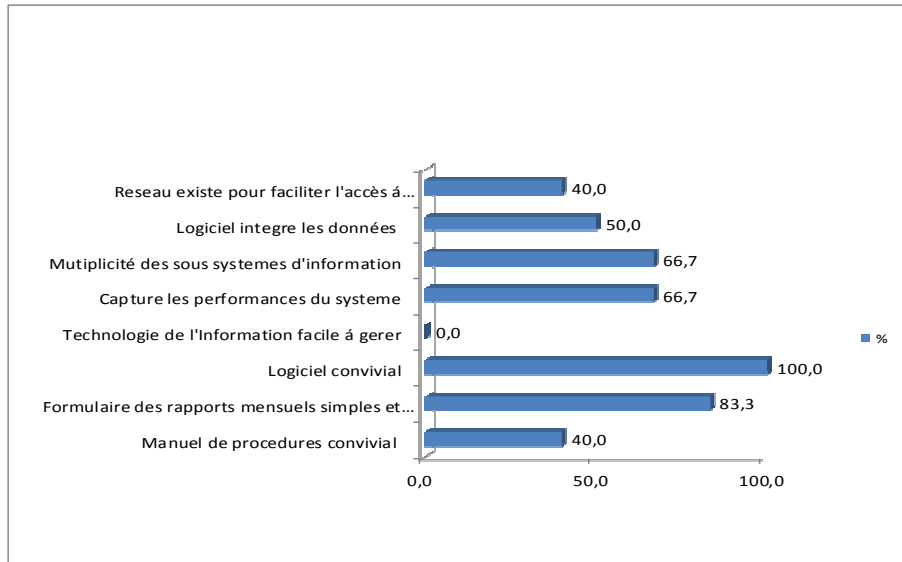


Fig 22: Distribution des déterminants techniques au niveau région

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 pour la qualité, la supervision et la gouvernance et plus faibles encore pour la formation (42) et les finances (25).

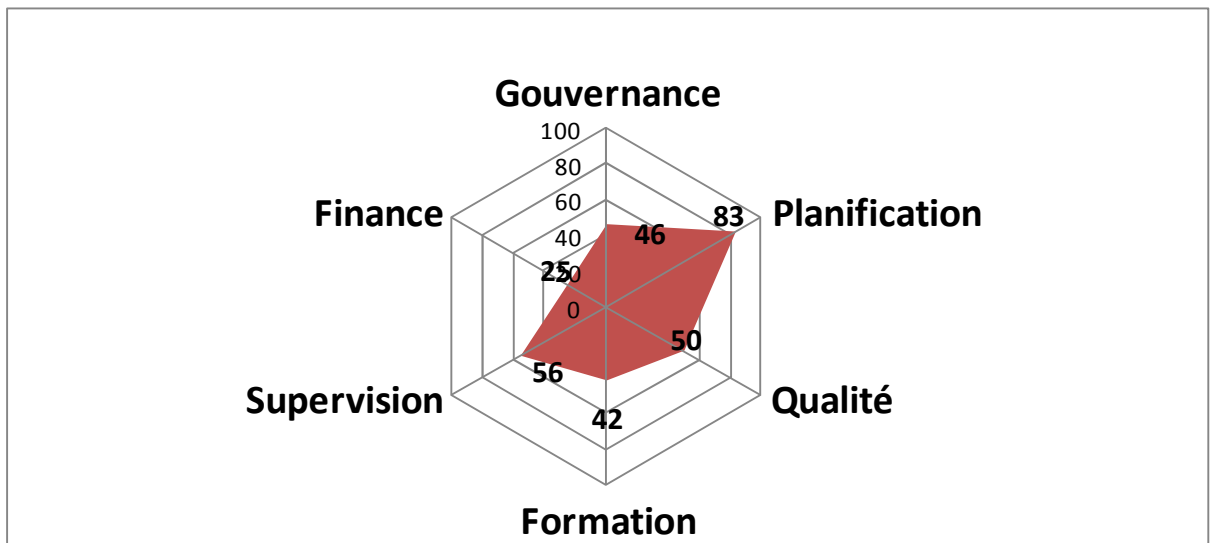


Fig 23: Scores moyens des différentes fonctions de gestions critiques du SISR au niveau Région

- **Ressources matérielles :** On observe une absence de matériel suivants dans les proportions ci-après : calculatrice dans 67% des régions, de l'internet dans 33% des régions, la radio dans 83%, le téléphone régulier dans 50 des cas, le générateur électrique dans 33%, le UPS dans 20%, les outils de sauvegarde dans 33% (tableau 3).

Tableau 5: Pourcentage de régions qui disposent des différentes ressources matérielles

Matériel	Quantité		
	0	1	>=2
1. Ordinateur	0	20	80
2. Dispositif de sauvegarde	33	67	00
3. Imprimante	20	60	20
4. UPS	20	40	40
5. Générateur électrique	33	67	00
6. Téléphone normal	50	50	0
7. Téléphone Mobile	00	30	00
8. Radio phone	83	17	00
9. Internet	33	67	00
10. Calculatrice	67	33	00

- **Les commodités** telles que l'eau, l'électricité et le climatiseur sont majoritairement disponibles dans les proportions de 100 % pour l'eau, et la climatisation et 83% pour l'électricité. Les interruptions de l'électricité sont occasionnelles ou très rares dans 60% des régions alors que les interruptions quotidiennes ainsi que les coupures une fois toutes les deux semaines surviennent une fois sur cinq.
- **Ressources humaines:** L'inventaire révèle une insuffisance de formation dans le domaine du SISR avec quasiment pas de formation pour les sages-femmes, techniciens d'hygiène, techniciens de sante, assistants sociaux et surtout les agents de saisies des données (Table 6).

Table 6: Inventaire des ressources humaines au niveau région sanitaire

Ressources Humaines	Moyenne	% Personnels formés en SISR
Médecin	7,5	4,4
Pharmacien	2,8	0,00
Sage femme	2,8	0,00
Biologiste/medical	0	
Infirmière obstétricienne	0	
Infirmiers d'Etat	0,7	25,00
Technicien supérieur d'hygiène	1,2	0,00
Assistant medical	4,7	21,4
Technicien biologist/ pharmacie	0	
Technicien de santé	0,7	0,00
Gérant de dépôt de Vente de médicaments (DV)	0	
Gérant Dépôt Répartiteur du Cercle (DRC)	0	
Assistant social/Conseiller	0,3	0,00
Aide soignant	0	
Matrone	0	
Agent de saisie	1,3	0,00
Comptable	3,3	0,00
Autres	16,2	0,00

V.2.2.3. Déterminants comportementaux

- **Niveau de connaissance en SIR** : Les niveaux de connaissances observés semblent globalement faibles au niveau région. En dehors de la connaissance des raisons d'être du SISR qui affiche un score de près de 60 sur échelle de 100, le score sur la vérification de la qualité des données est de 44 et ceux de la définition des problèmes et de la résolution sont respectivement de 50 et 27 (Fig 24).

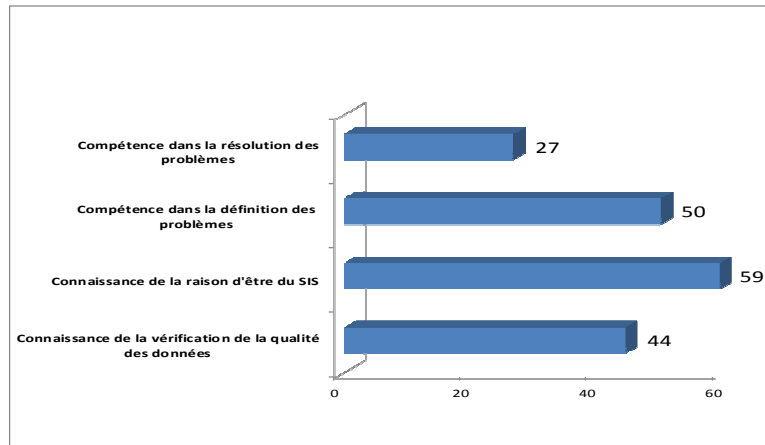


Fig 24: Scores moyens des connaissances sur la vérification de la qualité des données, la raison d'être du SISR et la définition et résolution des problèmes au niveau du Région

- **Niveau de confiance déclarée**: Les niveaux de confiance dans l'exécution des tâches dévolues au SISR sont variables (75 -87) sur une échelle de 100. La vérification de la qualité des données et la réalisation des graphiques présentent les meilleurs scores avec respectivement 84 et 87. Le score en calcul et interprétation est de 80 sur 100. Le plus faible niveau de confiance enregistré était de 75 pour l'utilisation comparé au niveau global de confiance qui est de 81 sur 100 (Fig 23).

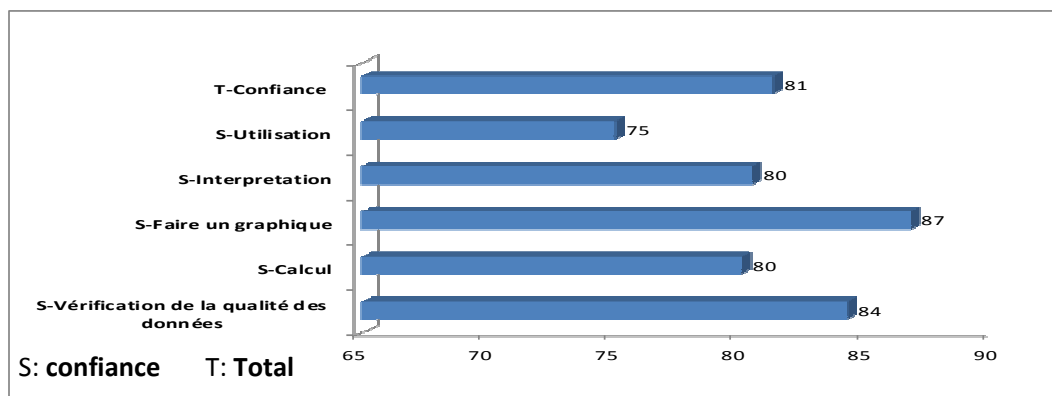


Fig 25: Comparaison entre les scores des niveaux moyens de confiance perçue dans l'exécution des tâches SISR au niveau Région

- **Niveau de compétence observée** : les niveaux de compétences observées dans l'exécution des tâches dévolues au SISR sont variables (44 -86 sur 100) avec un score global de compétence dans l'exécution des taches de l'ordre de 64 sur un total attendu de 100. Les scores de compétences observés en graphique et interprétation sont relativement au même niveau que leurs correspondants en termes de niveaux de confiance déclarés tandis que les scores observés en Calcul et Utilisation des données restent très faibles comparés aux scores déclarés et autour de 44 versus 80 and 75 respectivement (Fig 26).

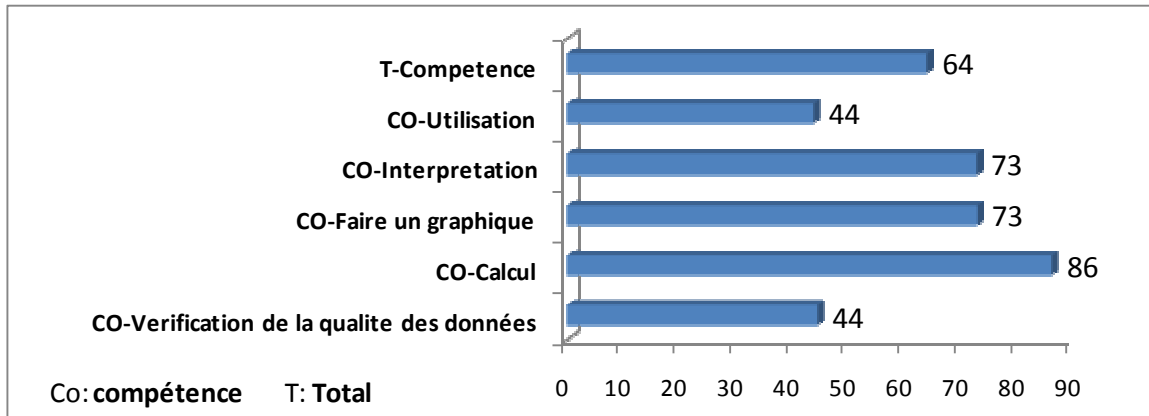


Fig 26: Comparaison entre les scores des niveaux moyens de compétences observées dans l'exécution des tâches en SISR au niveau région

- **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 71 sur 100 et estiment que le système de récompense mis en place est appréciable avec un score de 61 sur 100 (Fig 27).

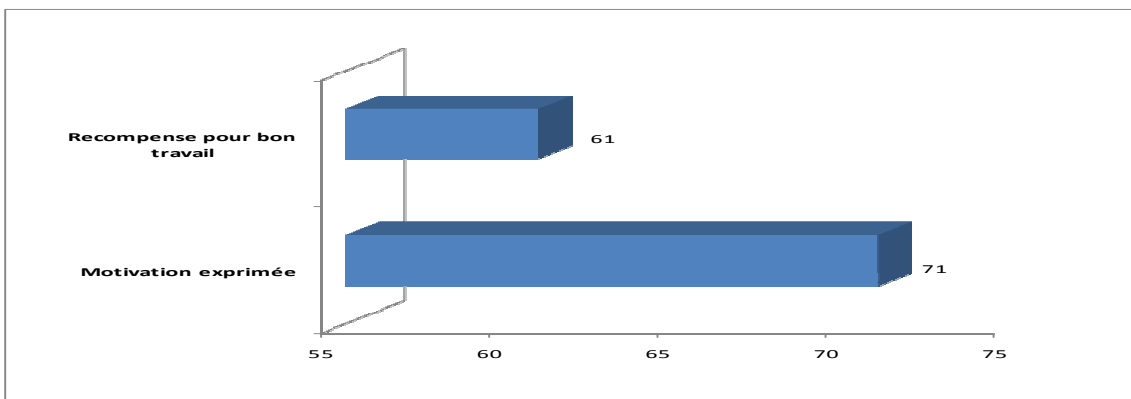


Fig 27: Comparaison entre la motivation et le système de récompenses déclarées par les agents au niveau Région

- **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 28).

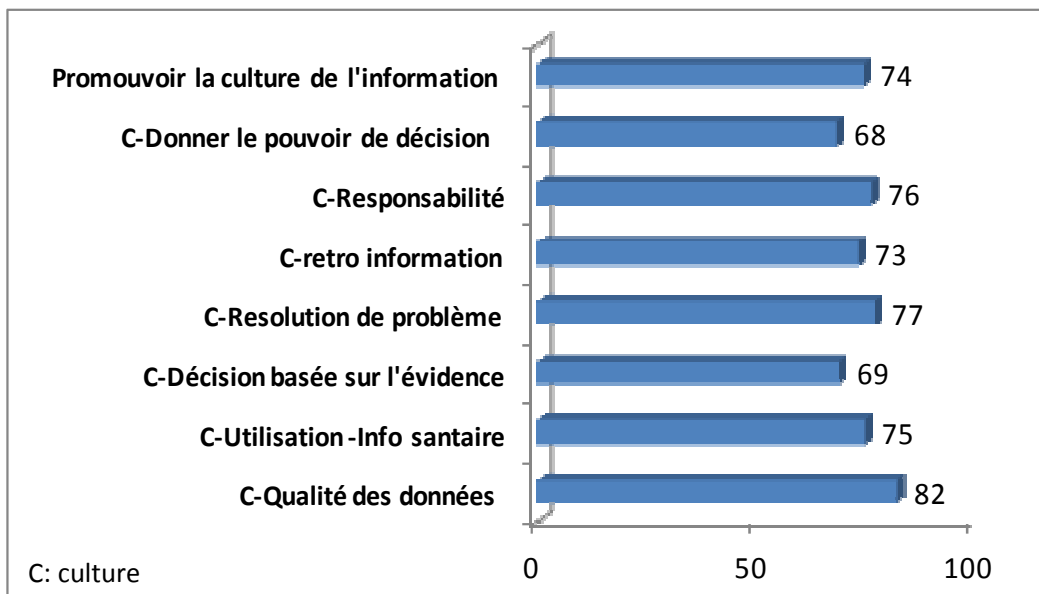


Fig 28: Comparaisons entre les scores moyens des dimensions de la culture de l'Information au niveau région

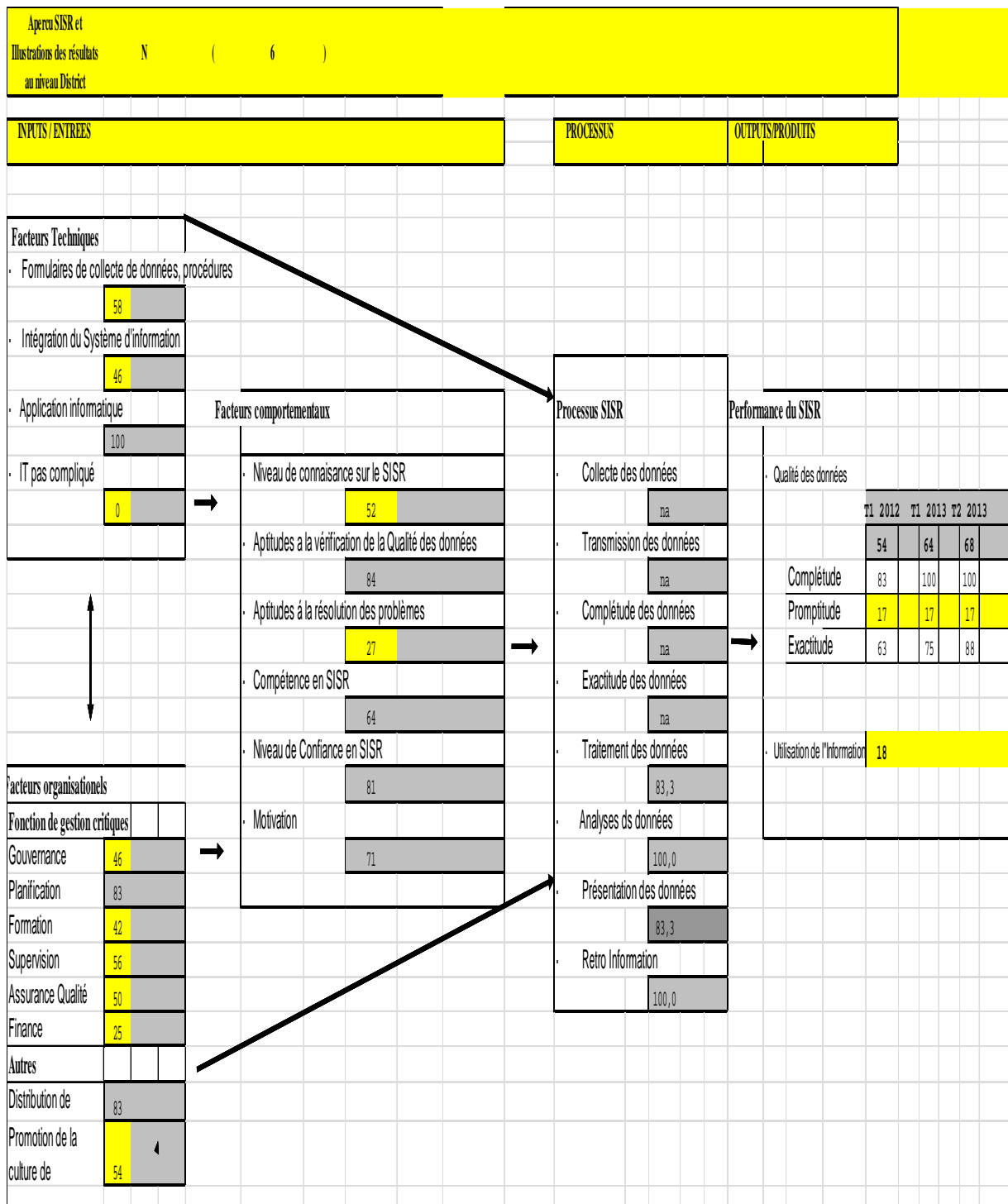


Fig 29: Résumé des résultats des régions dans le cadre du PRISM

5.3. Niveau CSRéf(Districts)

5.3.1. Performance du Systèmes d'information sanitaire :

5.3.1.1. Qualité des données :

Les CSRéf(Districts), niveaux opérationnels du système santé affichent une performance au-dessus de celle des niveaux régions en termes de promptitude du rapportage des données pour l'ensemble des trois trimestres (T4 -2012, T1-2013 et T2-2013) avec une légère évolution croissante dans le temps (respectivement 43, 57 et 57%). Les complétudes des données pour les trois trimestres étaient similaires et de 91%. La promptitude globale des rapports était de 52% pour une complétude des rapports de 91% et une exactitude globale de 51% (Fig 46).

Si l'ensemble des 12 CSRéf(Districts) enquêtés ont une bonne complétude des rapports, les autres dimensions de la qualité des données particulièrement les scores de l'exactitude sont très variables selon les indicateurs avec des variations dans le temps (Fig 30).

La proportion des CSRéf(Districts) qui ont une exactitude acceptable variaient entre 18% et 73% selon les indicateurs et les trimestres considérés. Si l'on considère l'exactitude moyenne des données sur les trois trimestres de façon spécifique, elle était de 64% pour le nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins 3 CPN, 58% pour le nombre de malnutrition sévères et le nombre de cas de paludisme, 24% pour le nombre de VAT2 administrés aux femmes enceintes.

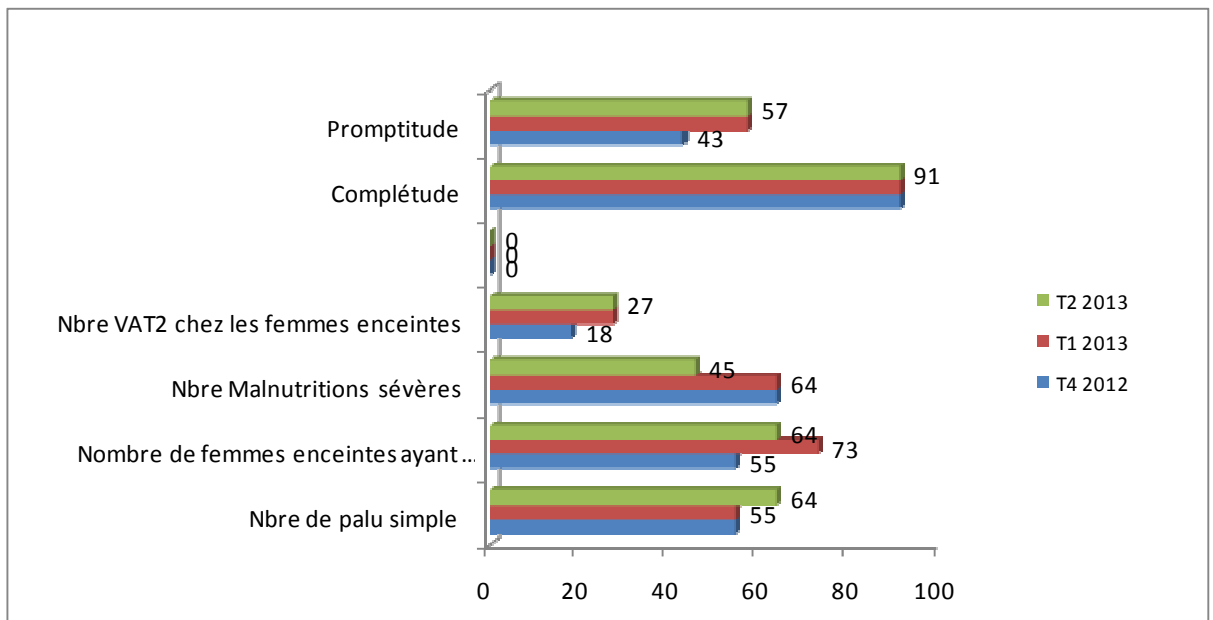


Fig 30: Exactitude, complétude et promptitude des éléments de données : % des CSRéf(Districts) qui satisfont aux critères spécifiés

- **Affichage des données** : les chiffres d'affichage montre que 67% des districts affichent les données pour la santé de la mère et de l'enfant. Ces scores sont de 58 et 33% respectivement pour l'utilisation des services et la surveillance des maladies. En ce qui concerne la mise à jour, les niveaux d'affichage résultant passent à 50% pour la santé de la mère et de l'enfant, 41% pour l'utilisation des services, et 33% pour la surveillance des maladies (Fig 31):

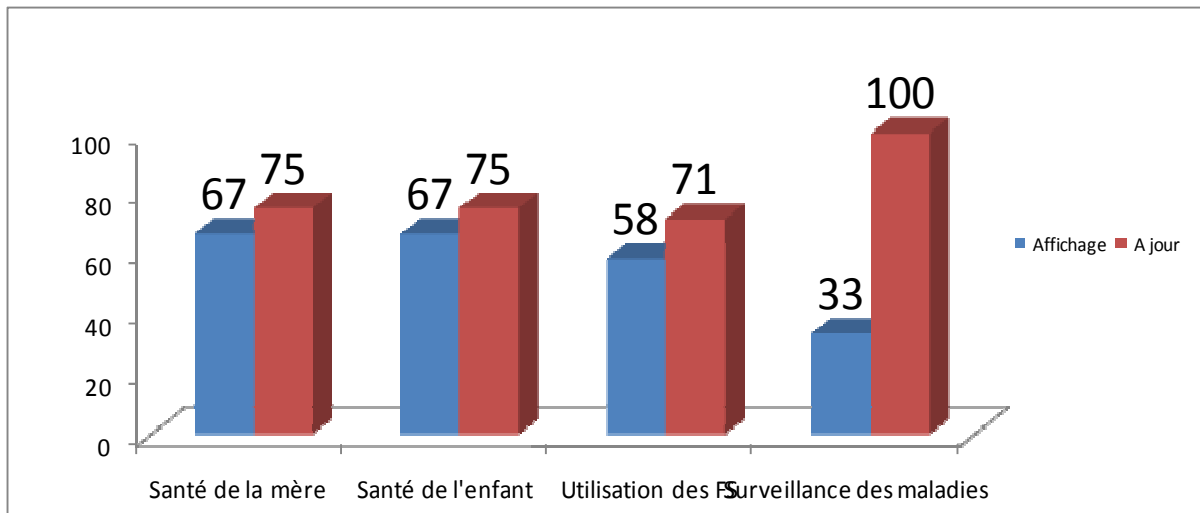


Fig 31: Proportions des types d'affichages et statut sur la mise à jour au niveau région

- **Analyse des données** :

Les analyses se font dans la plupart des CSRéf(Districts) en y intégrant dans une moindre mesure la dimension genre comparés aux régions (Fig 32).

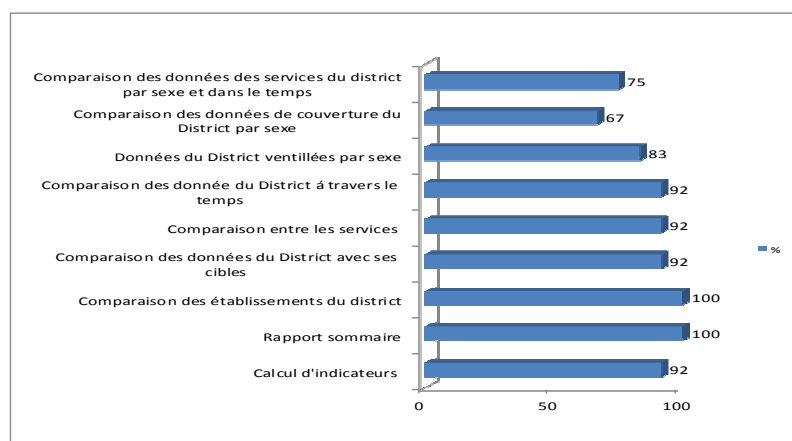


Fig 32 : Proportions des types d'analyses effectués au niveau des CSRéf(Districts)

5.3.1.2. Utilisation de l'information au niveau CSRéf(District)

- **Utilisation des données :** Les rapports du SISR sont disponibles dans 50% des CSRéf(Districts) et l'utilisation dans les rapports est observable dans 25 % 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 de d'utilisation réelle, on a observé que les *procès-verbaux de réunions étaient disponibles* dans 67% des CSRéf(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 de 36 sur 100. Lors des discussions sur les données, *les décisions étaient prises et mise en œuvre* et suivi dans le temps avec un score de 31 sur 100. *La référence des problèmes au niveau supérieur* pour un appui ou aide externe était aussi une pratique appliquée avec un score de 33. En conséquence, la combinaison des différents éléments évoqués ci-dessus indique que le niveau global moyen de l'utilisation de l'information est de 33 sur un total de 100 (Fig 33).

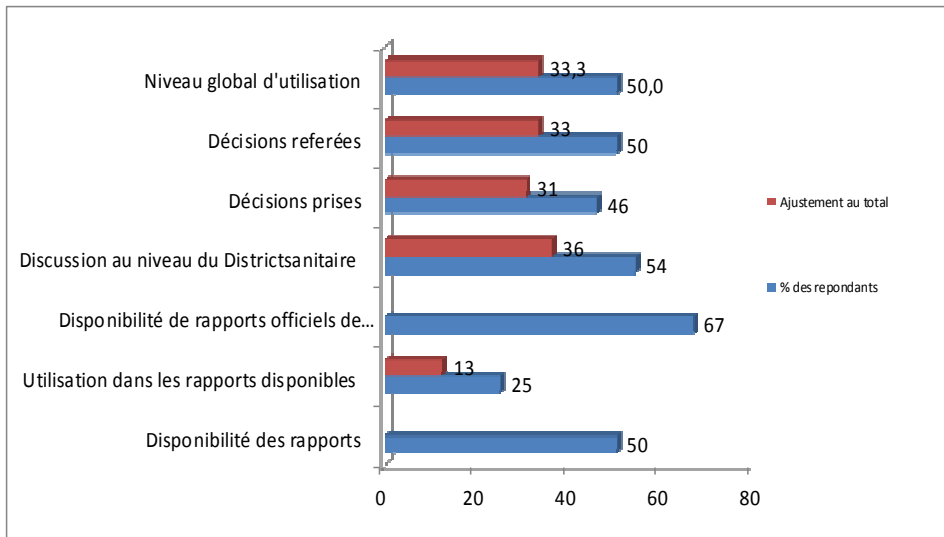


Fig 33: Scores de l'utilisation de l'information au niveau CSRéf(District)

- **Promotion de l'utilisation de l'information :** La promotion globale de l'utilisation de l'information est faible (44) et reste plus faible que celle observée au niveau des régions sanitaires (64). Les directives sur l'utilisation semblent avoir été données les trois derniers mois dans un peu moins que la moitié des CSRéf(Districts). Très peu d'exemples de succès dans l'utilisation de l'information (17%) et seuls 1/4 des CSRéf(Districts) ont pu fournir une documentation relative à la promotion de l'utilisation de l'information (Fig. 34). Les décisions observées dans les plans d'action l'ont été dans 92% des CSRéf(Districts) légèrement plus faible que le niveau région également.

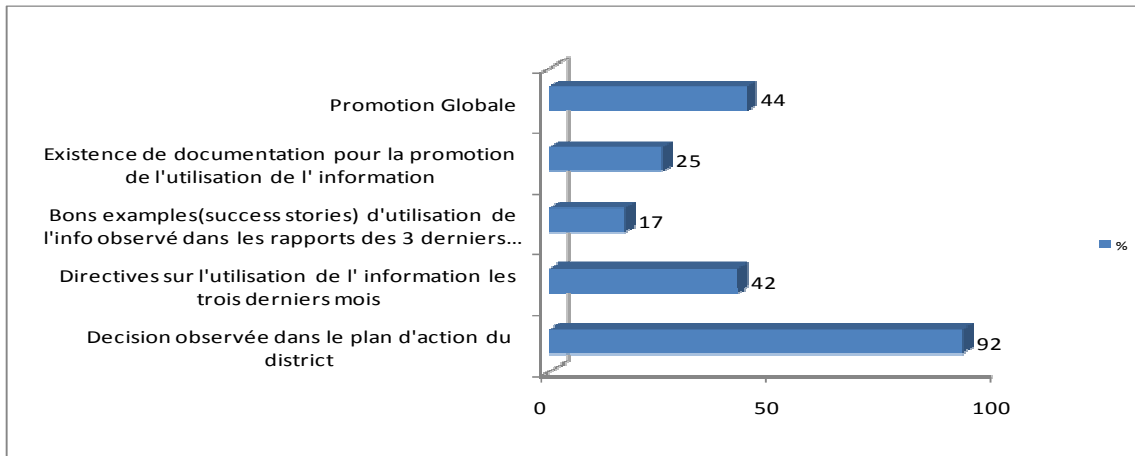


Fig 34 : Score de la promotion de l'utilisation de l'Information au niveau CSRéf(District)

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

Au niveau CSRéf(District), les discussions sur les données désagrégées par sexe se font dans 42% des districts pour 33% des cas pour l'utilisation dans les prises de décisions (Fig 35).

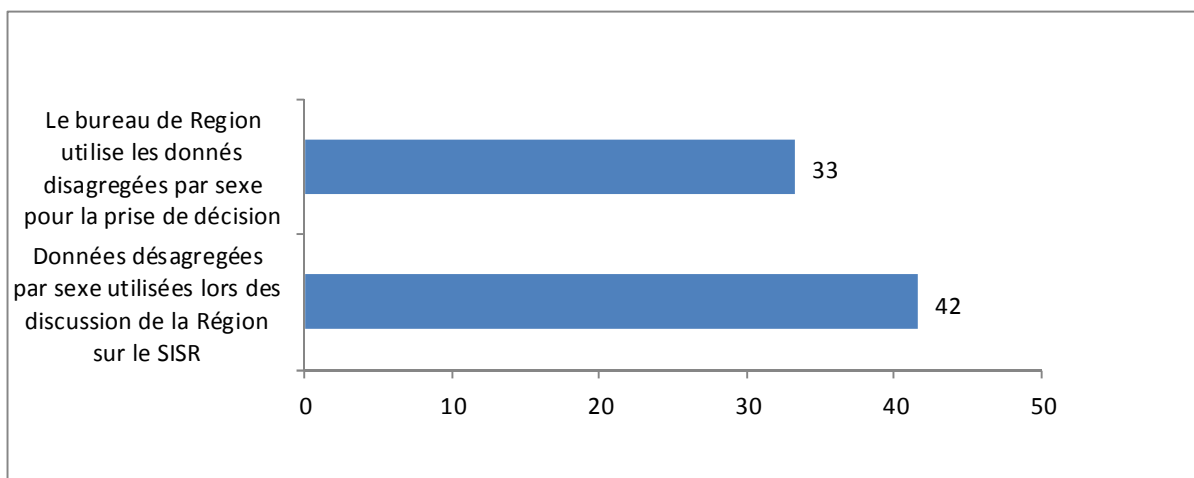


Fig 35: Proportion de CSRéf(Districts) qui adressent les aspects genre durant les discussions et la prise de décisions

5.3.2. Déterminants de la performance du SISR

- **5.3.2.1. Déterminants techniques :** L'ensemble des CSRéf(Districts) considère que le système d'information est capable de capturer sa propre performance (92%) et 100% d'entre eux jugent le DESAM convivial (facile à utiliser). Les formulaires du rapport trimestriel ont été jugés compliqués et difficiles d'utilisation par 33% des CSRéf(Districts). Seuls 17% des CSRéf(Districts) pensent que les technologies de l'information sont faciles à gérer. Malgré l'absence de manuel de procédures standard, 60% des CSRéf(Districts) estiment disposer d'un manuel de procédures convivial (Fig 36).

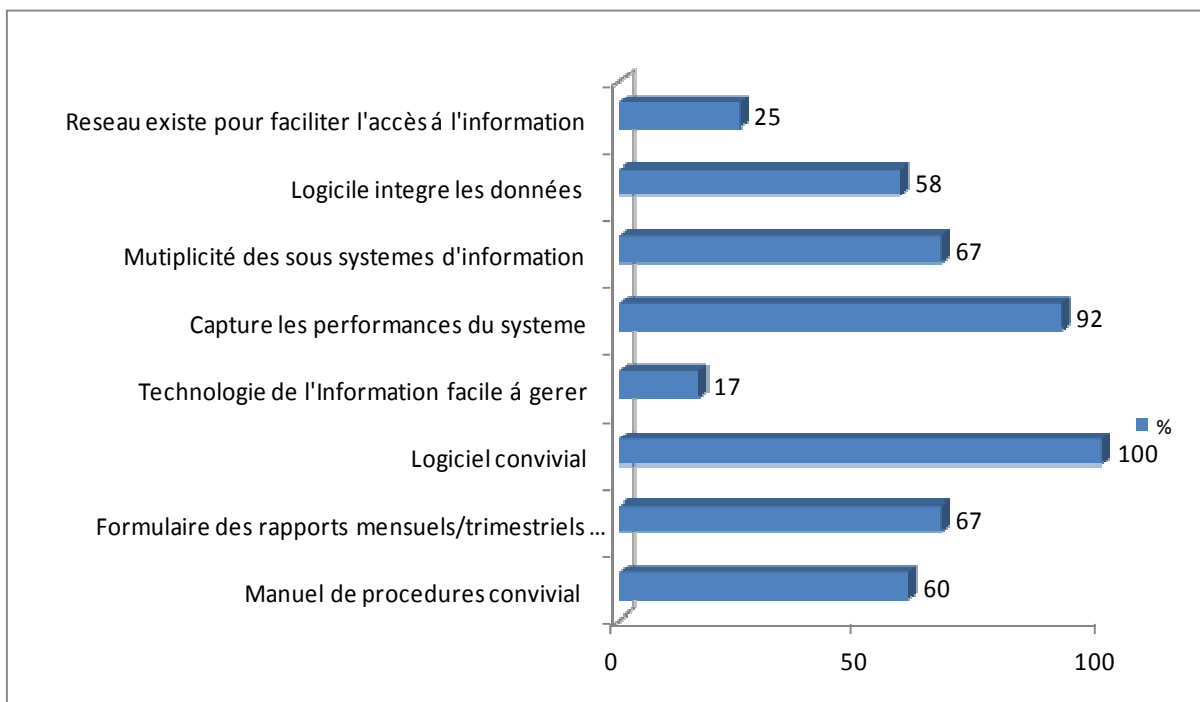


Fig 36 : Distribution des déterminants techniques au niveau région

5.3.2.2. Déterminants organisationnels.

- **Fonction critiques de gestion du SISR :** Au fur et à mesure que l'on descend dans la pyramide sanitaire, les performances en termes de niveau des fonctions critiques de gestion et de support au SISR baissent. Ainsi au niveau CSRéf(District), en dehors de la gouvernance (60 sur 100), toutes les autres fonctions critiques de gestion et de support au SISR ont des scores en dessous de 50 sur 100 (Fig 37).

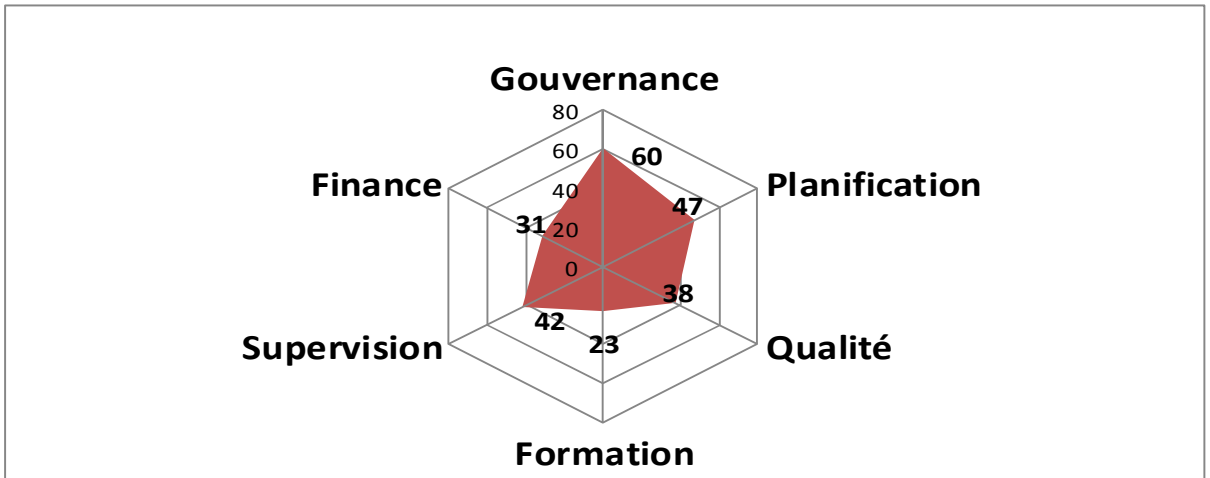


Fig 37: Scores moyens des fonctions de gestions critiques du SISR au niveau CSRéf(District)

- **Promotion de la culture de l'information** : Les dimensions de la culture de l'information relatives à la qualité des données, l'utilisation de l'information et la notion de responsabilité ainsi que la résolution des problèmes sont promus à un niveau acceptable (au moins 77%) suivi par la retro information (73%), la prise de décision basée sur l'évidence (68%) et la délégation de pouvoir (73%) avec une promotion globale de 76% (Fig 38).

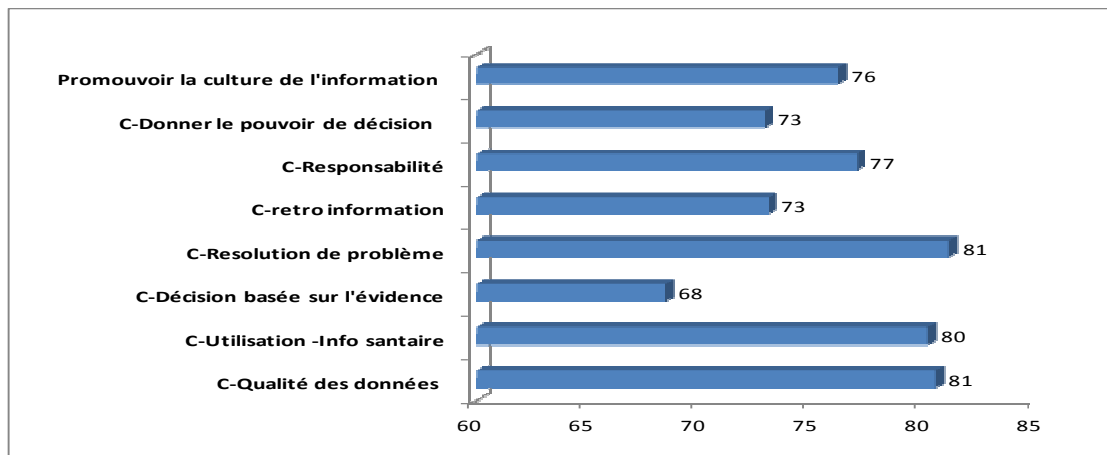


Fig 38: Comparaison entre les scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'information, la qualité et l'utilisation des données au niveau CSRéf(District)

- **Disponibilité des ressources matérielles** : On observe une absence de matériel dans des proportions variables pour l'ensemble du matériel considéré (Fig 39).

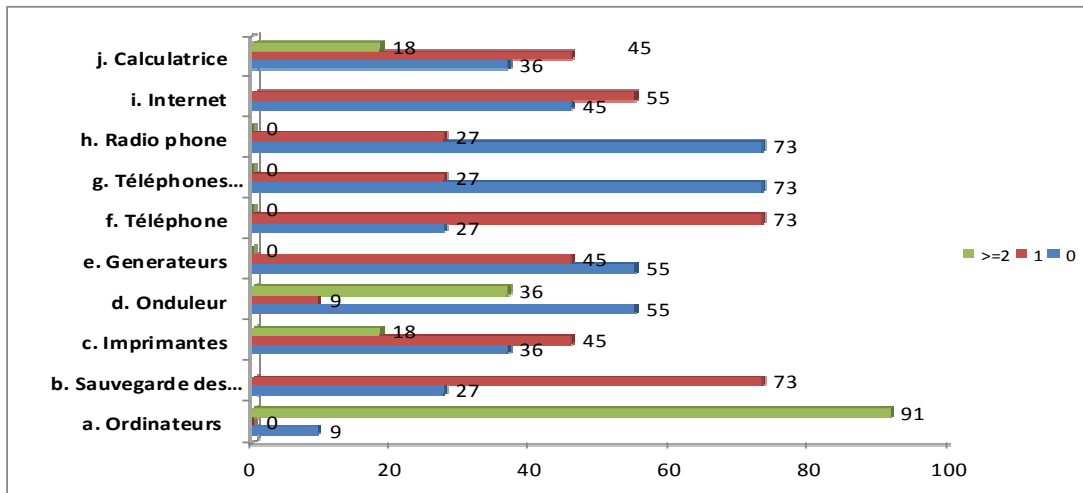


Fig 39 : Distribution des ressources matérielles au Niveau CSRéf(District)

- **Disponibilité des formulaires, registres** : Les principaux registres observés étaient disponibles dans plus de 75% des CSRéf(Districts) au moment de l'enquête. Les ruptures de stock ont été enregistrées les 12 derniers mois précédents l'enquête dans au moins 17% des CSRéf(Districts) pour les trois registres mentionnés (Fig 40).

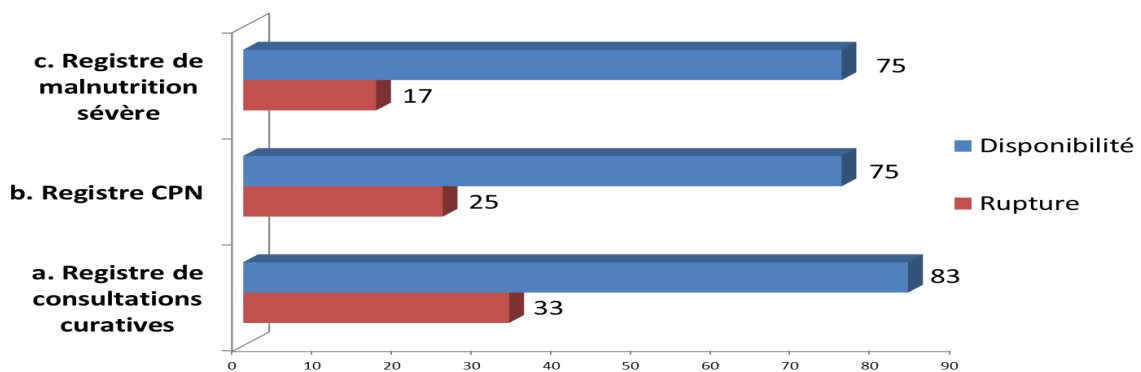


Fig 40 : Disponibilité des formulaires et registres du niveau CSRéf(District)

- **Commodités courantes** : ressources et matériels tels l'eau et l'électricité sont présentes respectivement dans 100% et 91% des CSRéf (Districts) avec des ruptures de courant variables (jamais ou aucune coupure pour 54%, 9% pour à la fois 1 fois par mois, 2 fois par mois et une fois par semaine, et au quotidien dans 18% des cas). Les climatiseurs étaient présents dans 73% des CSRéf(Districts) (Fig 41).

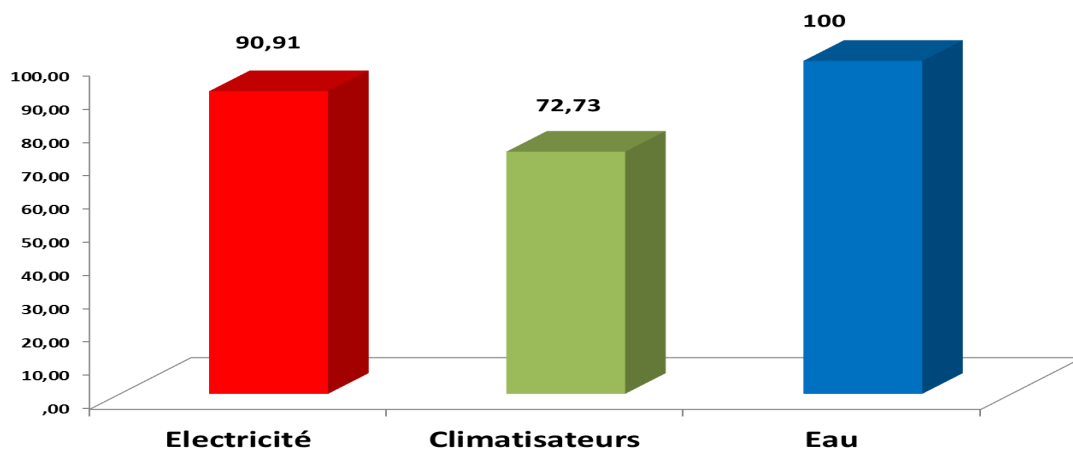


Fig 41 : distribution des commodités courantes

- **Ressources humaines** : Des ressources humaines ont été observées avec un déficit critique de formation les deux années qui ont précédées l'enquête (table 7).

Table 7: Distribution des ressources Humaines

Ressources Humaines	Moyenne	% de Ressources humaines formées
Médecin	8	5,68
Pharmacien	0,7	12,50
Sage femme	10	0,87
Biologiste/medical	1	0,00
Infirmière obstétricienne	5	0,00
Infirmiers d'Etat	4	3,85
Technicien supérieur d'hygiène	2	4,76
Assistant medical	6	2,82
Technicien biologiste pharmacie	0,9	0,00
Technicien de santé	10	0,00
Gérant de dépôt de Vente de médicaments (DV)	2	0,00
Gérant Dépôt Répartiteur du Cercle (DRC)	0,7	0,00
Assistant social/Conseillers	1	0,00
Aide soignant	7	0,00
Matrone	2	0,00
Agent de saisie	1	0,00
Comptable	3	0,00
Autre	9	0,00

5.3.2.3 Déterminants comportementaux.

- **Niveau de connaissance en SISR** : Les scores moyens (sur une échelle de 100) des connaissances des acteurs du SISR sur la raison d'être du SISR (42 sur une échelle de 100), les techniques de vérification de la qualité des données (49 points) et la définition et la résolution des problèmes (45points) évoluent en cloche et restent tous en dessous du score moyen de 50 points. La résolution des problèmes quand a elle se retrouve à 20 points sur une échelle de 100. (Fig. 42).

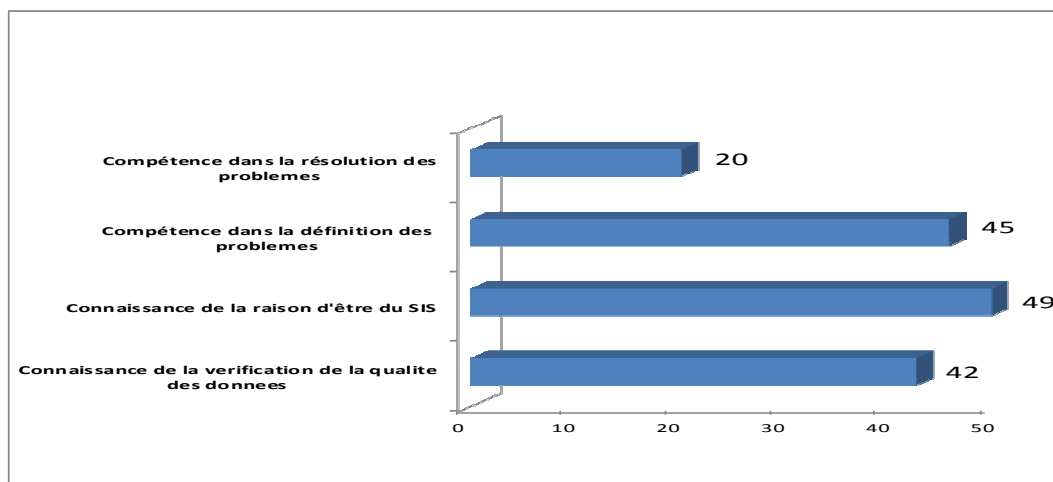


Fig 42: Connaissances moyennes sur la vérification de la qualité des données, la raison d'être du SISR au niveau du CSRéf(District)

- **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 79 sur 100. Les scores les plus hauts sont la vérification de la qualité des données (86 sur 100), le calcul (84 sur 100) et l'élaboration des graphiques (82 sur 100). L'interprétation et l'utilisation présentent les niveaux de score les plus faibles avec 75 sur une total attendu de 100 (Fig 43).
- **Niveau de compétences observées** : Les performances du niveau CSRéf(District) sont variables selon les aptitudes considérées et vont de 42 sur 100 pour la vérification de la qualité des données à 85 pour le calcul avec une compétence globale de l'ordre de 58 sur 100 (Fig 44), en nette décalage avec les niveaux de scores de confiance déclarée (44 sur 100) (Fig 43).

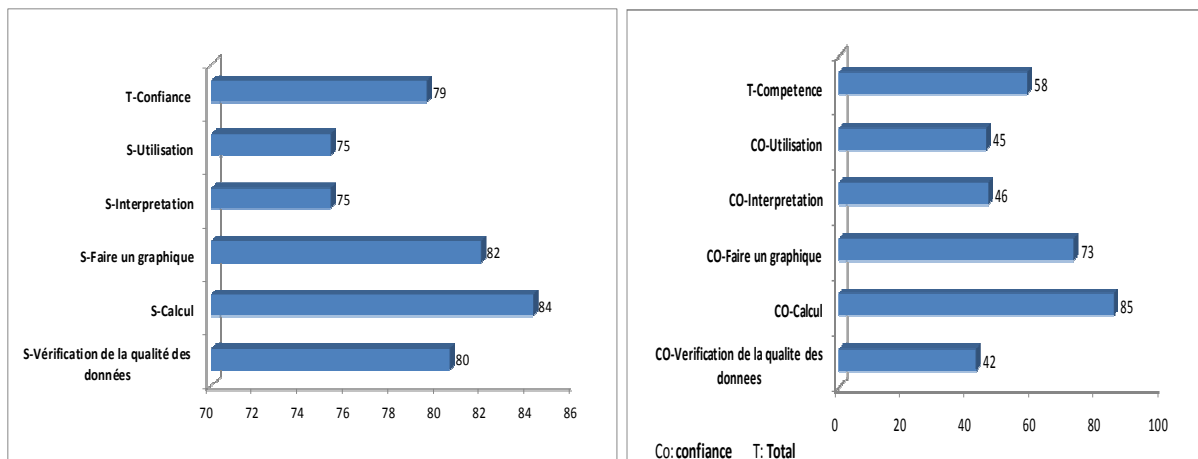


Fig 43: Distribution des niveaux de confiances Fig 44: Distribution des niveaux de compétences déclarées observées

- **Motivation et système de récompense :** Le niveau de motivation perçue (79%) et de satisfaction sur le système de récompense (64%) tels exprimés par les acteurs du SISR des CSRéf(Districts) restent meilleurs que ceux du niveau région (Fig45).

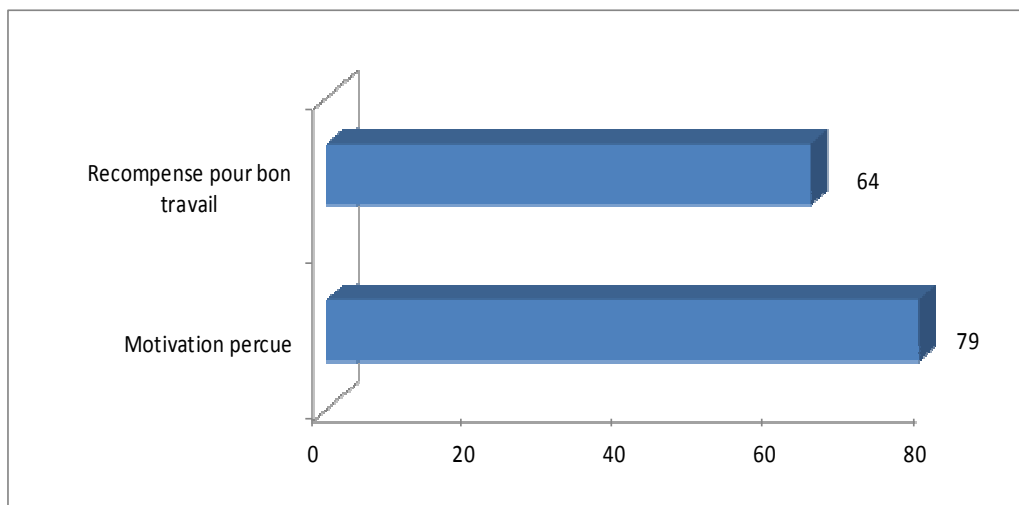


Fig 45: Comparaison entre score moyen de motivation et le système de récompense perçus au niveau CSRéf(District)

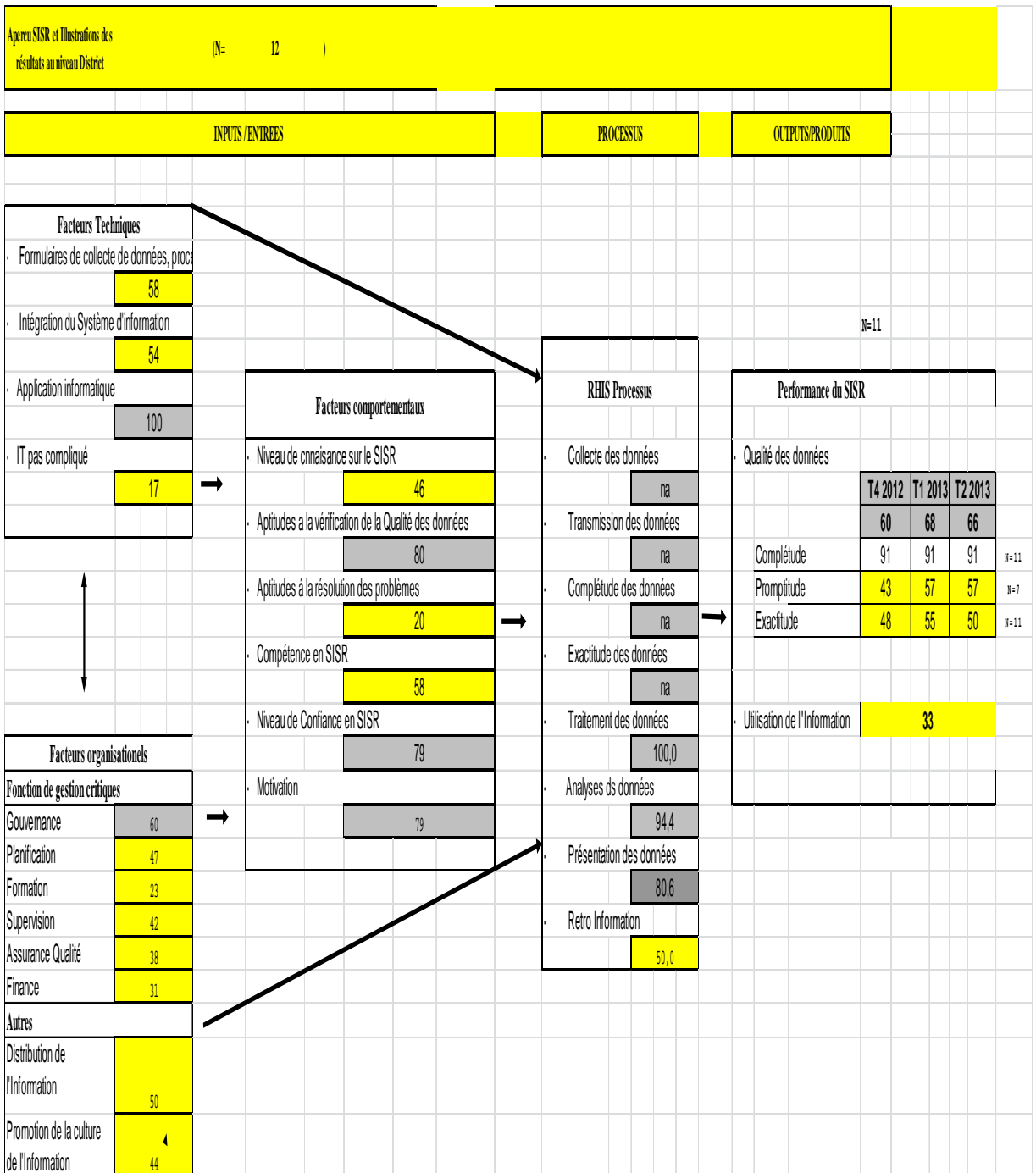


Fig 46: Résultats du niveau CSRéf(District) sanitaire agrégés dans le cadre du PRISM

5..4. Niveau des CSCRéf/CSCCom

5.4.1. Performance du système d'information au niveau CSCRéf/CSCCom

- 5.4.1.1. Qualité des données :

La qualité des données au niveau des centres de santé (CSCRéf et CSCCom) reste diversement variable. L'exactitude globale moyenne est de 34% sur les trois trimestres pour l'ensemble des indicateurs, la complétude moyenne des éléments de données sur les trois trimestres cibles tourne autour de 58%. 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 39% des centres de santé (CSCRéf et CSCCom) satisfont au critère fixé pour une bonne exactitude pour l'indicateur "femmes enceintes ayant effectuées au moins 3 visites prénatales", 38% pour "les cas de paludisme simple", 29% pour à la fois "le nombre de VAT2 administrés aux femmes enceintes" et "le nombre de malnutrition sévère" (Fig 47).

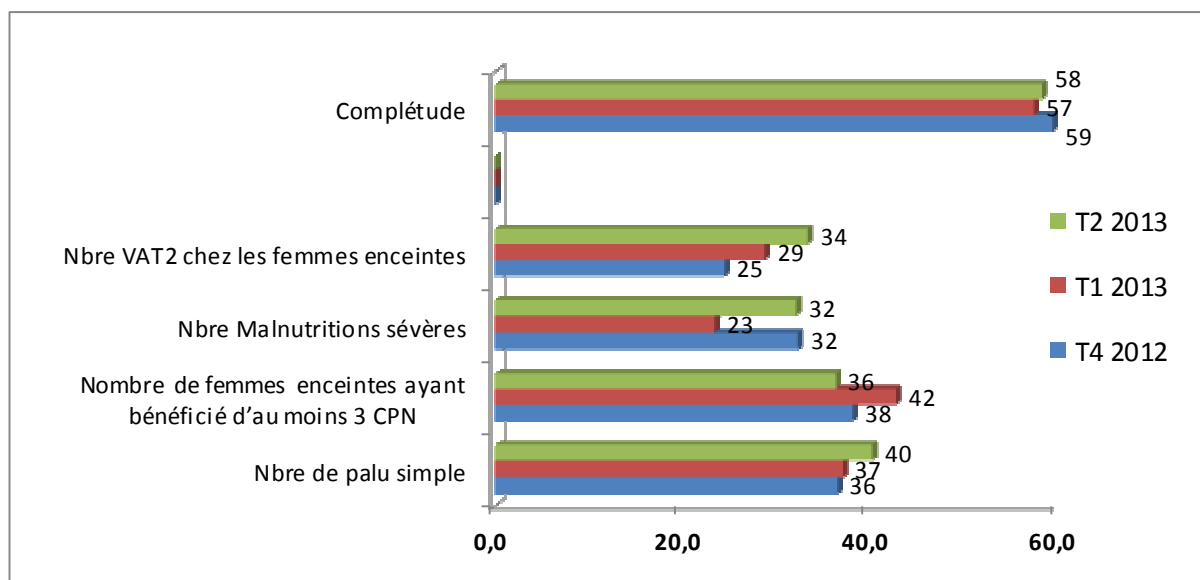


Fig 47 : Niveau de complétude et d'exactitude des données pour une série de données au niveau FS % de CSCCom et CSCRéf (unité de soins) qui satisfont aux critères fixés

Affichage des données : L'affichage des données est relativement plus importante au niveau CSCCom/CSCRéf comparé aux niveaux région et central bien qu'étant faible (moins de 50%) pour l'ensemble des domaines considérés. Plus de la moitié (61%) des CSCCom et CSCRéf (unité de soins) affichent les données relatives à la santé de la mère et de l'enfant contre respectivement 30 et 48% pour la surveillance des maladies et l'utilisation des services. Les mises à jour des données affichées ne sont pas systématiques et accusent un déficit de mise à jour variable allant de 11-29% selon les types de services. Les scores finaux d'affichage à jour tournent au tour de 45% (0,74x61) pour la santé de la mère, 43% (0,71x61) pour la santé de l'enfant, 36% (0,75x61) pour l'utilisation des services et 27% (0,89x30) sur la surveillance des maladies (Fig 48).

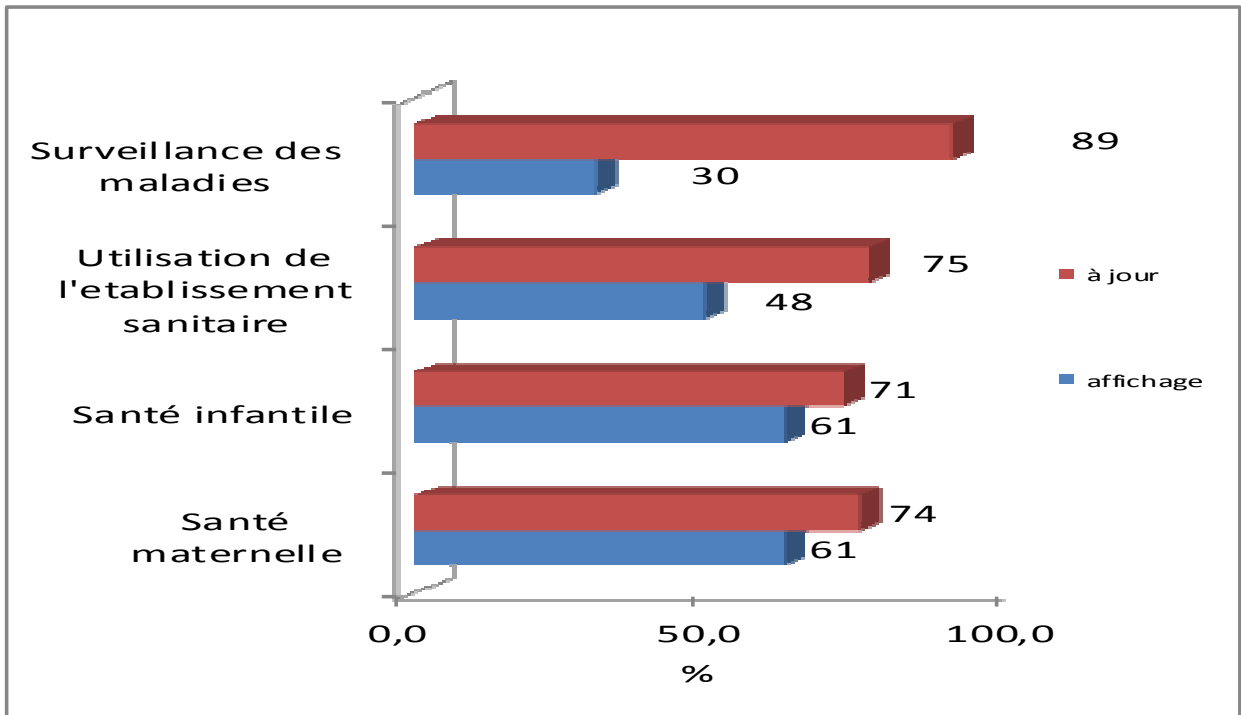


Fig 48 : Affichage des données et mises à jour par type de service

- **Analyse des données** : en dehors des comparaisons (50%), les fréquences pour les analyses des données sont faibles (en dessous de la moyenne de 50% pour la majorité des modalités). On note en effet une fréquence de 30 points pour le calcul des indicateurs et de moins de 25 % pour les aspects liés au genre (Fig. 49).

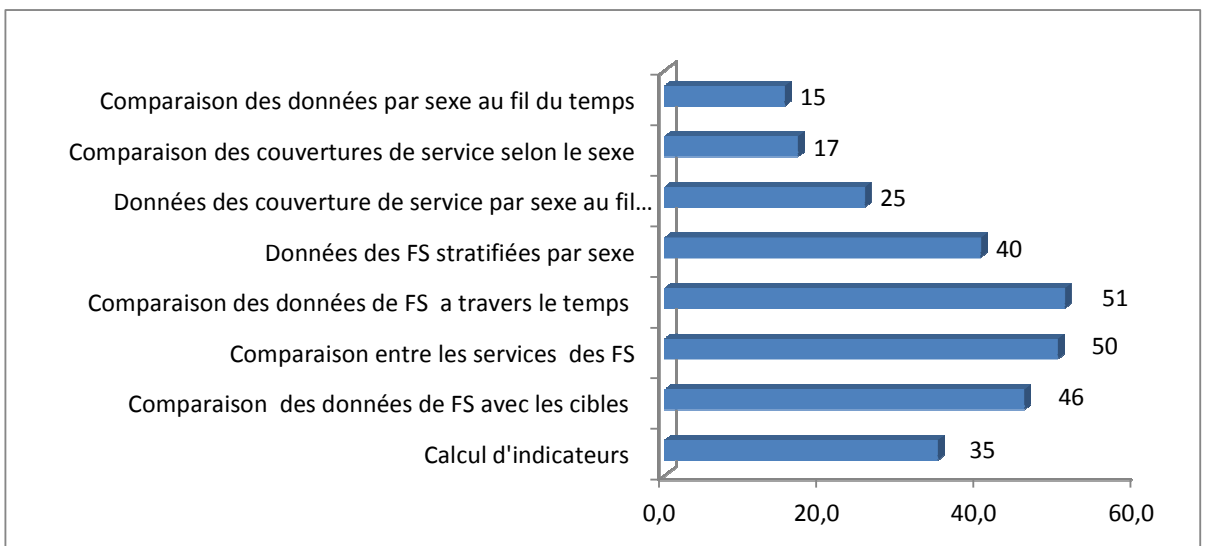


Fig. 49 : Types d'analyse au niveau CsCom et CSRef.

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 56% des CSCom et CSRéf (unité de soins). Le score agrégé des *"Discussions sur les données"* autour de la qualité des données et/ou des résultats est de 13 sur 100 après ajustement à l'ensemble des CSCom et CSRéf (unité de soins). 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 11 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 8 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 11 points sur un total de 100 (Fig 50).

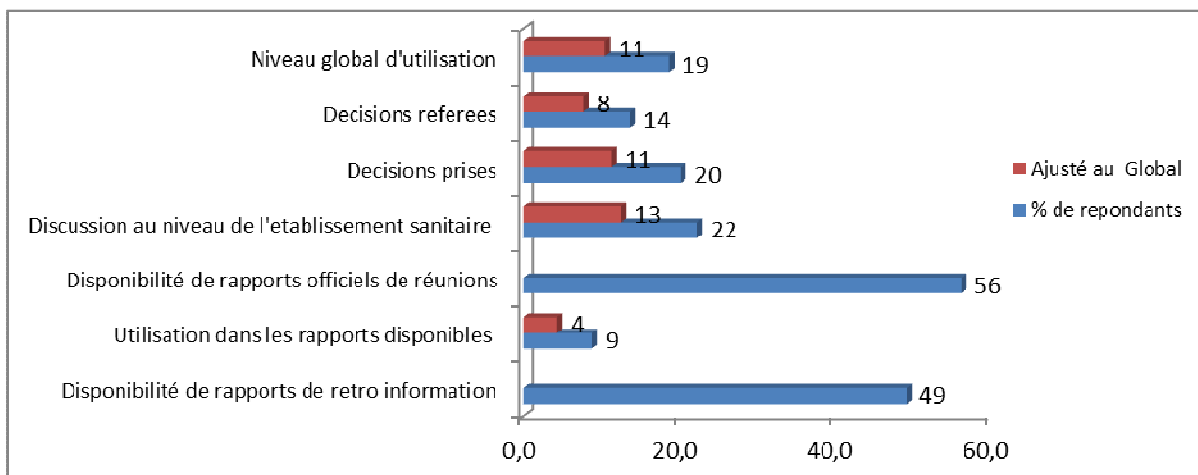


Fig 50 : Niveau moyen de l'Utilisation de l'Information au niveau FS

- **Promotion de l'Utilisation de l'information** : La promotion globale de l'information était de 27% avec des scores très faibles au regard des documents existants sur la promotion de l'information (10%), les exemples de succès dans l'utilisation de l'information (12%). Les directives de l'utilisation de l'information les trois derniers mois ont été soulignées dans 25% des CSCom et CSRéf (unité de soins) et les décisions prise étaient observées dans les plans d'action dans un peu plus de la moitié (64% des CSCom et CSRéf (unité de soins) (Fig 51).

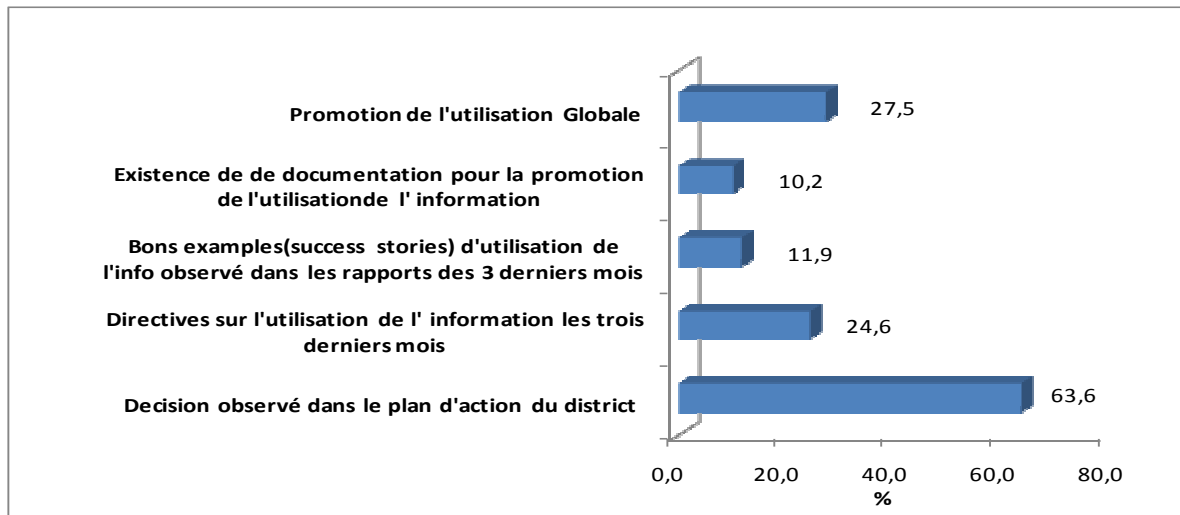


Fig 51 : Promotion de l'utilisation de l'information au niveau FS

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

Les CSCom et CSRéf (unité de soins) manipulent très peu les données relatives au genre (Fig : 52)

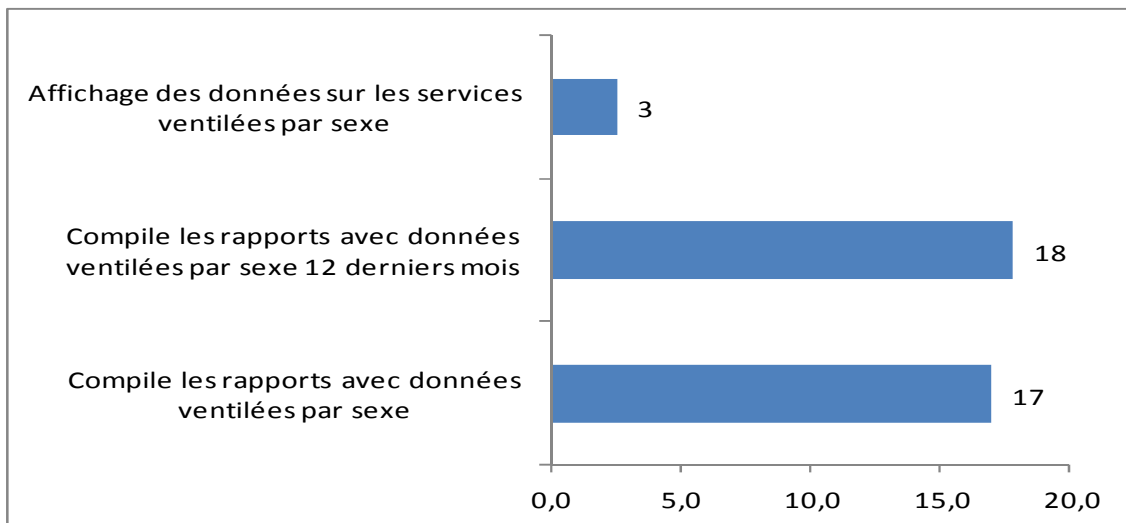


Fig 52 : Proportion des CSCom et CSRéf (unité de soins) qui adressent les aspects genres lors des discussions et pour la prise de décisions

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. Si le score de l'affichage est autour de 60%, ceux de l'analyse, la retro information et la promotion de l'utilisation des données sont tous en dessous de 50% (Fig 53).

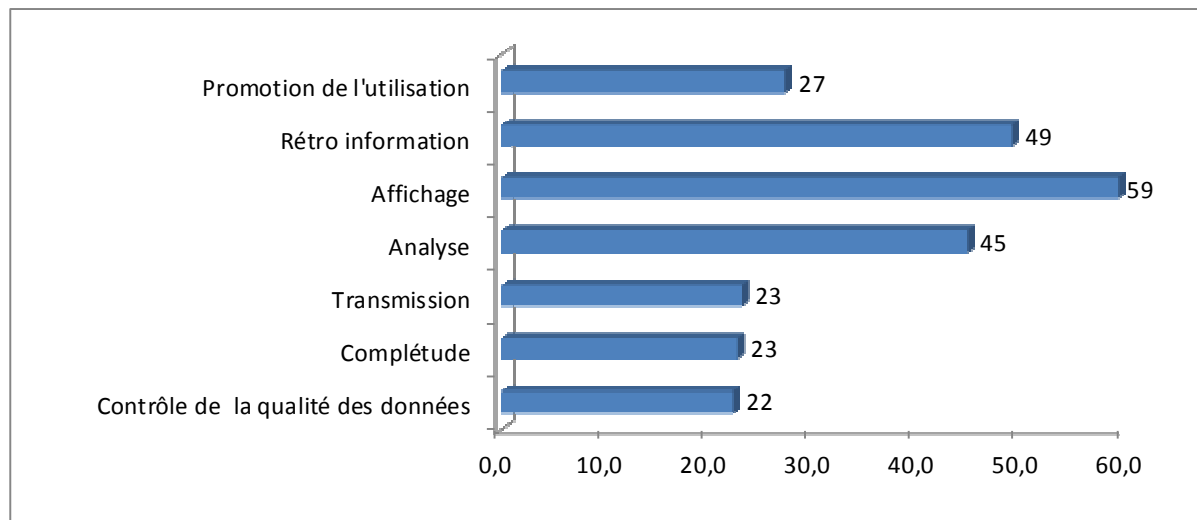


Fig 53 : Niveau d'existence des processus SISR au niveau des FS

- Qualité of supervisons :

La fréquence des supervisons a été jugée faible sur les trois derniers mois qui ont précédé l'enquête. Environ 36% des structures de soins CSCoM et CSRéf (unité de soins) n'ont pas du tout été supervisées contre 18% qui ont reçu une supervision, 15% avec 2 supervisons et 30% avec au moins 3 supervisons conduites. Les structures supervisées déclarent avoir vu les superviseurs avec des grilles de supervision (même si ces dernières ne sont pas standards) et que ces derniers ont abordé le contrôle de la qualité des données dans 95% des CSCoM et CSRéf (unité de soins) supervisés et les discussions sur les données du SISR dans 84% 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 72% des sites supervisés, ni de retro information systématique dans près de 89% des centres évalués (Fig 54).

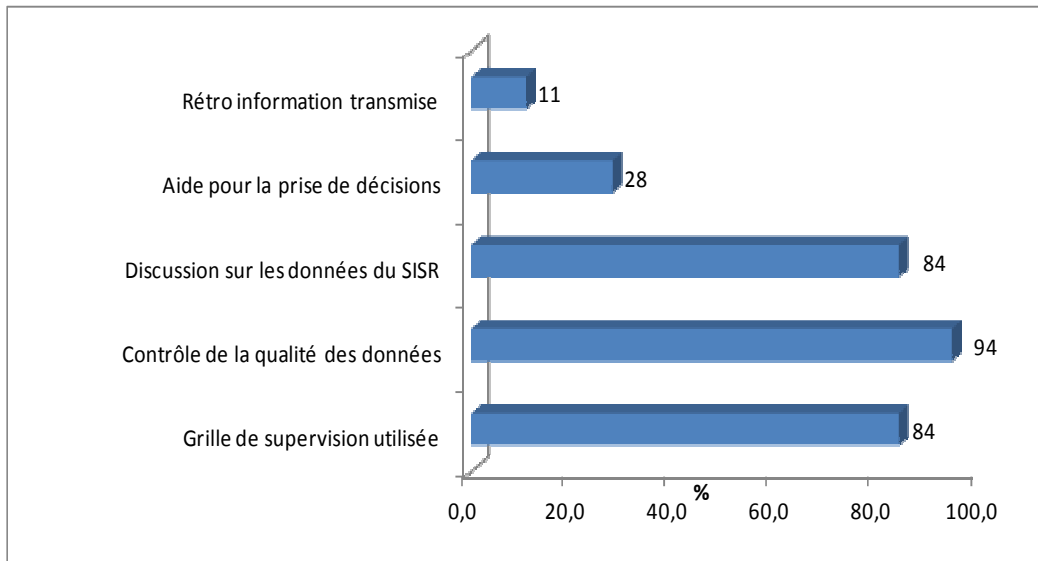


Fig 54: Fréquence et qualités de la supervision

- **Fonctions critiques de gestion du SISR** : Toutes les fonctions critiques de gestion et de support du SISR ont des scores de moins de 50 sur 100 au niveau des CSCom et CSRéf (unité de soins) : Planification (33points sur 100), Supervision (29 points sur 100), Qualité (29 sur 100), Gouvernance (23 sur 100), Finance (15 sur 100) et Formation 7%. (Fig. 55).

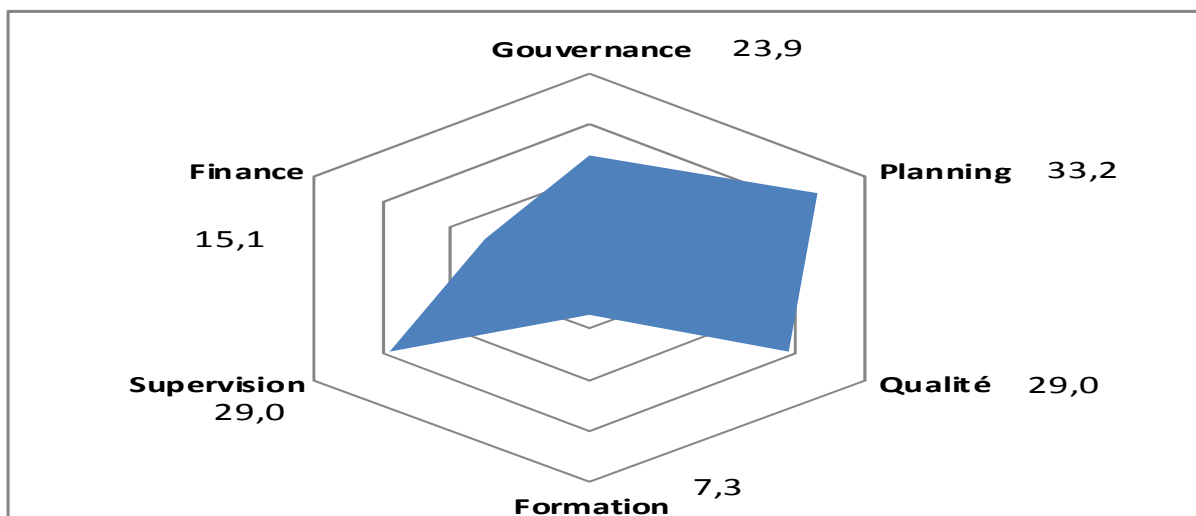


Fig 55 : Niveau de support des fonctions critiques de gestion au sein des CSCom et CSRéf (unité de soins)

- **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, la retro information et la délégation de pouvoir avec une promotion de globale est de 69% (fig56).

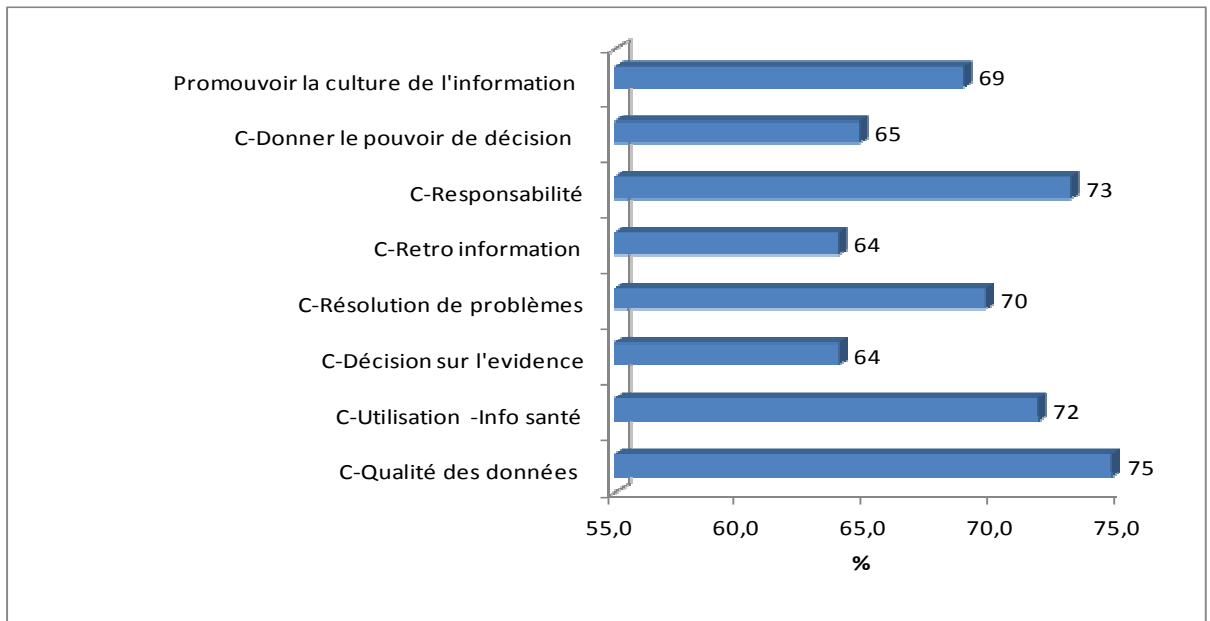


Fig 56 : Distribution des différents scores moyens des dimensions de la culture de l'information au niveau CSCom et CSRéf (unité de soins)

Ressources matérielles: L'absence de ressources matérielles a été observée dans la majorité des CSCom et CSRéf (unité de soins) dans des proportions variables allant de 11% pour la calculatrice à 85% pour le tel radio (Fig 57).

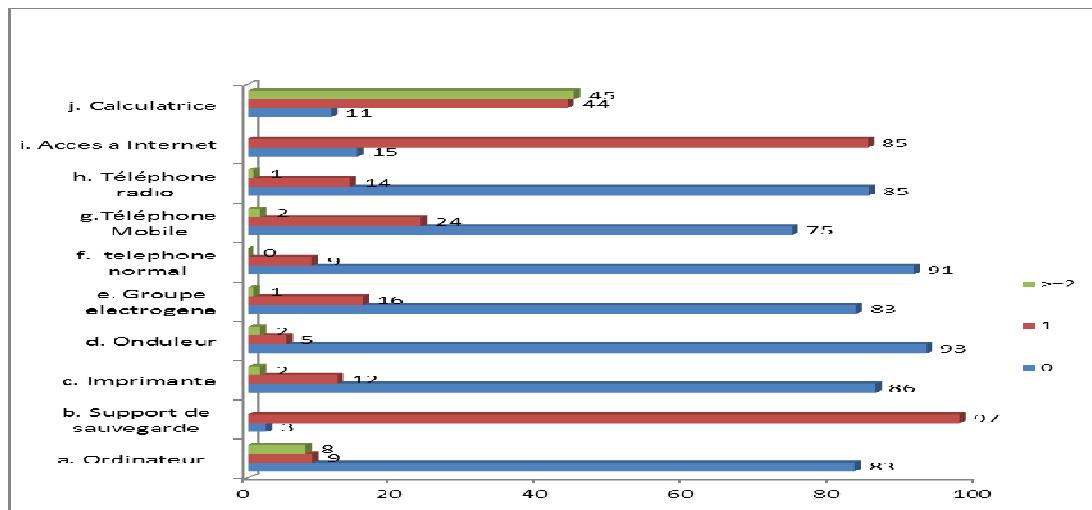


Fig 57 : Distribution des ressources matérielles

- **Disponibilité des commodités courantes:** les ressources et matériels essentiels étaient présentes dans 86% des CSCom et CSRéf (unité de soins) pour l'eau courante, 76% pour l'électricité. La fréquence des coupures de courant était faible avec très peu ou pas de coupure

d'électricité dans 78% des CSCom et CSRéf (unité de soins), des coupures quotidiennes dans 12% des CSCom et CSRéf (unité de soins), et pour une fois et deux fois par mois 1% et 2 % respectivement (Fig 58).

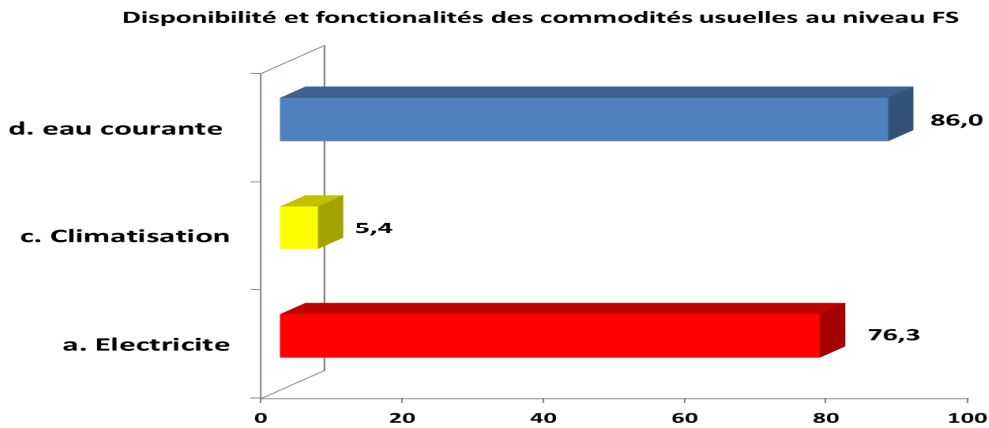


Fig 58 : Disponibilité des commodités au niveau formation sanitaire

- **Disponibilités des outils de gestion:** Les registres de consultations étaient disponibles de façon satisfaisante (+90%) au moment de l'enquête. Les ruptures de stock enregistrées sur les 12 derniers mois ont été observées dans 9 à 13% centres. Les ruptures d'outils étaient plus fréquentes avec le registre de consultation curative (13%) suivi du registre de malnutrition sévère (9%) et celui de la CPN (7%) (Fig 59).

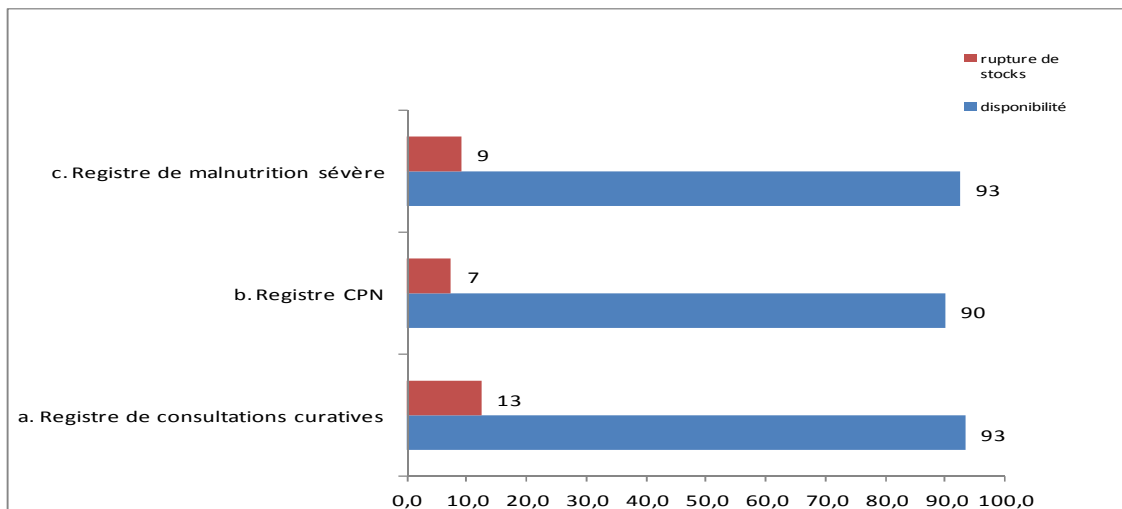


Fig 59: Disponibilité et rupture de stock des registres de consultations

- **Ressources humaines :** au niveau CSCom et CSRéf (unité de soins), on note un déficit de personnel doublé d'un manque de formation dans le domaine du SISR (table 8).

Table 8: Distribution des ressources Humaines

Ressources Humaines	Moyenne	% Ressources Humaines formées
Médecin	0,9	9,4
Pharmacien	0,1	11,1
Sage femme	1,2	0,7
Biologiste/medical	0,1	0,0
Infirmière obstétricienne	0,9	1,0
Infirmiers d'Etat	0,7	11,1
Technicien supérieur d'hygiène	0,1	15,4
Assistant medical	0,2	7,1
Technicien biologiste pharmacie	0,2	0,0
Technicien de santé	1,3	13,6
Gérant de dépôt de Vente de médicaments (DV)	1,0	0,0
Gérant Dépôt Répartiteur du Cercle (DRC)	0,0	0,0
Assistant social/Conseillers	0,1	0,0
Aide soignant	1,7	1,0
Matrone	1,5	3,0
Agent de saisie	0,1	0,0
Comptable	0,3	0,0
Autre	1,7	0,5

5.4.2.3 Déterminants comportementaux :

- **Niveau de connaissance** : Les scores moyens des niveaux de connaissance des acteurs du SISR des CSCom et CSRéf(unité de soins) 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. 60).

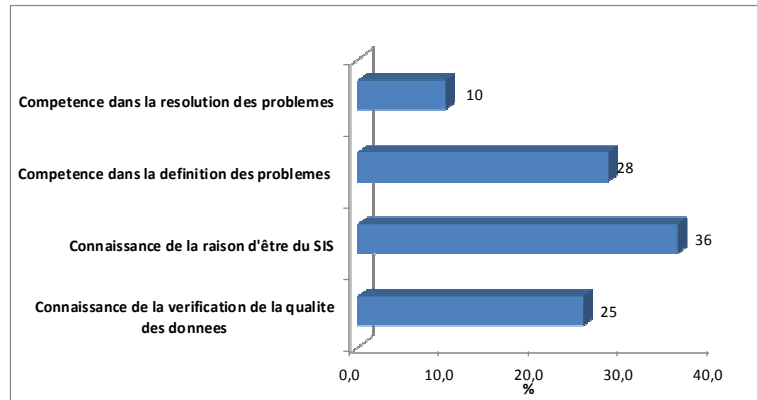


Fig 60: Niveaux de connaissances dans la vérification de la qualité des données et de la raison d'être du SISR

- **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 61).

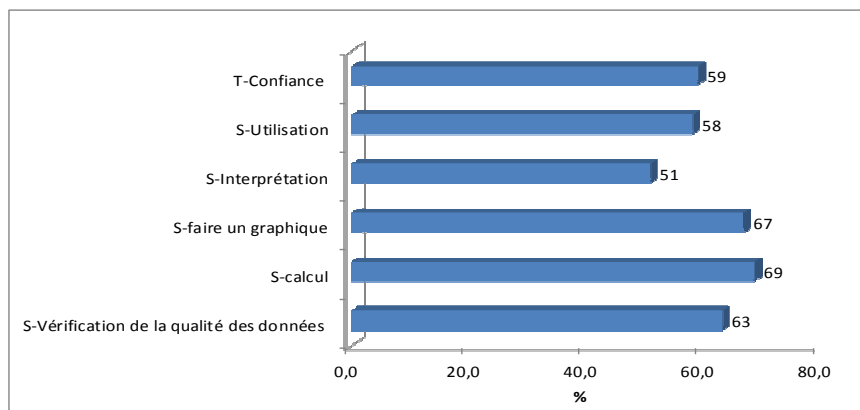


Fig 61: Niveau moyen de confiance déclarée dans l'exécution des tâches de SISR

- **Compétences observées** : les niveaux de compétences sont beaucoup plus faibles au niveau CSRéf/CSCoM 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. 62).

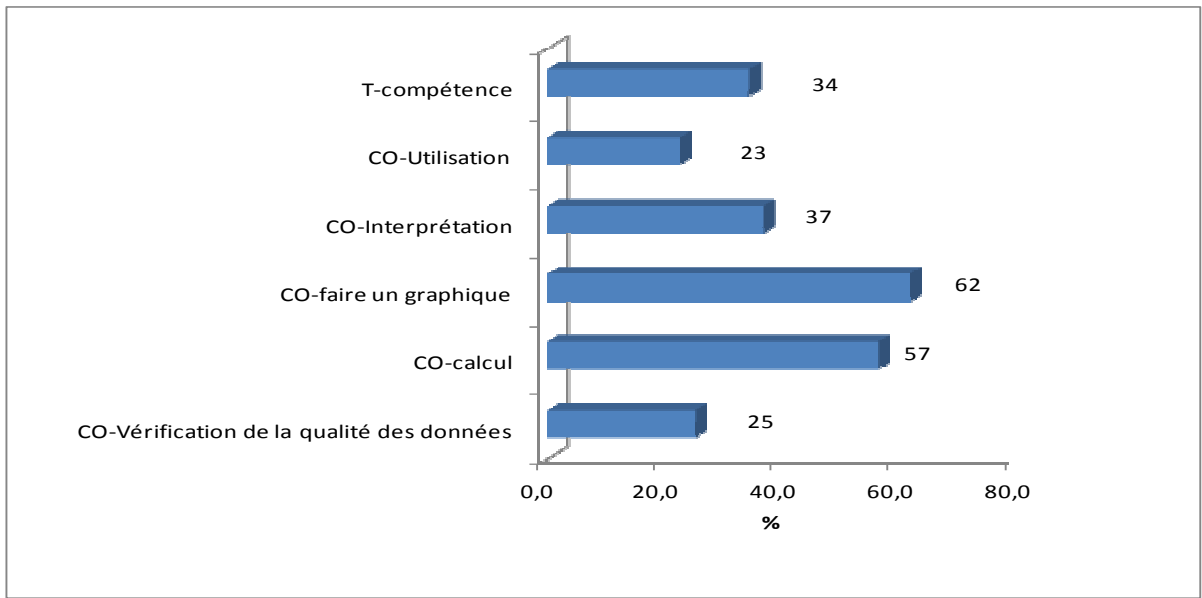


Fig 62: Niveau de compétences dans l'exécution des tâches de SISR

- **Motivation et système de récompense** : les acteurs du SISR au niveau CSCCom et CSRéf (unité de soins) expriment un niveau appréciable de motivation (69 sur 100) doublée de la reconnaissance du système de récompense pour score de 58 sur 100 (Fig 63).

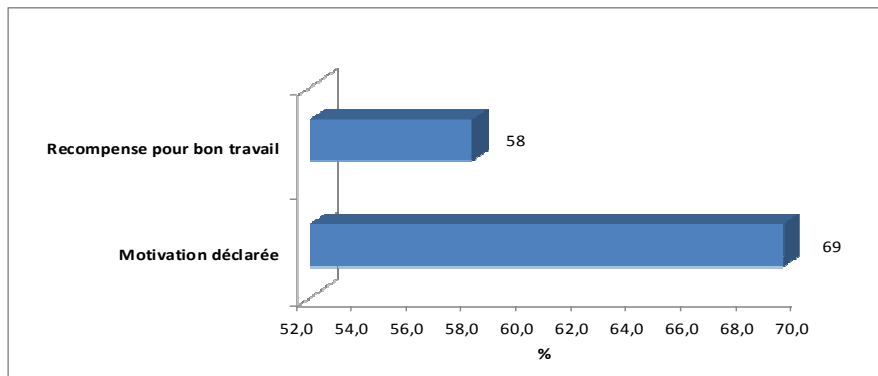


Fig 63: Score de la motivation et du système de récompense

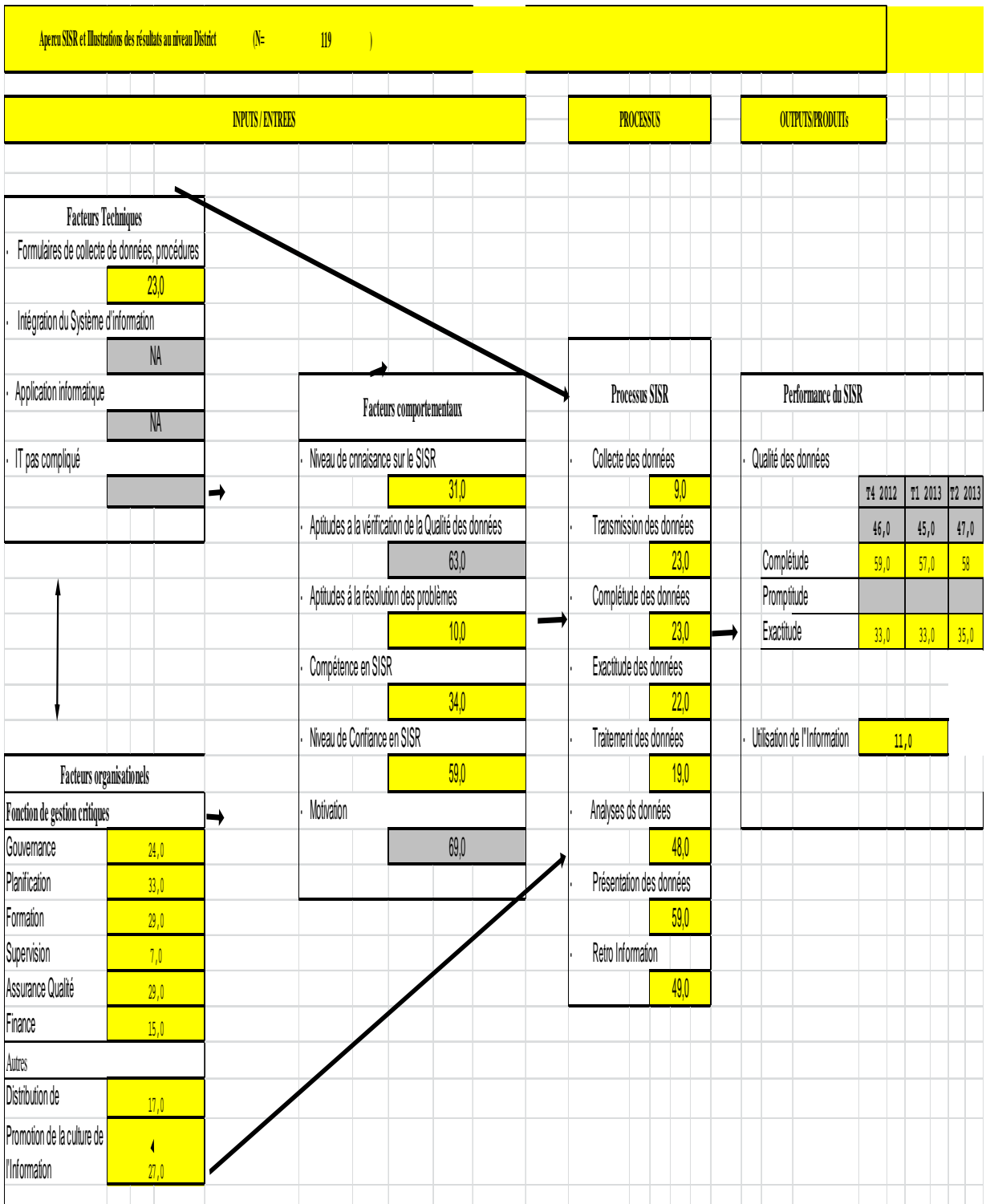


Fig 64: Résultats du niveau Formation sanitaire agrégés dans le cadre du PRISM

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. Ces résultats traduisent en partie le niveau de complexité et parfois la charge de travail des acteurs. L'absence d'un bon archivage n'a pas permis de capturer les complétudes des rapports et la promptitude au niveau central ainsi que l'exactitude des données.

Au niveau régional, les complétudes des rapports étaient bonnes sauf pour une région et pour seulement un trimestre avec un score global de 94%, ce qui montre que la plupart des rapports arrivent au niveau régional. Les promptitudes par contre sont très faibles au niveau régional (17%). Seule une région sur six (Ségou) a pu satisfaire le critère de bonne promptitude (80% des rapports transmis à temps) des rapports sur l'ensemble des trois trimestres considérés.

Au niveau des CSRéf(Districts), les promptitudes variaient entre 43-57% avec une moyenne de 52%. Sur les 12 CSRéf(Districts) visités, cinq districts (Bankas, Mopti, Commune 1, commune 6 et Yelimane) n'étaient pas à mesure de fournir des preuves d'enregistrement des dates de réception des rapports trimestriels des CCom et/ou CSRéf (unité de soins). Les complétudes étaient satisfaisantes en général entre 83 et 91% avec une moyenne de 88%.

Au niveau CCom et CSRéf (unité de soins), la complétude moyenne des éléments de données des rapports mensuels était de 58%. Ceci constitue une performance faible, car les CCom et CSRéf (unité de soins) constituent la source de l'information sanitaire. Une telle faible complétude des éléments de données pourrait traduire un déficit d'information ultime aux niveaux intermédiaires et central. Cette insuffisance pourrait cependant être atténuée par nos observations sur le terrain qui ont montré que les rapports transmis pour beaucoup de CCom étaient plus complets que les copies restées sur place au niveau des CCom. Même si ce défaut de complétude peut être atténué, la complétude en définitive prend un coup au fur et à mesure qu'on s'élève dans la pyramide sanitaire à cause des défauts des complétudes des rapports.

Les niveaux des exactitudes des données varient entre les CCom et CSRéf (unité de soins) et la Région. Les variations observées dans les niveaux d'exactitudes sont principalement dues à l'absence des directives nationales ou aux processus SISR qui laissent libre cours aux acteurs du SLIS la possibilité de travailler de façon non standardisée. D'autres raisons telles que l'absence des registres standards 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 (Table 10).

La plus grande variation des exactitudes observée avec la CPN serait due en partie au fait qu'une femme pourrait avoir effectué la CPN3 et CPN4 le même trimestre et potentiellement compter deux fois pour le même indicateur et dans la même période de rapportage. Les plus faibles exactitudes ont été enregistrées avec le VAT2 chez la femme enceinte parce que dans de nombreuses situations, les

registres CPN sont ignorés au profit de fiches de pointages imprécis qui n'ont pas permis de relever tous les VAT2 administrés.

L'exactitude de la malnutrition sévère a souffert d'un défaut de rapportage des cas de malnutrition figurant dans les registres de consultations des formations sanitaires au niveau des RTA. Tout se passe comme si une consigne avait été donnée de ne pas rapporter les malnutritions sur les RTA. Il est possible par ailleurs que cette attitude soit liée au rapportage des cas de malnutrition directement au programme ou division nutrition sur une base hebdomadaire et mensuelle.

Table 9: résumé des résultats globaux sur la qualité des données

QUALITE DES DONNEES	UNITE CENTRALE	REGION	CSRéf(District)	FS
Qualité globale	-	60%	51%	46%
Promptitude des données rapports	-	17%	52%	-
Complétude des rapports Trimestriels	-	94%	91%	58%
Exactitude moyenne des données	-	70%	51%	34%

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, d'une quasi-absence d'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.

Aussi, la coexistence au niveau des CSRéf des fonctions de prestation des soins et services avec celles de management dévolues à un CSRéf(District) a pu se traduire par une faiblesse de la performance, car la démarcation n'est pas nette entre les fonctions de fourniture de soins d'une part et de gestion et planification d'autre part. Dans le même registre, Il faut également noter la faiblesse de la qualité de la supervision 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. De même, l'inexistence de formulaire/fiche intermédiaire de calcul/sommation pouvant faciliter l'extraction des données des registres en vue du remplissage des RTAs est susceptible d'altérer l'exactitude des données.

6.1.2. Utilisation de l'information

Tout comme la qualité des données, le niveau d'utilisation de l'information diminue du haut vers le bas de la pyramide sanitaire. Le niveau d'utilisation de l'information est nettement importante (100%) au niveau central(DNS) et faible dans l'ordre décroissant de 33% pour le niveau CSRéf(District), 18% pour le niveau région et 11% pour les formations sanitaires (CsCOM et CSRef). 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, CSRéf(District) et CCom et CSRéf(unité de soins) 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 10). Aux niveaux intermédiaires et périphériques, les niveaux d'utilisation de l'information sont très faibles et 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 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, au niveau CSCOM l'essentiel du temps est consacré à l'offre de soins et à la préparation des rapports sans compter que dans certains CCom, il est même difficile d'avoir une réunion à cause de l'effectif réduit du personnel. Finalement, la qualité des comptes rendu de réunion peut avoir également eu un effet négatif sur le niveau de l'utilisation de l'information.

Table 10: 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	CSRéf (District)	CsCom et CsRf (unités de soins)
Niveau d'utilisation de l'information	100%	18%	33%	11%
Promotion de l'utilisation de l'information	75%	60%	40%	28%

6.1.3. Déterminants de la performance :

Les déterminants techniques révèlent que la base de données utilisée (DESAM) est un fichier Microsoft Access qui est simple et convivial (formulaires de saisie sont identiques aux formats papier) et qu'aucune installation n'est requise. Les formulaires de collecte (les RTA) sont jugés diversement selon l'endroit où on se trouve. Ceci est en lien direct avec le temps de travail investi par les différents agents dans l'utilisation de ces outils.

Quelques faiblesses ont été recensées. Sur le plan de la sécurité des données, il a été observé que, la base de données et l'application frontale sont associées et le maintien d'une telle liaison rendrait le système très fragile en cas de crash. Il serait souhaitable de les dissocier pour réduire la fragilité du

système qui réduirait du même coup les risques de perte de données. Toujours sur le même registre de la sécurité, l'accès aux données n'est pas complètement sécurisé et il y a lieu de le sécuriser par des droits ou privilèges d'accès réservés uniquement au personnel clé du SLIS. Aussi, 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 (DESAM-SAUV) qui permettrait de faciliter le classement et la consultation des fichiers importés « SAUVE » 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'on considère l'aspect capacité de stockage, le DESAM est une application ACCESS limitée avec un risque de crash assuré au-delà de 2Go. Envisager des bases de données de grande capacité et gratuite offrirait une alternative à une telle vulnérabilité. Si l'application offre une plateforme de saisie et de consultation conviviale, elle n'offre pas de module d'aide à la décision pour offrir des opportunités d'analyses et ultimement d'utilisation des données à portée de main à tous les niveaux intermédiaires avec une possibilité de 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 SLIS (78 vs 36% 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 80% à 13% particulièrement entre le niveau de confiance déclarée et de compétence observée en calcul par exemple, ce qui suggère fortement d'un besoin de formation à ce niveau (Fig 65).

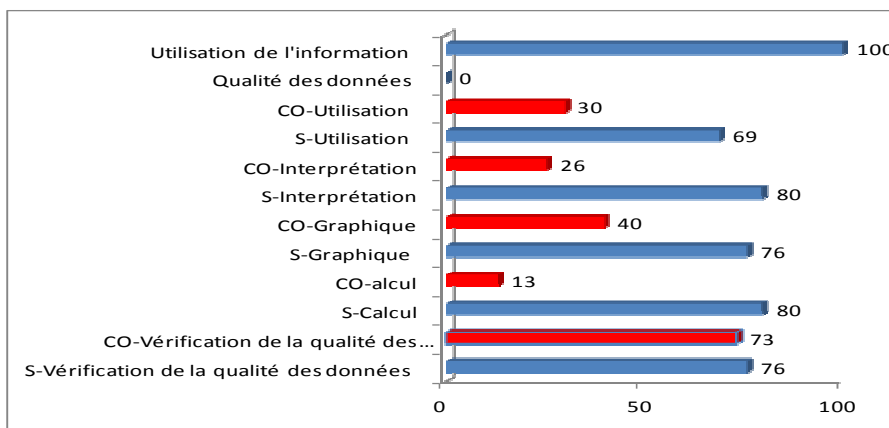


Fig 65: Comparaison entre les niveaux moyens de confiance perçus et de compétences observées dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central en %

La promotion de la culture de l'information ne pouvant pas, par elle seule, garantir l'utilisation de l'information (Fig 66), elle suggère implicitement qu'une combinaison de facteurs pour agir sur la performance du système.

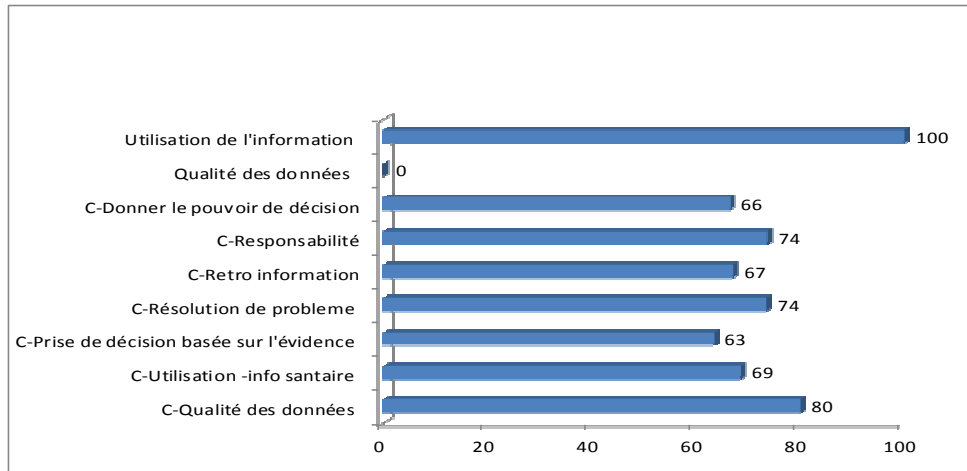


Fig 66: Comparaison entre différentes dimensions de la culture de l'information, la qualité et l'utilisation des données au niveau Central

Le constat précédent est aussi illustré dans le graphique (Fig 67) qui montre que la promotion de la culture de l'information est en accord avec les aptitudes liées à la vérification de la qualité des données et sans toutefois soutenir nécessairement les aptitudes en utilisation des données et résolution des problèmes.

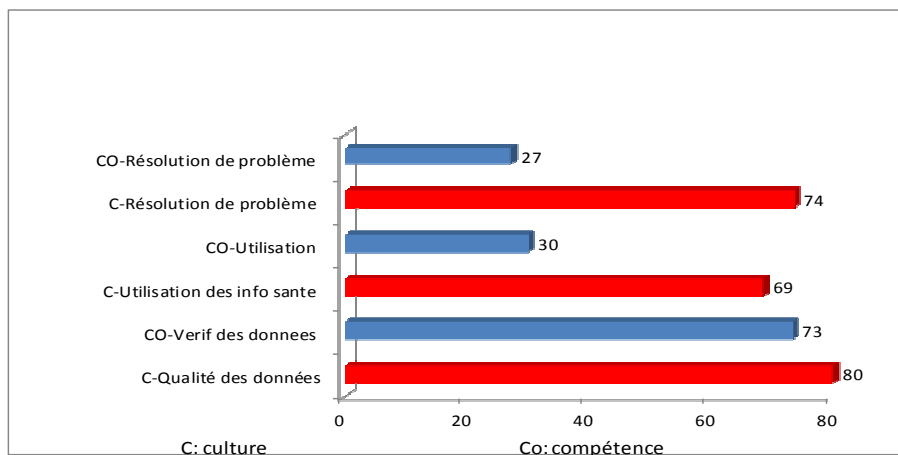


Fig 67: Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences moyennes observées dans l'exécution des tâches du SISR au niveau Central

Au Niveau de la région, les écarts observés entre les niveaux de confiance et les compétences observées correspondantes pour chaque item se resserrent. Les plus grands écarts sont observés pour la vérification de la qualité des données et les compétences en utilisation de l'information. Ces deux items sont clairement reflétés dans les scores en termes de qualité des données et niveau d'utilisation de l'information (Fig 68). Sans être les seuls facteurs contributeurs, ces aptitudes joueraient un rôle déterminant dans la performance du système à ce niveau.

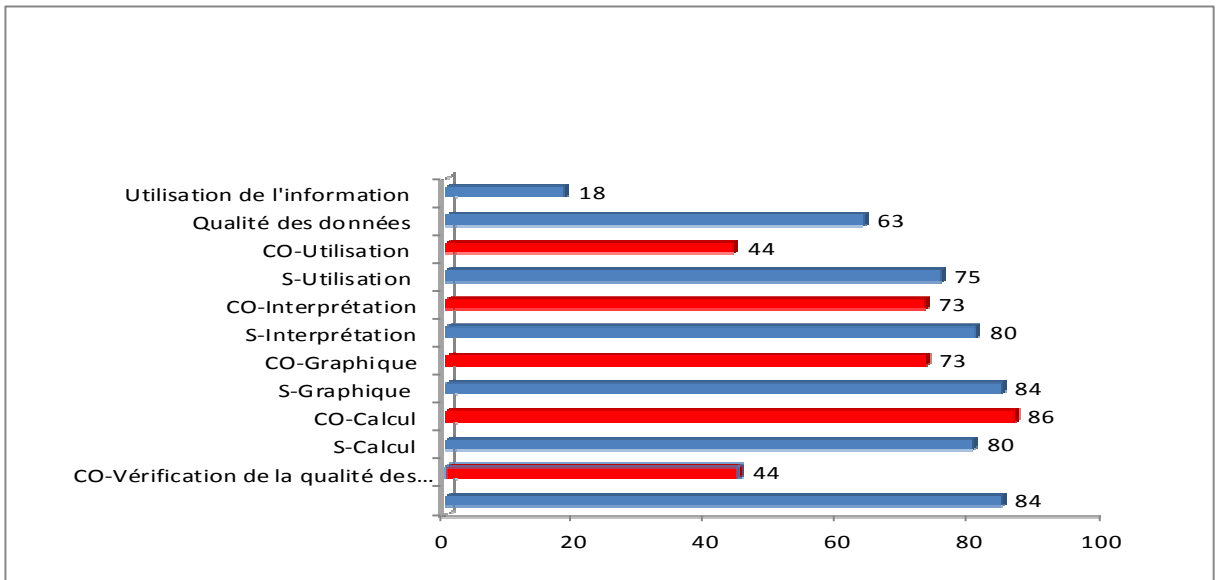


Fig 68 : Comparaison entre les niveaux moyens des compétences exprimées et observées dans l'exécution des tâches du SISR, qualité et utilisation des données au niveau Région

La promotion de la culture de l'information au niveau régional même si elle semble supporter la qualité des données, elle n'apparaît pas suffisante en elle-même pour une performance soutenue (Fig 69).

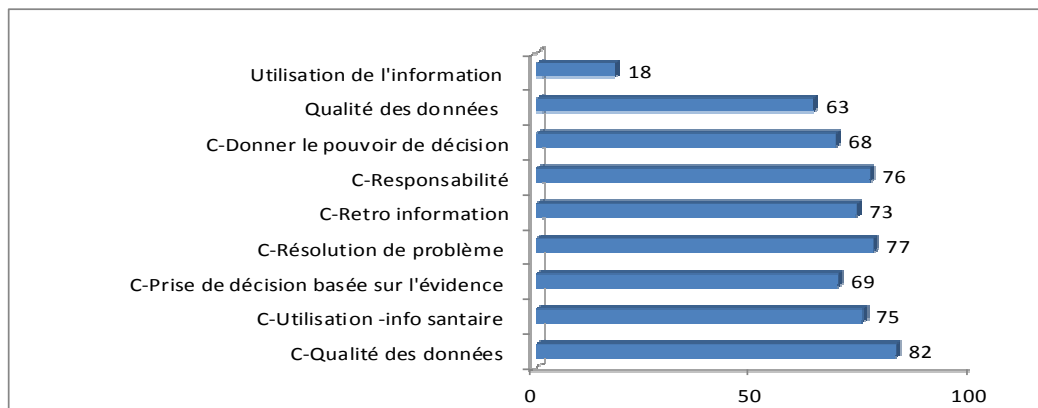


Fig 69 : Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information, la qualité et l'utilisation des données au niveau région

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 la bonne performance et aussi l'amélioration des aptitudes (Fig 70).

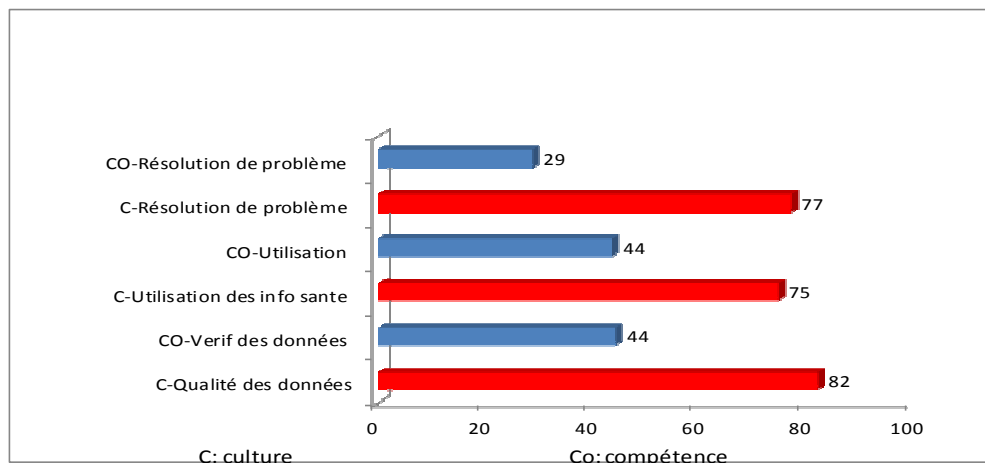


Fig 70 : Comparaison entre les scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences moyennes observées dans l'exécution des tâches du SISR au niveau région

Au Niveau du CSRéf(District), les plus grands écarts entre le niveau de confiance déclarée et de compétence observée se concentrent sur la vérification de la qualité des données, l'interprétation et l'utilisation de l'information alors que pour les autres aptitudes les écarts sont très réduits. Les très faibles niveaux de compétence en interprétation et utilisation de l'information sont en accords parfait avec le score global faible de l'utilisation de l'information à ce niveau opérationnel (Fig 71).

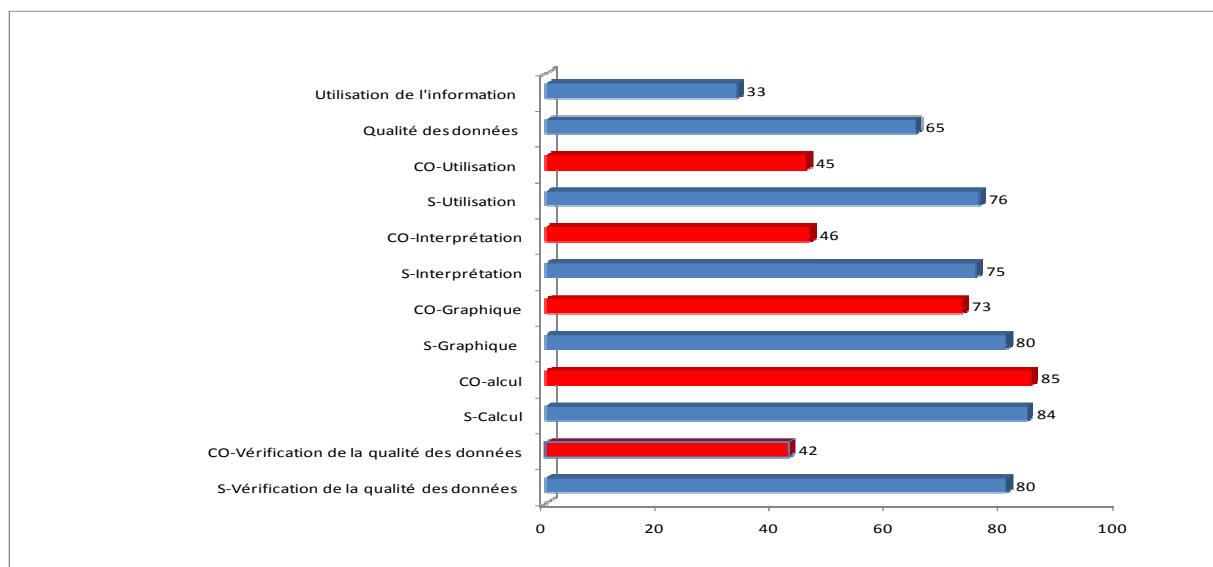


Fig 71 : Comparaisons entre les niveaux moyens de confiance perçus et les compétences observées dans l'exécution des tâches de SISR au niveau CSRéf(District)

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)

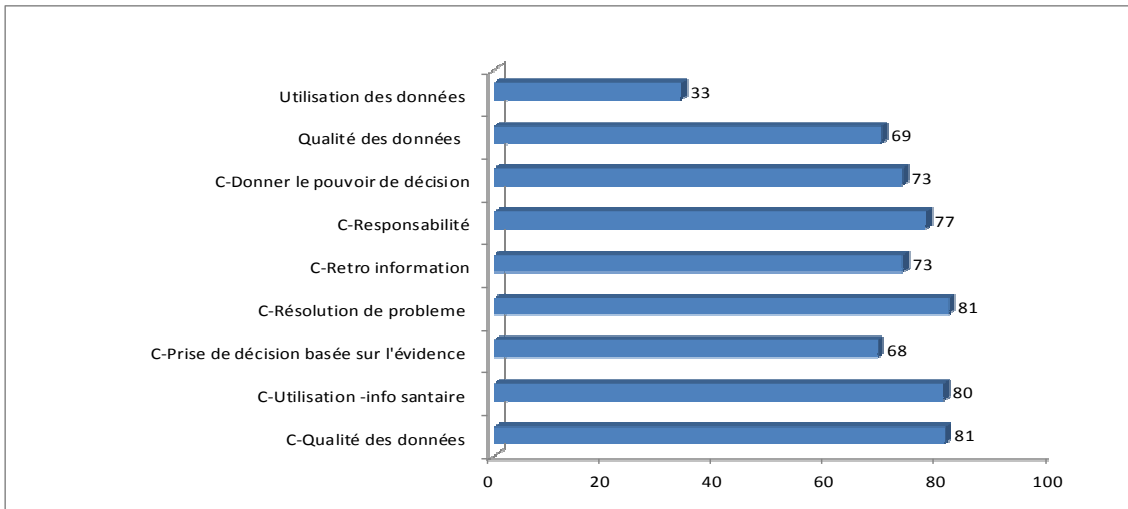


Fig 72: Promotion de la culture de l'information et performance du SISR

Comme pour les autres niveaux supérieurs, la combinaison d'interventions apparait plus que nécessaires pour espérer accroître les aptitudes des acteurs au-delà de la promotion de la culture de l'information (Fig 73).

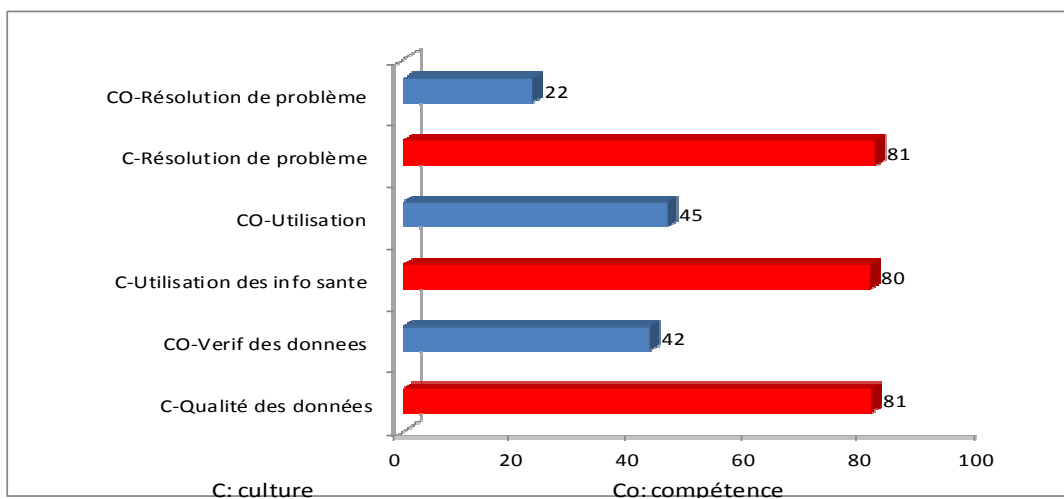


Fig 73: Comparaison entre les différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences moyennes observées dans l'exécution des tâches en SISR au niveau CSRéf(District)

Au niveau des **formations sanitaires** (CSCOM et centre de soins du CsRef), à l'exception de la confection des graphiques, les acteurs des unités de soins se sentent plus confiants qu'ils ne sont capables pour le reste des aptitudes liées au SISR (Fig 74).

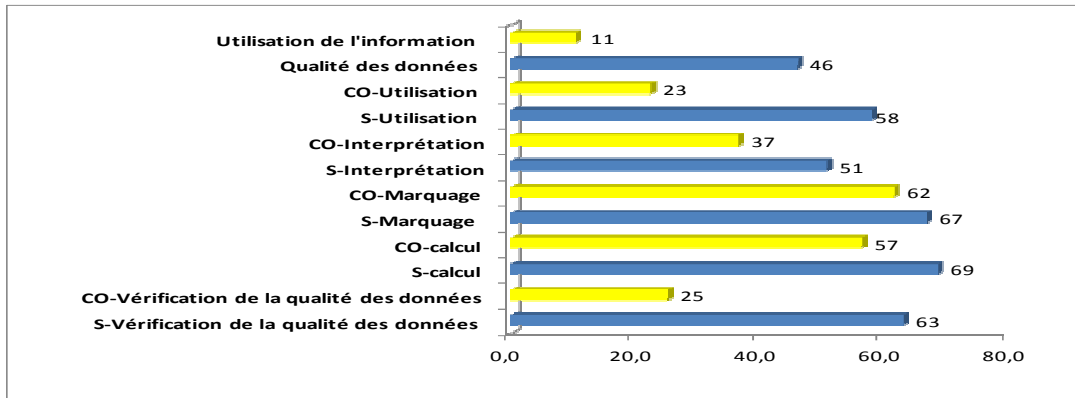


Fig 74: Comparaison entre les niveaux moyens de confiance et compétences observées au niveau FS

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, mais cet excellent niveau de confiance n'est pas en accord avec la performance observée (Fig 75).

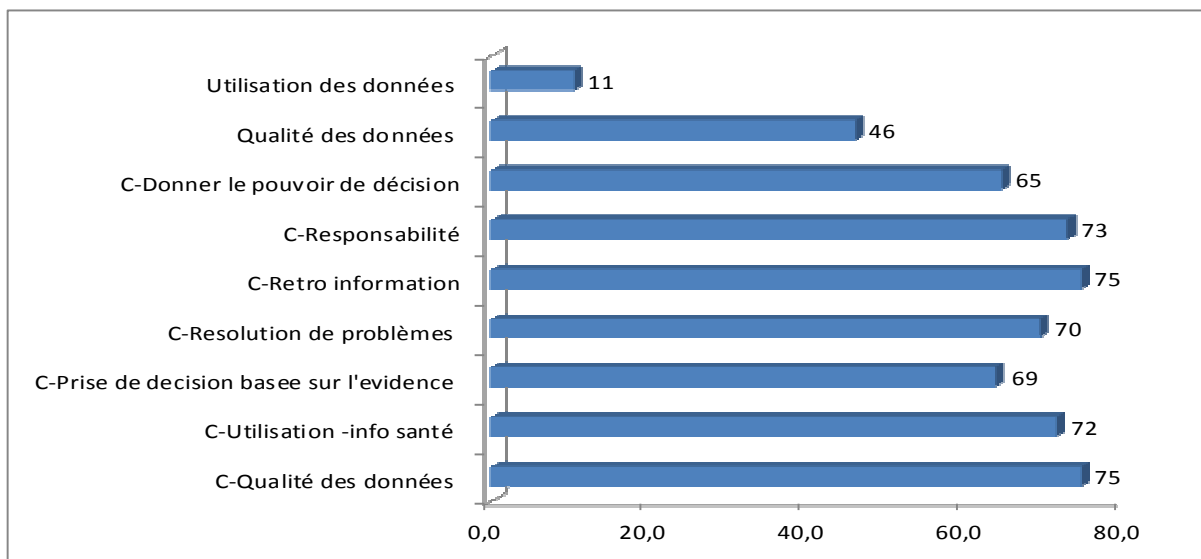


Fig 75: scores des différentes dimensions de la culture de l'information

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 76)

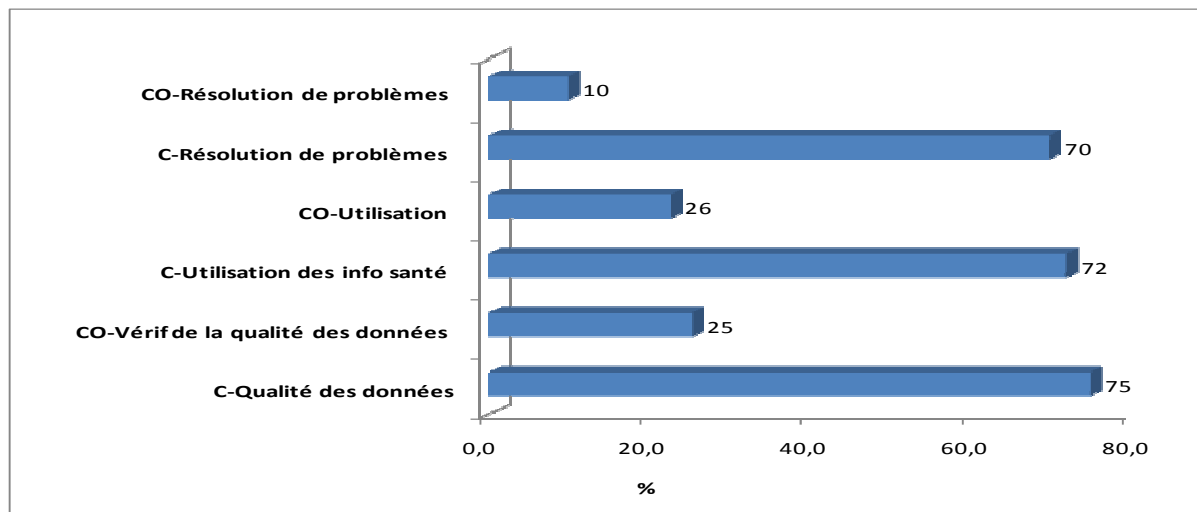


Fig 76 : Comparaison entre les scores moyens des différentes dimensions de la culture de l'information et les compétences observées

6.2. Conclusion :

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

La qualité des données est faible en général. Une décroissance de l'exactitude des données et de la complétude a été observée du niveau région vers les CsCom. 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 tâches 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 et particulièrement au niveau des CCom/CSRéf est due en grande partie à (1) un très faible système d'archivage des registres et rapports trimestriels d'activités (RTA) 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 CCom/CSRéf 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, (4) la surcharge de travail liée à la juxtaposition voire l'imbrication de deux fonctions différentes au niveau des CsRef relative à l'offre de soins et à la gestion et planification des activités au niveau du CSRéf(District) sanitaire.

L'utilisation de l'information est à un niveau très appréciable au niveau central, par contre, elle reste faible à tous les autres niveaux avec des scores variables allant de 18 sur 100 au niveau DRS, 33 sur 100 au niveau CSRéf(District) et 11 sur 100 au niveau CCom/CsRef avec des scores respectifs de la promotion globale de l'utilisation de l'information de 57%, 44% et 28%. Ces scores faibles observées au

niveau des formations sanitaires CCom/CSRéf sont en partie liés au fait qu'à ce niveau, les agents ne se sentent pas concernés par les analyses et les discussions sur les données, a fortiori leur utilisation. Ainsi les agents se contentent juste de la transmission des rapports et de l'offre de soins.

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 CCom et CSRef comme sources d'information primaires, la performance globale du SLIS **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 SLIS 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. Recommandations à court terme : il faudra:

- Veiller à l'utilisation systématique des outils standards de collecte et de transmission du SISR ;
- Développer des outils de supervision standards et former les superviseurs à leur utilisation ;
- Renforcer la fréquence et la qualité des supervisons, particulièrement aux niveaux décentralisés pour améliorer non seulement les compétences des agents, mais aussi le niveau de la qualité des données et de l'utilisation de l'information ;
- Développer un manuel opérationnel de normes et procédures de gestion des données ;
- Former les acteurs à l'utilisation du manuel de normes et procédures de gestion du SISR ;
- Renforcer les fonctions critiques de gestion et de support au SLIS pour supporter les activités de formation, de supervision et de suivi de la qualité ;
- Veiller à l'utilisation effective des registres standards et des outils de gestions;
- Former le personnel aux taches reliées au SLIS ;
- Mettre les ordinateurs de la DNS en réseau ;

- Réviser le DESAM pour prendre en compte les dates de réception des fichiers de données « SAUVES » aux niveaux intermédiaires et central;
- Dissocier les programmes et les fichiers du DESAM pour réduire la vulnérabilité de l'application DESAM
- Inclure dans les normes et procédures la question relative à la nomenclature des fichiers « SAUVE » pour favoriser l'archivage et faciliter la traçabilité de ces derniers pour des audits ultérieurs

7.2. Recommandations à moyen terme : il faudra

- Simplifier, harmoniser et alléger les transmissions des données en revenant au rythme mensuel:
- Institutionnaliser et favoriser les instances de discussions pour évaluer les barrières à l'utilisation des données et développer des plans d'action pour les surmonter et améliorer ainsi l'utilisation des données (atelier de revue des données);
- Développer des outils pour vérifier la qualité des supervisions
- Développer un système de support à la décision avec des analyses préprogrammées dans le DESAM pour générer des résultats de base.
- Disposer d'un serveur pour la sauvegarde des données dans un site autre que celui de la DNS.
- Engager les discussions avec les différents sous-systèmes pour réduire le niveau de parallélisme et de fragmentation du SNIS autant que possible ;
- Réfléchir sur la dissociation entre les fonctions de gestion et de planification du CsRef et de celles de fourniture de soins de santé.
- Envisager le passage de l'application ACCESS du DESAM à une application plus performante **telle que DHIS2 permettant de surmonter les faiblesses liées aux limitations d'ACCESS. Cette application répond à une exigence sous régionale (OOAS) au sein de la CEDEAO à travers son document de politique régionale de renforcement du SIS. Il offre des avantages certains de fédérer l'ensemble des sous-systèmes d'une part et de créer un entrepôt de données pour aller dans le sens de l'intégration des données à défaut de l'intégration des sous-systèmes d'autre part.**

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 GLOBAL DE RENFORCEMENT DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE DU MALI " 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 compétents du Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique 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 DNS

DNS:		Date de l'évaluation :					
Nom de l'évaluateur		Nom et fonction de la personne interviewée:					
Transmission des Données							
CQ 1	La DNS garde-t-il une copie des RTAs 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 RTAs soumis par les régions sanitaires pour les trois mois sélectionnés pour l'enquête.	a. T4 2014		b. T1 2013		c.T2 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 DNS enregistre-t-il les dates de réception des RTAs du SISR?	1.Oui		0.Non		Si les dates de réception ne sont pas enregistrées, aller à Q8	
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).							
CQ 7		a. T4 2014		b. T1 2013		c.T2 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 DNS a-t-elle une liste des personnes ou services destinataires des résultats d'analyse des RTAs à une date précise suivant la réception des RTAs provenant des régions sanitaires?	1.Oui		0.No n			

CQ 9	La DNS enregistre-t-elle la date d'envoi des données à temps au MOH?	1.Oui	0. Non			
Exactitude des Données						
CQ 10	Comptez manuellement le nombre des données suivantes dans les RTAs 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
CQ 10 A	Nombre de Malnutrition sévère					
CQ 10 B	Nombre de femmes ayant au moins bénéficié de trois CPN					
CQ 10 C	Nombre de cas de paludisme					
CQ 10 D	Nbre femmes enceintes ayant reçus de doses de VAT					
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 DNS

	Nom de l'évaluateur :			
DNS:	Nom et Titre du répondant et titre:			
Production de rapport SISR				
CU1	Est-ce que la DNS compile les données SISR envoyées par les Régions sanitaires?	1.Oui	0.Non	
CU2	Est-ce que la DNS 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 DNS 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 DNS 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/diagra		

		mme				
		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 DNS a une cartographie (carte sanitaire) des zones desservies?			1.Oui	0.Non	
CU7	Est-ce que la DNS 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 DNS 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 DNS et à un niveau plus élevé			
CU15	Est-ce que le plan d'action annuel de la DNS 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 DNS /l'encadrement supérieur a donné des directives concernant l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non	
CU17	Est-ce que la DNS 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 DNS 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

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							
RQ 1	La DRS garde-t-elle une copie des RTAs de SISR envoyés par les Districts sanitaires?	1.Oui	0.Non				
RQ 2	Quel est le nombre de Districts sanitaire dans la région qui sont censés être inscrites dans le SISR ?						
RQ 3	Quel est le nombre de District sanitaires dans la région qui rapportent vraiment (sont réellement inscrites) dans le SISR						
PDQ 4	Compter le nombre de RTAs soumis par les Districts sanitaires pour les trois trimestres sélectionnés pour l'enquête).	a. T4 2012	b.T1 2013	c.T2 2013			
RQ 5	Quelle est la date-limite pour la soumission du rapport mensuel de SISR par le District sanitaire?	30 du mois qui suit			Si aucune date-limite n'est fixée, écrire non et aller à Q8		
RQ 6	La DRS enregistre-t-il les dates de réception des RTAs du SISR?	1.Oui		0.Non		Si les dates de réception ne sont pas enregistrées, aller à Q8	
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. T4 2012		b. T1 2013(Préciser)		c. T2 2013(Préciser)	
RQ 7	Item	1. Avant date-limite (le 30)	2. Après date-limite (après le 30)	3. Avant date-limite (le 30)	4. Après date-limite (après le 30)	5. Avant date-limite (le 30)	6. Après date-limite (après le 30)
	Nombre de Districts sanitaires						

RQ 8	La DRS a-t-elle une liste des personnes ou services destinataires des résultats d'analyse des RTAs à une date précise suivant la réception des RTAs provenant des structures de santé?	1.Oui	0. Non	
RQ 9	La DRS enregistre-t-elle la date d'envoi des données à temps au niveau national?	1.Oui	0. Non	

Exactitude des Données							
RQ 10	Comptez manuellement le nombre des données suivantes dans les RTAs de SISR pour les trois mois sélectionnés. Comparer les chiffres avec ceux figurant dans la base de données (ordinateur).						
	Item	a. T4 2012 (Préciser)		b. T 1 2013 (Préciser)		c. T2 2013 (Préciser)	
		DESAM sauvé ou RTAs compilés	Ordinateur BDD *	DESAM sauvé ou RTAs compilés	Ordinateur BDD	DESAM sauvé ou RTAs compilés	Ordinateur BDD
RQ 10 A	Malnutrition sévère						
RQ 10 B	Nombre de femmes ayant au moins bénéficié de trois CPN						
RQ 10 C	Nombre de cas de paludisme						
RQ 10 D	Nbre femmes enceintes ayant reçus de doses de VAT						
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, Manuel	2. Oui, par Ordinateur	Si non allez à DQ13		
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	
RQ 13	Est-ce que vous pensez que le manuel de procédure du SISR est facile à utiliser?		1.Oui	0.Non	
RQ 14	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	
RQ 16	Pensez-vous que les outils de technologie de l'information sont difficiles à utiliser?		1.Oui	0.Non	
RQ 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	
RQ 18	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 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 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

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 Districts sanitaires?	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 DU4
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 Trimestriel	4		
RU3b	Rapport hebdomadaire	52		
RU3c	Rapport bilan c/Rapport annuel	1		
RU3d				
RU3e				
RU4	Est-ce que durant les trois derniers mois La DRS a envoyé un rapport de feedback aux Districts sanitaires 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 DU6
	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				
		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, 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 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					
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 services.	1.Oui	0.Non	
	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:			
RU14 a	Gestion du SISR, telle que la qualité des données, le reportage, ou la promptitude.	Oui, observé,	0. Non	
RU14 b	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	
RU14 c	Est-ce qu'ils ont pris des décisions basées sur les discussions ci-dessus ?	Oui, observé,	0. Non	
RU14 d	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	
RU14 e	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 l'utilisation de l'information.	1.Oui	0.Non	
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	
<p>RU20 Bien vouloir donner des exemples sur comment la DRS utilise l'information du SISR pour la gestion du système d'information</p> <p style="text-align: center;">0.Pas d'exemples 1.Oui (les exemples suivent)</p>				

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 province :				
Nom du District:			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 les RTAs 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 le District qui sont censées être inscrites dans le SISR ?			
DQ 3	Quel est le nombre de structures de santé dans le district qui rapportent vraiment (sont réellement inscrites) dans le SISR			
DQ 4	Compter le nombre de RTAs soumis par les structures de santé pour trois mois (sélectionnés par les enquêteurs).	a. T4 2012	b.T1 2013	c.T2 2013
DQ 5	Quelle est la date-limite pour la soumission du RTA SISR par la structure de santé?	25 du mois qui suit		Si aucune date-limite n'est fixée, écrire non et aller à Q8
DQ 6	Le bureau du district enregistre-t-il des dates de réception des RTAs du SISR?	1.Oui	0.Non	Si les dates de réception ne sont pas enregistrées, aller à Q8
Si oui à DQ6, vérifier les dates de réception pour les trois trimestres (le total du nombre reçu avant et après la date limite devrait être le même qu'en DQ4).				
		a. T4 2012	b. T1 2013	c. T2 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		
DQ 7	Nombre de structures de santé								
DQ 8	Le district a-t-il une liste des personnes ou services destinataires des résultats d'analyse des RTAs à une date précise suivant la réception des RTAs provenant des structures de santé?						1.Oui	0.Non	
DQ 9	Le District enregistre-t-il la date d'envoi des données à temps au niveau provincial/national?						1.Oui	0. Non	
Exactitude des Données									
Comptez manuellement le nombre des données suivantes dans les RTAs de SISR pour les trois mois sélectionnés. Comparer les chiffres avec ceux figurant dans la base de données (ordinateur).									
DQ 10	Item	a. Mois (Préciser)		b. Mois (Préciser)		c. Mois (Préciser)			
		manuel	Ordinateur *	Manuel	Ordinateur	manuel	Ordinateur		
DQ 10 A	Malnutrition sévère								
DQ 10 B	Nombre de femmes ayant au moins bénéficié de trois CPN								
DQ 10 C	Nombre de cas de paludisme								
DQ 10 D	Nbre de femmes enceintes ayant reçus de doses de VAT								
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 mensuel est compliqué et difficile à suivre ?		0.Oui	0.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 Partiellement	2.Oui complètement	0.Non	

* Si pas d'ordinateur utilisez le rapport de synthèse

Outil de diagnostic de la performance du SISR
A.6 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 aller à DU4
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	Rapport trimestriel			
DU3b	Rapport hebdomadaire			
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 observer
Affichage de l'information				
DU5	Est-ce que le bureau du District affiche les données suivantes ? Oui /__/ Non /__/ 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	
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 non aller à DU10
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 services.			1.Oui	0.Non	

	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.	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	1.Oui	0.Non	

	des directives concernant l'utilisation de l'information.			
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.			

Outil de diagnostic de la performance des SISR

A7. Evaluation de la qualité des données : Formulaire de la structure de santé

Nom et fonction de la personne interviewée:

Province/région						
District				Date		
Nom de l'Évaluateur						
Structure de santé						
Enregistrement des données						
FQ1	La structure de santé garde-t-elle une copie des RTAs du SISR envoyés au niveau supérieur ?	1.Oui	0.Non	Q4		
FQ 2	Comptez le nombre de RTAs de SISR qui ont été gardés au niveau de la structure de santé pendant les 12 derniers mois					
FQ 3	La structure 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						
<p>Trouvez l'information suivante pour les trois trimestres sélectionnés dans les registres 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 aux chiffres figurant dans les rapports mensuels.</p>						
FQ 4	Item	a. T4 2012		b. T1 2013		c. T2 2013
		# du registre	# du rapport	# du registre	# du rapport	# du registre
FQ 4A	Malnutrition sévère					
FQ 4B	Nombre de femmes ayant au moins bénéficié de trois CPN					
FQ 4C	Nombre de cas de paludisme					
FQ 4D	Nbre femmes enceintes ayant reçus de doses de VAT					

FQ 5	Avez-vous reçu une directive de l'Encadrement Supérieur/Bureau du district 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 mensuels/ trimestriels complètement?	1. Oui, observé.	0. Non	
	5C	Soumettre le rapport à la date indiquée?	1. Oui, observé.	0. Non	
FQ 6	Avez-vous reçu une directive de l'Encadrement Supérieur/Bureau du district 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/trimestriels complètement	1. Oui, observé.	0. Non	
	6C	Si vous ne soumettez pas les RTAS/ à temps	1. Oui, observé.	0. Non	
Complétude des Données					
FQ 7	Quel est le nombre de données dans le rapport mensuels/trimestriel 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 : _____ ; CREF			Mois a	Mois b
					Mois c
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 mois dernier.				
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 ses 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

A8. Evaluation de l'Utilisation de l'information Sanitaire - Formulaire du service de santé

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	Rapport mensuel			
FU3b	Rapport trimestriel			
FU3c	Rapport hebdomadaire			
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 par les structures 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 sanitaire de la zone desservie ?			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 à 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 mensuelles 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 l'utilisation de services, la surveillance, la couverture du service, ou la rupture des stocks des médicaments.	Oui , observé,	0. Non	
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 province/national 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 mensuels/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	
FU20: Bien vouloir donner des exemples sur comment la structure de santé utilise l'information du SISR pour la gestion du système de santé				
0.Pas d'exemples 1.Oui (les exemples suivant)				

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	0.Non observé	
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	

A9. Outil d'évaluation de la gestion des SISR

(Observation au niveau de la structure de santé et aux 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 mensuels/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 formation en SISR ?	0.Non	1. Oui

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 mensuels/trimestriels du SISR	0.Non	1. Oui
MATF4	Présence d'un plan financier à long terme pour soutenir les activités du SISR	0.Non	1. Oui

9.10 Outil d'Évaluation 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/province /DSNIS

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

(Ajuster les catégories au pays hôte)

1. DG Provincial
2. Personne focale du SNIS Provincial
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 fautive, 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 region/District/Structures de santé, les décisions sont basées sur

	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 Province/Districts /structures de santé, les supérieurs

S1. Cherchent le feedback des personnes concernées

1 2 3 4 5 6 7

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
Forte ment en désaccord							
Pas d'accord							
Partiellement en désaccord							
Neutre							
Partiellement D'accord							
D'accord							
Fortement d'accord							

Dans votre Province/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 SNIS 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
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

Dans votre Province/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'ennuit 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 que l'on m'impose

1 2 3 4 5 6 7

BC6. Collecter des informations est apprécié par mes collègues et supérieurs

1 2 3 4 5 6 7

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, EDO Santé, a lu un récent rapport de district sur la qualité des données et en a été très troublé. “Il faut que j’agisse”, a-t-il lâché à haute voix. Il s’est mis à faire les cents pas, tout en réfléchissant aux futures actions qu’il mènerait pour améliorer la qualité des données. 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 améliorer la qualité des données.

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 à 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

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.

A 11. Outil d'Évaluation Organisationnelle et Comportementale

(A remplir par les agents et cadres du niveau central)

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/province /DSNIS

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

(Ajuster les catégories au pays hôte)

1. DG Provincial
2. Personne focale du SNIS Provincial
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 fautive, 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 niveau de la DSNIS 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 niveau de la DNS , les supérieurs

S1. Cherchent le feedback des personnes concernées

1 2 3 4 5 6 7

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

reguliers 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
------------------------	--------------	----------------------------	--------	------------------------	----------	--------------------

Au niveau de la DNS, 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 SNIS 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 niveau de la DNS , 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 /reconnaît 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'ennuit

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 que l'on m'impose

1 2 3 4 5 6 7

BC6. Collecter des informations est apprécié par

mes collègues et supérieurs

1 2 3 4 5 6 7

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 classes d'âge des patients

1.

2.

3.

U1C. L'origine des patients

1.

2.

3.

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

- 1.
- 2.
- 3.

Une équipe d'évaluation du fond Mondial a relevé des écarts important 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 à 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.

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	$[\text{DU3A3}]/[\text{DU3A2}]*100; [\text{DU3B3}]/[\text{DU3B2}]*100$; $[\text{DU3C3}]/[\text{DU3C2}]*100$; $[\text{DU3d3}]/[\text{DU3d2}]*100$ $[\text{DU3e3}]/[\text{DU3e2}]*100$	50	50	0-100
% rapports actuels sur rapport planifiés produits par les structures de santé	FU3a2-d2, FU3a3-d3	$[\text{FU3A3}]/[\text{FU3A2}]*100;$ $[\text{FU3B3}]/[\text{FU3B2}]*100$ $[\text{FU3C3}]/[\text{FU3C2}]*100;$ $[\text{FU3d3}]/[\text{FU3d2}]*100$			
% 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	$(\text{FQ9a}+\text{FQ9b}+\text{FQ9c}+\text{FQ9d})/4*100$ $([\text{DU9A}]+[\text{DU9B}]+[\text{DU9C}]+[\text{DU9D}])/4*100$	50	50	0-100
% of facilities/districts reporting meetings with discussion on RHIS data	FU14a-b DU14a-b	$(\text{FQ14a}+\text{FQ14b})/2*100$ $([\text{DU14A}]+[\text{DU14B}])/2*100$	50	50	0-100
% of facilities/districts reporting decisions based on RHIS information	FU14c-d DU14c-d	$(\text{FQ14c}+\text{FQ14d})/2*100$ $([\text{DU14C}]+[\text{DU14D}])/2*100$	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 DU15, 16, 17,18	$\frac{([FU15]+[FU16]+[FU17]+[FU18])}{4} \times 100$ $\frac{([DU15]+[DU16]+[DU17]+[DU18])}{4} \times 100$	50	50	0-100
% of example of information use	FU20	Fréquence			

B3 : Outil Diagnostic – 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($([DU5C21]+[DU5C22]+[DU5C2$			

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

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					
Qualité de la supervision du SISR	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 SLIS, Décembre 2013

C.1. Liste des enquêteurs, superviseurs et équipes

	Prénom	Nom	Fonctions
1	Mme TOURE Bintou	KONE	Superviseur National
2	Mme DIALLO Rokia	DIAKITE	Superviseur national
3	Dr Mamoutou	DIABATE	Coordonnateur national
4	Dr Saidou	COULIBALY	Agent de collecte
5	Dr Oumar	GUINDO	Agent de collecte
6	Dr Moussa	TRAORE	Superviseur interne
7	Dr Sira	NIA MBELE	Agent de collecte
8	Modibo	KEITA	Agent de collecte
9	Soumaila	DOLLO	Superviseur interne
10	Alhadji	TOURE	Agent de collecte
11	Cheick Cherif	CAMARA	Agent de collecte
12	Zibada	CISSE	Agent de collecte6
13	Brahima	Dolo	Agent de collecte
14	Dr Famoussa	SIDIBE	Agent de collecte
15	Issa	DIARRA	Agent de collecte
16	Mamou	KABA	Agent de collecte
17	Kaledou	DOUMBIA	Superviseur interne
18	Mamadi	DIABATE	Superviseur interne
19	Mohamedine Aly	MAIGA	Superviseur interne
20	Dr Issa	MALE	Agent de collecte
21	Yaya	TOGO	Superviseur interne
22	Ousmane	TOURE	Superviseur interne
23	Dr Mamadou Alimou	BARRY	MEASURE Evaluation
24	Moussa	TRAORE	MEASURE Evaluation
25	Dr Mounkaila Abdou	BILLO	MEASURE Evaluation
26	MOUSSA	Ly	MEASURE Evaluation

C2. Répartition des groupes d'enquêteurs et de superviseurs

Prénom	Nom	N° Télé	Région
Groupe 1 :			<u>Kayes</u>
Dr Issa	Malet	76458931	<ul style="list-style-type: none"> • Dr Mamadou Alimou BARRY • Mme TOURE Bintou KONE
Mamou	KABA	79 13 08 95	
Kaledou	Doumbia	66 05 69 03	
Groupe2 :			<u>Sikasso</u>
Dr Famousa	SIDIBE	76 29 27 80	<ul style="list-style-type: none"> • Dr Mounkaila ABDOU • Mme Diallo Rokhaya DIAKITE
Zibada	CISSE	65 72 10 40	
Mohamedine Aly	MAIGA	63 12 12 63	
Groupe3 :			<u>Mopti</u>
Dr Saidou	COULIBALY	69 38 77 00	<ul style="list-style-type: none"> • M. Moussa TRAORE • Dr Mamoutou DIABATE
Brahima	Dolo	76 23 62 64	
Yaya	TOGO	76 24 75 97	
Aladji	TOURE	65 66 58 00	
Groupe4 :			<u>Ségou</u>
Dr Oumar	GUINDO	76 44 01 86	<ul style="list-style-type: none"> • M. Moussa TRAORE • Dr Mamoutou DIABATE
Issa	DIARRA	76 30 02 85	
Mamadi	DIABATE	74 78 70 36	
Groupe5 :			<u>Koulikoro</u>
Dr Moussa	TRAORE	76 18 91 17	<ul style="list-style-type: none"> • Dr Alimou BARRY • Mme TOURE Bintou KONE
Cheick Cherif	CAMARA	76 33 92 28	
Mme DIALLO Rokia	DIAKITE	66 79 95 24	
Groupe6			Bamako
Dr Sira	NIA MBELE	78 20 32 73	<ul style="list-style-type: none"> • Dr Mounkaila ABDOU • Mme Diallo Rokhaya DIAKITE
Soumaila	DOLLO	66 98 34 94	
Modibo	KEITA	76 26 25 24	
Ousmane	TOURE	66 75 37 30	

C3. Liste des participants USAID, MEASURE Evaluation

	Prénom	Nom	Fonction
1	M. Souleymane	SOGOBA	Coordonateur (USAID Mali)
2	Dr Alimou	BARRY	Directeur Scientifique (MEASURE Evaluation JSI, UNC)
3	Dr Mounkaïla Abdou	BILLO	Coordonateur MEASURE Evaluation ICF)
4	Dr. Moussa	LY	Coordonateur MEASURE Evaluation JSI, Arlington
5	M. Moussa	TRAORE	Coordonateur Associé (MEASURE Evaluation JSI Côte d'Ivoire)
6	Dr Jean-Marie	N'GBICHI	Coordonateur Admin/financier (MEASURE Evaluation ICF, Mali)
7	Mlle Kadji Abdoulaye	KOITA	Appui Logistique (MEASURE Evaluation ICF, Mali)