FISTULA CARE

Evaluation des services de traitement et de prévention des fistules au niveau de la structure: Outil d'évaluation de la structure

Révisé

12-12-2012

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, NY 10001, USA
Téléphone: 212-561-8000, Fax: 212-561-8067, Email: fistulacare@engenderhealth.org

Evaluation des services de traitement et de prévention des fistules par la structure: Un outil pour les administrateurs et les prestataires de services

(Noter: le format de papier A4 est celui par défaut)

Section 1 Services de Gestion/Administratifs et Généraux de la Structure

Réservé au Bureau

Installation ID			
Etat ID			
Departement ID			

Nom de la Structure Sanitaire _____

Adresse de la Structure Sanitaire _____

Etat……

Département……

001 Source de la plupart des fonds remis à la structure en général

Gouvernement ……1 Etat…… 2 Clients payants 3

Financement privé /donateurs ……4 Institution caritative/ Hôpital de mission …. 5

Autres (spécifier) _____6

002 Source de la plupart des fonds destinés aux services de traitement et de prévention des fistules

Gouvernement ……1 Etat…… 2 Clients ……. 3

Financement privé /donateurs ……4 Institution caritative/ Hôpital de mission …. 5

Autres (spécifier) _____6

003 Autre source de soutien en espèces ou nature (individus ou organisations):

004 Type de Structure Sanitaire

Poste de Santé/Dispensaire/Centre des Santé de type 2 1
Centre de Santé de type 3.....2
Hôpital Secondaire ou spécialisé (Hôpital de référence de District/Province) …….. 3
Hôpital Tertiaire/universitaire/ De référence national 4
Simple maternité 5
Hôpital pour femmes et enfants……6
Simple Centre de Réparation des fistules.....7
Autres:.....8

005 Appartenance

MSP…..…1
Etat ….……2
Privée...…...3
Autres_____……4

006 Localisation de la structure

Rurale……..1
Urbaine...…..…….. 2
Péri urbaine…….3

007 Cadre professionnel des personnes interrogées

Médecin Spécialiste 1
Médecin Non-spécialiste..... 2
Infirmier..... 3
Infirmier Auxiliaire..... 4
Sage femme..... 5
Administrateur…… 6
Autres ……... ……. 7

008 Position de la personne interrogée

Une des personnes interrogées est aussi responsable de la structure…… 1
Au moins une des personnes interrogées est un chirurgien de la fistule……2

Au moins une des personnes interrogées est un formateur dans le domaine de la fistule…… 3

Nom de l'enquêteur _____

Date (mm/jj/aa): _____

VUE D'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE : ADMINISTRATION ET SERVICES				
(a) Enquêteur	**A L'ARRIVEE DANS CETTE STRUCTURE SANITAIRE, REPONDEZ AUX QUESTIONS 100 - 103 SUR LA BASE DE VOS OBSERVATIONS.**			
100	(b) A quelle heure êtes- vous arrivé dans la structure ?	Jour: Temps: Heure Min		
101	(c) La structure était-elle ouverte à votre arrivée ?	Oui ..... Non.....		
102	Y-a-il des signalisations comme des affiches clairement visibles en dehors et à l'intérieur de la structure indiquant la disponibilité des services listés ci-dessous ?			
	Services	Oui	Non	Indéterminé
a	Planning familial	1	2	9
b	Traitement des fistules	1	2	9
c	IST/VIH/SIDA	1	2	9
d	CDV	1	2	9
e	PMTCT	1	2	9
f	Soins prénataux	1	2	9
g	Maternité/ prise en charge des accouchements	1	2	9
h	Soins Postnataux	1	2	9
i	Services de Soins Apres Avortement (SAA)	1	2	9
j	Services de Santé de la Reproduction pour hommes	1	2	9
k	Autres (préciser)	1	2	9

Services (continué)		Oui	Non	Indéterminé
103	Y-a t-il des brochures/dépliants sur les services listés ci-dessous que l'on peut emporter ?			
a	Planning familial	1	2	9
b	Traitement des fistules	1	2	9
c	IST/VIH/SIDA	1	2	9
d	Grossesse et/ou Soins Prénataux	1	2	9
e	Préparation à l'accouchement/préparation aux urgences pendant la grossesse	1	2	9
f	Travail et accouchement	1	2	9
g	PTME CDV	1	2	9
h	Soins postnataux	1	2	9
i	SAA	1	2	9
j	MGF, ablation du clitoris, pratiques traditionnelles nocives	1	2	9
k	Relations genre/équité	1	2	9
l	Les hommes comme partenaires en santé de la reproduction	1	2	9

Enquêteur	TROUVER LA PERSONNE PRESENTE DANS LA STRUCTURE SANITAIRE ET QUI EN EST RESPONSABLE. LISEZ-LUI LE MESSAGE CI-DESSOUS :		
	Bonjour, je m'appelle.....…Je représente le projet « Fistula Care » mis en œuvre par EngenderHealth, une ONG internationale de la santé reproductive. Nous faisons une évaluation en vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de traitement des fistules dans votre zone. Cette interview se fait dans le cadre de cette évaluation, et j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de cette structure sanitaire. Il n'y a aucun risque si vous acceptez de participer à cette étude. Au contraire, elle pourrait vous être bénéfique, en nous aidant à améliorer les services de cette structure sanitaire. Toutes les informations que vous me donnerez seront tenues confidentielles ; votre nom ne sera pas mentionné et vous ne serez identifié en aucun cas. Votre position, actuelle et future, dans cette structure sanitaire ne sera affectée en aucune manière. Si vous acceptez de participer, cette interview ne durera approximativement qu'une heure et demie. Votre participation est absolument volontaire, et il n y aura aucune pénalité si vous refusez d'y prendre part. Vous êtes libre de poser toutes questions ; vous pouvez refuser de participer à cette évaluation; vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question de l'interview ; et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment. Avez-vous des questions? Ai-je votre accord de participation ? (Si l'enquêté est d'accord, alors vous pouvez commencer l'interview). **NOTER : Vous pourriez avoir besoin d'interviewer plus d'une personne, puisqu'il y'a des questions sur les services de traitement des fistules, de maternité et de planification familiale.**		
	Signature de l'enquêteur (Indique que l'interviewer a lu le formulaire de consentement avisé et que l'enquêté a accepté de participer)	_____ Date	
104	Puis-je commencer l'interview ? ☐ 1. Oui ☐ 2. Non	**Si NON, alors arrêtez, remerciez l'enquêté pour sa disponibilité et libérez le.**	

	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES ET INSTALLATIONS DE LA STRUCTURE SANITAIRE				
105	**Quels services sont offerts dans cette structure sanitaire ? Enquêteur : APRES AVOIR POSE LA QUESTION 105, ENCERCLEZ CHAQUE SERVICE MENTIONNE SPONTANEMENT PAR LE REPONDANT. ENSUITE SONDEZ POUR LES SERVICES QUI N'ONT PAS ETE MENTIONNES.**				
	Services	**Oui**	**Non**	**Ne sait pas**	
	Le counseling préventif pour la cliente souffrant de fistule	1	2	9	
	Référence de la cliente souffrant de fistule	1	2	9	
	Réparation de la fistule	1	2	9	
	Le counseling en planning familial.	1	2	9	
	Services de planning familial	1	2	9	
	Références en planning familial	1	2	9	
	Soins prénataux	1	2	9	
	Accouchements normaux	1	2	9	
	Soins obstétricaux d'urgence, mais pas 24/7	1	2	9	
	Soins obstétricaux d'urgence 24/7	1	2	9	
	Soins post-nataux	1	2	9	
	Soins après avortement	1	2	9	
	Le counseling et management en IST/VIH/SIDA	1	2	9	
	Services afférant aux disfonctionnements sexuels	1	2	9	
	Services de Santé de la Reproduction (SR) pour les hommes	1	2	9	
	Soins infirmiers de routine disponibles 24h/24, 7 jours par semaine pour les patientes hospitalisées.	1	2	9	
	Autres (spécifier)				
106	La structure sanitaire dispose t- elle d'électricité ?	Oui…….....1 Non.....0			
	Si la structure sanitaire a de l'électricité, comment cette électricité est-elle fournie ?	a) Bloc opératoire… secteur … générateur…. b) Pavillon …secteur…….générateur c) Foyer…..secteur…….générateur d) Centre de récupération…..secteur…générateur			
107	Cette structure a-t-elle de l'électricité aujourd'hui ?	Oui…….....1 Non.....0			
108	Quelle est la principale source de l'eau utilisée aujourd'hui dans cette structure ? **ENQUÊTEUR: LIRE À HAUTE VOIX TOUTES LES REPONSES MAIS N'ENCERCLER QU'UNE SEULE.**	Eau courante par canalisation externe à la structure……..1 Forage ou puits profond……2 Puits peu profond/ordinaire……3 Eau de ruissellement/de rivière……4 Système de captage des eaux de pluie…5 Autres (spécifier) _____7			

	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES ET INSTALLATIONS DE LA STRUCTURE SANITAIRE				
109	L'eau est –elle stockée avant d'être utilisée ? **Enquêteur: DEMANDEZ A VOIR OU L'EAU EST STOCKEE POUR CONFIRMER LE DISPOSITIF. Plusieurs réponses permises**.	0 Non 1 Oui, dans des réservoirs 2 Oui, dans des seaux 9 Ne sais pas 3 Autre (spécifier)			
110	Cette structure sanitaire a-t-elle un téléphone?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas.....9			Si NON passer à **➔112**
111	Le téléphone fonctionne-t-il aujourd'hui? Si seulement dans certains départements, encercler 3	Oui.....1 Non.....2 ……3 Ne sais pas.....9			
112	Cette structure sanitaire a-t-elle accès à Internet?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas.....9			Si NON, passer à **➔114**
113	L'Internet est-il accessible aujourd'hui?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas.....9			
114	La structure dispose t- elle de matériels de formation en traitement des fistules?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas.....9			
115	La structure dispose t- elle de matériels de formation en planification familiale?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas.....9			
116	La structure dispose t- elle de matériels de formation en SOU?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas……9			
117	La structure dispose t- elle de matériels de formation en accouchement par césarienne?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas.....9			
118	Des équipements pour dispenser une formation sont-ils disponibles ?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas.....9			
	Si OUI, les équipements suivants sont-ils disponibles pour utilisation lors des formations ? Interviewer : lire à voix haute la liste et encercler la réponse pour chaque article listé ci-dessous.				
		Oui	Non	Ne sait pas	
	A Tableau noir/blanc	1	2		
	b Chevalet / papier et socle	1	2		

	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES ET INSTALLATIONS DE LA STRUCTURE SANITAIRE				
	c Ecran de projection	1	2	9	
	d Projecteur de transparents	1	2	9	
	e Bibliothèque/ matériel de référence	1	2	9	
	f Photocopieur	1	2	9	
	g LCD	1	2	9	
	h Cassette de formation	1	2	9	
	i Ordinateur	1	2	9	
	j vidéo/TV	1	2	9	
	k camera + pieds	1	2	9	
	l Planches anatomiques	1	2	9	
	m Imprimante	1	2	9	
	n CD/ DVD	1	2	9	
	o autre e.g. meubles, armoires	1	2	9	
119	**Y a-t-il d'autres besoins en équipements/matériels de formation ? Si oui, spécifier**	Oui.....1 Non.....0			

NUMER0	CAPACITE DU PRESTATAIRE EN SERVICES DE LA FISTULE, DE PF ET DE MATERNITE				OBSERVATIONS/ PASSER A
120	**Combien d'employés, pour chaque catégorie de personnel, offrent des services de prévention, de traitement et de réintégration de la fistule ?** **Enquêteur : LISEZ LES TYPES DE PERSONNELS LISTES CI-DESSOUS. COMPTEZ TOUS LES MEDECINS ET INFIRMIERS, SPECIALISTES OU PAS. CODEZ 00 S'IL N'Y EN A PAS, ET 88 POUR NE SAIS PAS.**				
		A plein temps	**A temps partiel**	**Visiteurs**	
	a. Médecins généralistes….				
	b. Chirurgiens				
	c. Urologues				
	d. Obs. /gynécologues				
	e. Infirmières de pavillons des fistules/Sages femmes formées aux fonctions pré et post opératoires de soutien de la chirurgie des fistules				
	f. Infirmiers/sages femmes de bloc opératoire				
	g. Responsables cliniques ou assistants cliniciens				
	h. Anesthésistes				
	i. Conseillers en planification familiale				
	j. Assistant Social				
	k. Physiothérapeutes				
	l. Autres:				
122	**Combien d'employés sont formés dans les domaines suivants (ENQUÊTEUR: Lire chaque domaine. Ensuite, demander si du personnel supplémentaire est nécessaire pour un des domaines listés ci-dessous. Enregistrer le nombre de personnel nécessaire pour chaque service. Coder 0 si aucun n'est nécessaire).**				
		Nombre personnes formées	**Nombre de personnes ayant besoin de formation**		
a	Infirmiers pour la gestion des soins pré et post opératoires des fistules				
b	Infirmiers de bloc / intra opératoire pour la chirurgie des fistules				
c	Compétences en anesthésie des fistules				
d	Physiothérapie				
e	Counseling en fistule				
f	Counseling de planification familiale				
g	Counseling en PF postpartum				

NUMER0	CAPACITE DU PRESTATAIRE EN SERVICES DE LA FISTULE, DE PF ET DE MATERNITE			OBSERVATIONS/ PASSER A
h	Autres counseling de SR (préciser) Ex : VIH/IST			
i	Prévention des Infections			
j	Amélioration de la qualité			
k	Implication des hommes en tant que partenaires dans la santé reproductive			
l	Assistance sociale / mobilisation communautaire			
m	Autres (spécifier)			
123	**Y a-t-il un système permettant au personnel de transférer les connaissances et compétences acquises au cours d'une formation ?**		☐ 1. Oui ☐ 2. Non	

Numéro	PROGRAMME D'EXTENSION – ETABLISSEMENT GENERAL				Commentaires/Passer à
124	Cette structure dispose t-elle de son propre programme d'extension/rattachement communautaire ? (Dans un programme d'extension, le personnel de la structure se déplace régulièrement vers les communautés pour fournir les services et IMPLIQUER la communauté)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non			
	Si NON, y a- t- il en partenariat avec une quelconque organisation pour mener des activités d'extension ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non			Si Non, Passer à 132
125	**Lesquels des messages/services suivants destinés à impliquer la communauté figurent dans votre programme d'extension? LIRE LA LISTE A HAUTE VOIX ET ENCERCLER CHACUN DES MESSAGES/SERVICES MENTIONNES PAR LA PERSONNE INTERROGEE**				
	☐ 1. Accouchement par un prestataire compétent dans une structure aménagée ☐ 2. Services de planification familiale ☐ 3. Consultation prénatale ou visite à domicile des femmes enceintes ☐ 4. Distribution de matériels d'IEC sur l'opération de la fistule ☐ 5. Education des filles jusqu'à la fin du cycle secondaire ☐ 6. Retarder les grossesses précoces pour la survie de la mère et de l'enfant	☐ 7. Rôle des hommes pour faciliter l'accès des femmes à l'accouchement sans risque ☐ 8. Visite à domicile des femmes soufrant de fistules ☐ 9. Réintégration des femmes après la réparation ☐ 10. Education Sanitaire ☐ 11. Autres (spécifier)…….. ☐ 88. Question sautée			
126	A quelle fréquence le programme d'extension a-t-il été appliqué au cours du dernier trimestre?	(Nombre)_____ ☐ 77. Nombre variable ☐ 88. Question sautée ☐ 99. Ne sais pas			
127	Quelles sont les sources des références vers la structure? (Cocher toutes celles qui s'appliquent)	☐ 1. Autres femmes ayant fait l'objet de réparation ☐ 2. Autres structures sanitaires ☐ 3. Médias ☐ 4. Communauté et/ou famille ☐ 5. Autres ☐ 8. Question sautée			
128	Quel type de rétro-information (feedback) est donné à la source faisant la référence pour les références de cas de fistule ? (Préciser)				
129	Vers quelle structure les cas compliqués de fistule sont-ils envoyés en référence ?				
		Oui	Non	Ne sais pas	

Numéro	PROGRAMME D'EXTENSION – ETABLISSEMENT GENERAL				Commentaires/Passer à
130	**Cette structure a-t-elle dispensé une formation à des travailleurs de santé communautaire dans les thèmes suivants au cours de l'année écoulée? ENQUETEUR : Lire chaque thème et encercler la bonne réponse.**				
	a. Grossesse, travail et accouchement sans risque	1	2	9	
	b. Planification de l'accouchement, préparation aux urgences dans la grossesse	1	2	9	
	c. Reconnaissance des signes d'alerte pendant la grossesse, le travail et le travail prolongé	1	2	9	
	d. Pratiques traditionnelles nocives	1	2	9	
	e. Planification familiale	1	2	9	
	f. Question sexospécifique, relations de genre, égalité de genre	1	2	9	
	g. Autres (spécifier)	1	2	9	
131	Est-il nécessaire pour cette structure de mener d'avantage d'activités d'extension au sein de la communauté?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 8. Question sautée Si oui: Préciser le type d'activité Préciser l'objectif principal de l'activité			
132	Dans cette structure, y a-t-il des activités spécifiques d'animation à l'intention des employés ne travaillant pas avec les clientes de la fistule en vue d'accroître leur connaissance des questions relatives aux services de traitement de la fistule ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non Si oui, préciser…….			
133	Dans cette structure, y a-t-il des activités spécifiques d'animation à l'intention des employés ne travaillant pas avec les clientes de la fistule qui devraient être menées pour impliquer ces derniers dans les activités de traitement ou de prévention de la fistule?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non Si oui, préciser …….			

NUMÉRO	GESTION & QUALITE – ETABLISSEMENT GENERAL		Commentaires/Aller à
134	Cette structure possède t-elle un système formel de revue des questions de gestion ou d'administration?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non/ Ne sais pas, passer à 136

NUMÉRO	GESTION & QUALITE – ETABLISSEMENT GENERAL		Commentaires/Aller à
135	Quelle est la fréquence des réunions et discussions formelles pour débattre des questions de gestion ou d'administration de la structure? (Cocher une réponse)	☐ 1. Hebdomadaire ☐ 2. Mensuel ☐ 3. Trimestriel ☐ 4. Semestriel ☐ 5. Autre (spécifier) _____ ☐ 8. Question sautée ☐ 9. Ne sais pas	
136	Cette structure tient-elle des réunions formelles pour surveiller la qualité des services qu'elle offre?	☐ 1. Oui ..... ☐ 2. Non ..... ☐ 9. Ne sait pas	Si non/Ne sais pas, passer à 138
137	A quand remonte la dernière réunion de ce genre?	☐ 1. Au cours des trois derniers mois ☐ 2. Entre 3 et 6 mois ☐ 3. Il y a plus de 6 mois ☐ 8. Question sautée ☐ 9. Ne sait pas	
138	Y a-t-il des outils ou approches formels utilisés dans les activités visant l'amélioration de la qualité? **ENQUETEUR: Sonder par le biais de la méthode COPE, la supervision de facilitation, l'amélioration de la performance ou d'autres outils d'amélioration de la qualité**	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas Si oui, préciser	
139	Au cours des deux derniers trimestres, la structure a-t-elle établi un plan d'action pour l'amélioration de la qualité?	☐ 0. Non ☐ 1. Oui mais le plan n'a pas été montré à l'enquêteur ☐ 2. Oui et le plan a été montré à l'enquêteur	
140	Existe-t-il un système en place permettant de déterminer l'opinion de la cliente sur la structure sanitaire ou sur les services?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	Si non/ Ne sais pas, passer à **142**
141	Quel système existe-t-il pour déterminer l'opinion de la cliente sur la structure sanitaire ou sur les services? **Enquêteur: Ne pas souffler, cocher chaque réponse donnée (plusieurs réponses possibles)**	☐ 1. Boite à idées ☐ 2. Formulaire d'enquête de la cliente ☐ 3. Interview de la cliente ☐ 4. Autres (préciser) _____ ☐ 8. Question sautée ☐ 9. Ne sais pas	
142	Les membres de la communauté participent-ils systématiquement aux réunions sur l'amélioration de la qualité organisées dans la structure?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	

NUMÉRO	GESTION & QUALITE – ETABLISSEMENT GENERAL		Commentaires/Aller à
143	Avez-vous (ou d'autres personnes dans cette structure ont-elles) cherché à faire participer un membre de la communauté ou un groupe communautaire dans un quelconque programme lié à la santé au cours de l'année écoulée? **Sonder par le biais de la méthode COPE pour les communautés ou par d'autres mécanismes locaux d'amélioration de la qualité (AQ) s'il en existe.**	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
144	Des membres ou groupes communautaires, vous ont-ils contacté personnellement, ou contacté cette structure, avec des idées sur la participation de la communauté aux programmes liés à la santé?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
145	Combien de fois avez-vous (ou d'autres prestataires de services de santé dans cette structure ont-ils), participé aux activités de santé communautaire (telle que l'éducation, les campagnes ou l'animation communautaires)?	☐ 1. Jamais ☐ 2. Une fois par an ☐ 3. Deux fois par an ☐ 4. Trois fois par an ☐ 5. Tous les deux mois ☐ 6. Une fois par mois (ou plus fréquemment) ☐ 7. Autre (préciser) _____ ☐ 9. Ne sais pas	
146	Enumérer les types d'archivage utilisés dans cette structure? COCHER TOUS LES TYPES QUI S'APPLIQUENT.	(NOTER: les dossiers sont-ils bien conservés, état général, confidentialité, consentement, aptitude à satisfaire les critères des indicateurs) B= Bien; P= Passable ; M= Médiocre ; NO= Non Observé a) état général b) Information sanitaire complète c) confidentialité d) Consentement e) adéquation avec les indicateurs	Commentaires

NUMÉRO	GESTION & QUALITE – ETABLISSEMENT GENERAL					Commentaires/Aller à
	Etat Général	*Complétude*	*Confidentialité*	*Consentement*	*Aptitude à satisfaire les critères des indicateurs*	
☐ A. Dossier client						
☐ B. Registre des admissions						
☐ C. Registre des sorties						
☐ D. Registre du bloc opératoire						
☐ E. Passation des rondes/infirmières						
☐ F. Autres (spécifier)…..						
147	Y a-t-il un mécanisme régulier, formel pour examiner les dossiers des clientes et les statistiques des prestations dans cette structure?			☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas		
148	A-t-on utilisé les statistiques de services pour la prise de décision relative aux prestations au cours des 2 derniers trimestres?			☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas		
149	Existe-t-il des standards, protocoles, normes ou directives pour la supervision, écrits disponibles et facilement accessibles dans cette structure?			☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas		
150	Existe-t-il des tâches écrites pour chaque cadre de prestations de services de soins de la fistule ?			☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas		
151	La structure dispose-t-elle de protocoles et de matériels de référence écrits pour la fourniture des services de fistule?			☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas		

NUMÉRO	GESTION & QUALITE – ETABLISSEMENT GENERAL		Commentaires/Aller à
152	La structure dispose t-elle des matériels spécifiques suivants? **(Lire la liste et cocher tout ce qui mentionné)**	☐ 1. Directives de l'OMS sur les programmes de fistule ☐ 2. Programme de formation des chirurgiens sur la fistule ☐ 3. Programme de formation des infirmières sur la fistule ☐ 4. Directives sur l'anesthésie en chirurgie de la fistule. ☐ 5. Manuel de counseling sur la fistule, Manuel sur l'amélioration de la qualité. ex. COPE ☐ 6. Autres (préciser)	
153	La structure possède t-elle des protocoles et des matériels de référence écrits pour les SOU, y compris les césariennes?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas Si oui, lister les principaux matériels de SOU: _____ _____ _____	
154	La structure possède t-elle des protocoles et documents de référence écrits pour la planification familiale ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas Si oui, lister les principaux matériels de planification familiale: _____ _____ _____	
155	La structure dispose t-elle d'aides de travail sur la fistule pour les prestataires de services?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
156	La structure dispose t-elle d'aides de travail de SOU?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
157	La structure dispose t-elle d'aides de travail pour la planification familiale ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
158	La structure dispose t-elle d'un personnel d'encadrement clinique compétent pour appuyer et assurer des fonctions chirurgicales pré et post opératoire de qualité de la fistule?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	

Numéro	SYSTEME D'ELIMINATION DES DECHETS – ETABLISSEMENT GENERAL		Commentaires/Aller à
159	La structure dispose t-elle de protocoles/directives écrits pour la prévention des infections (Ex: Manuel de prévention des infections) ou pour l'élimination des objets contaminés?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
160	La structure dispose t-elle d'aides de travail pour la prévention des infections?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
161	La structure a-t-elle mis sur pied un comité pour la prévention des infections?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non/ Ne sais pas, passer à 163
162	A quelle fréquence le comité pour la prévention des infections se réunit-il?	☐ 1. Mensuel ☐ 2. Trimestriel ☐ 3. Semestriel ☐ 4. Annuel ☐ 5. Autres (préciser) ____ ☐ 9. Ne sais pas	
163	A quelle fréquence le personnel reçoit-il des réactualisations sur la prévention des infections?	☐ 1. Mensuel ☐ 2. Trimestriel ☐ 3. Semestriel ☐ 4. Annuel ☐ 5. Autres (préciser) ____ ☐ 9. Ne sais pas	
164	Un des employés de cette structure a-t-il suivi une formation ou un recyclage sur la prévention des infections au cours des TROIS dernières années ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
165	Le site dispose-t-il d'un plan <u>écrit</u> de gestion/élimination des déchets?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
166	Si oui demander à voir le plan Le plan est-il adéquat ? (*Décrit-il toutes les pratiques concernant la manutention, la conservation, le traitement et l'élimination des déchets dangereux et non dangereux, ainsi, que le type de formation/travail requis?)*	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas Si non, préciser _____ _____	Référence: Section élaborée par Fistula Care sur la supervision / le suivi de la gestion des déchets médicaux
167	Quel système d'élimination des déchets médicaux <u>solides</u> possédez-vous ?	Préciser_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ ☐ 9. Ne sais pas	

168	Quel système d'élimination des déchets médicaux liquides possédez-vous ?	Préciser_____ _____ _____ _____ _____ __ ☐ 9. Ne sais pas	

Numéro	SYSTEME D'ELIMINATION DES DECHETS – ETABLISSEMENT GENERAL				Commentaires/ Passer à
		Bloc opératoire		Pavillon	Commentaires
169	Disposez-vous d'un récipient spécial résistant à la perforation; pour les objets tranchants au bloc ou dans les pavillons ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
170	Disposez-vous de containers étanches avec couvercle pour l'élimination des déchets médicaux dans les blocs opératoires et les pavillons ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
171	Utilisez-vous un seau en plastique avec couvercle pour contenir la solution de chlore dans les blocs ou dans les pavillons?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
172	Comment éliminez-vous des articles comme les seringues et les pansements qui peuvent être contaminés ? **Enquêteur: SONDER, AU BESOIN: COCHER UNE SEULE REPONSE.**	☐ 1. Ramassés et jetés à l'extérieur ☐ 2. Brûlés dans un incinérateur ☐ 3. Brûlés à ciel ouvert ☐ 4. Brûlés et enfouis ☐ 5. Jetés dans une décharge ☐ 6. Jetés dans une fosse/latrine ☐ 7. Autres (préciser) _____ ☐ 9. Ne sais pas			
173	Commentaires de l'observateur sur les conditions générales de prévention des infections (pi) dans la structure**. COCHER X SUR LES CONDITIONS DE PI POUR CHAQUE SECTION DE LA STRUCTURE VISITEE.** *(N/A: non applicable* *N/O: non observé*)	**Bonne**	**Bonne/ pourrait être améliorée**	**Médiocre**	**Commentaires**
a	Structure				
b	Pavillon de fistule				
c	Bloc opératoire				
d	Salle de travail				
e	Salle d'accouchement				
f	Unité de PF				
g	Pavillon de maternité				

Numéro	LABORATOIRE-ETABLISSEMENT GENERAL		Commentaires /Aller à
174	La structure dispose t-elle d'un laboratoire?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non/NE SAIS PAS, passer à 177
175	Le laboratoire peut-il effectuer tous les principaux examens dont vous avez besoin pour les services de la fistule?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 8. Question sautée ☐ 9. Ne sais pas ☐ 7. Cela dépend (préciser):	
176	Préciser le paquet minimum d'examen nécessaire pour les patientes pré et post opératoires de la fistule au niveau de ce site:		
a	Traitement pré-op de la fistule:		
b	Traitement post-op de la fistule:		
c	Césarienne /laparotomie pré-op		
d	Césarienne /laparotomie post-op		
177	Disposez-vous d'une banque de sang?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
178	Avez-vous des archives d'inventaires des médicaments et fournitures?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
179	Tenez-vous un registre des médicaments et fournitures ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Le système est informatisé ☐ 9. Ne sais pas	
180	A quand remonte la dernière mise à jour des dossiers d'inventaires?	☐ 1. Au cours des 6 derniers mois ☐ 2. Il y a plus de 6 mois ☐ 3. Question sautée ☐ 9. Ne sais pas	
181	Quelles sont les trois principales questions fondamentales de santé de la reproduction dans la communauté que vous servez?		
182	De quoi auriez- vous besoin pour accroître et améliorer vos services de la fistule?		

183. Enfin, quelles sont les forces et faiblesses de cette structure, selon vous?
Forces

Problèmes
Commentaires supplémentaires

ENQUÊTEUR: Remercier et faire les autres commentaires de transition pour la continuation des évaluations au niveau des autres services.

COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR
Force du site
Problèmes du site
Commentaires supplémentaires

200 : Service/Unité de traitement de la fistule

Nom de la structure_____ Unité/service_____

201 Cadre des personnes interrogées

☐ 1. Médecin Spécialiste
☐ 2. Médecin Non-spécialiste
☐ 3. Clinicien/assistant médical
☐ 4. Infirmière
☐ 5. Sage femme auxiliaire
☐ 6. Administrateur
☐ 7. Autres

202 Position des personnes interrogées

☐ 1. Une des personnes interrogées est aussi responsable de la structure
☐ 2. Au moins une des personnes interrogées est un chirurgien de la fistule
☐ 3. Au moins une des personnes interrogées est un formateur en questions de fistule

Nom de l'enquêteur_____

Identité de l'enquêteur_____

Date du jour: Mois _____ Jour _____ Année_____

Numéro	VUE D'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE: SERVICES DE LA FISTULE				Commentaires/ PASSER A
	ENQUÊTEUR : A VOTRE ARRIVEE AU SERVICE, REPONDEZ A LA QUESTION 203 SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS.				
203	Le service dispose-t-il de brochures et dépliants traitant des sujets énumérés ci-dessous?				
	Services	**Oui**	**Non**	**Non Déterminé**	
a	Prévention de la fistule	1	2	9	
b	MGF, Clitoridectomie, et/ou autre traitement traditionnel dangereux de la fistule	1	2	9	
c	Traitement de la fistule	1	2	9	
d	Réinsertion et/ou stigmatisation/discrimination	1	2	9	

ENQUÊTEUR : TROUVER LA PERSONNE RESPONSABLE DU SERVICE DE TRAITEMENT DE LA FISTULE. LUI DONNER LECTURE DU MESSAGE CI-DESSOUS :

Bonjour, je m'appelle.....Je représente le projet « Fistula Care » mis en œuvre par EngenderHealth, une ONG internationale de Santé de la Reproduction. Nous faisons une évaluation en vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de prévention et de traitement de la fistule dans votre zone. Cette interview se fait dans le cadre de cette évaluation, et j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de ce service. Il n'y a aucun risque si vous acceptez de participer à cette étude. Au contraire, elle pourrait vous être bénéfique, en nous aidant à améliorer les services de cette structure sanitaire. Toutes les informations que vous me donnerez seront tenues confidentielles; votre nom ne sera pas mentionné et vous ne serez identifié en aucun cas. Votre position, actuelle et future, dans cette structure sanitaire ne sera affectée en aucune manière. Si vous acceptez de participer, cette interview durera approximativement une heure et demie. Votre participation est absolument volontaire, et il n y aura aucune pénalité si vous refusez d'y prendre part. Vous êtes libre de poser toutes questions; vous pouvez refuser de participer à cette évaluation; vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question de l'interview; et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment. Avez-vous des questions? Ai-je votre accord de participation? (Si l'enquêté est d'accord, alors vous pouvez commencer l'interview).

NOTER : Vous pourriez avoir besoin d'interviewer plus d'une personne.

	Signature de l'enquêteur (Indique que l'interviewer a lu le formulaire de consentement avisé et que l'enquêté a accepté de participer)	_____ Date
204	Puis-je commencer l'interview? ☐ 1. Oui ☐ 2. Non	**Si NON, alors arrêtez, remerciez l'enquêté pour sa disponibilité et libérez le.**

Numéro	**INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES ET AMENAGEMENTS DE LA STRUCTURE SANITAIRE**				**Commentaire /Passer à**
	Services	**Oui**	**Non**	**Ne sais pas**	
205	**Quels services de la fistule sont offerts dans cette unité ? APRES AVOIR POSE LA QUESTION 205, ENCERCLER CHAQUE SERVICE MENTIONNE PAR L'ENQUETE. ENSUITE SONDER A PROPOS DE CEUX QUI N'ONT PAS ÉTÉ MENTIONNES.**				
a	Le counseling de prévention pour les clientes de la fistule.	1	2	9	
b	Référence des clientes souffrant de la fistule	1	2	9	
c	Réparation de la fistule	1	2	9	
d	Le counseling et gestion des IST/VIH/SIDA	1	2	9	
e	Services de prise en charge des dysfonctionnements sexuels	1	2	9	
f	Soins infirmiers de routine disponibles 24 heures, 7 jours par semaines pour les services des patientes hospitalisées	1	2	9	
g	Autres (préciser)				
206	Y a-t-il dans cette structure des matériels didactiques pour la formation à la prise en charge de la fistule?	1	2	9	

Numéro	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES ET AMENAGEMENTS DE LA STRUCTURE SANITAIRE				Commentaire /Passer à
207	Quel est le nombre total des services offerts au cours des dernières années?	**2007**	**2008**	**2009**	
A	Femmes ayant fait l'objet de réparation de la fistule				
B	Femmes évacuées ailleurs pour une réparation de la fistule				
C	Nombre de dérivations urinaires				
208	**Combien de chirurgiens de la fistule compte t- on actuellement dans les effectifs, et combien d'autres sont nécessaires? (Interviewer: lire chacune des options ci-dessous, de a à e, et enregistrer le nombre actuel et celui des compléments nécessaires)**				
		Nombre actuel	**Nombre des compléments nécessaires**		
a	Compétents pour de simples réparations				
b	Compétents pour des réparations de complexité moyenne				
c	Compétents pour des opérations compliquées				
d	Compétents pour être des formateurs de chirurgiens de la fistule				
e	Compétents pour être formateurs de formateurs				

Numéro	Disponibilité des services de réparation, réhabilitation et référence de la fistule		Commentaire/Passer à
209	Routinièrement, combien de jours par semaine les opérations de la fistule sont-elles effectuées?	Nombre de jours : _____	
210	Un chirurgien formé à la réparation de la fistule est-il présent dans le service chaque jour ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas Si seulement quelques jours/heures, préciser quand/fréquence:	
211	La structure offre-t-elle pendant 24 heures, sept jours par semaine des soins infirmiers, y compris des soins spécialisés post opératoires pour la réparation de la fistule ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
212	Existe t-il une file d'attente de cas de fistule ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas Si Oui, estimer le nombre et préciser la source de l'information, si connue: A). Dans le pavillon _____ B.) Dans la communauté._____	

Numéro	Disponibilité des services de réparation, réhabilitation et référence de la fistule		Commentaire/Passer à
213	Temps moyen d'attente pour la première chirurgie (en jours)	a) A partir de l'apparition de la fistule_____ b) A partir de la 1ere consultation _____ c) A partir de l'admission au pavillon _____	
214	**Nombre et état de réparation/délabrement des aménagements; VERIFIER SI ces derniers sont exclusifs ou partagés.** **Etat de réparation**: **B: bon, P: passable; M: médiocre; N: non observé**		

		No.	Partagé	Exclusif	État de réparation	
a	Bloc opératoire des fistules					
b	Pavillons des patientes de la fistule					
c	Foyers des patientes de la fistule					
d	Centre de réhabilitation					

Nombre	Disponibilité des services de réparation, réhabilitation et référence de la fistule		Commentaire /Passer à
215	Nombre de lits de pavillon disponibles pour les patientes de la fistule	Lits:_____	
216	Nombre de lits de blocs opératoires fonctionnels pour les réparations de fistules	Lits:_____	
217	Nombre de lits de foyers disponibles pour les patientes de la fistule	Lits:_____	
218	Nombre de lits de centres de réhabilitation disponibles pour les patientes de la fistule	Lits:_____	
219	Quelles sont les causes générales des fistules dans cette structure sanitaire et quel est leur pourcentage de contribution à tous les cas ? **(COCHER TOUS LES CAS QUI S'APPLIQUENT)**	☐ 1. Travail prolongé /dystocie __% ☐ 2. Clitoridectomie _____% ☐3. Iatrogénie _____% ☐ 4. Violence sexuelle ____% ☐ 5. Autres (préciser):_____%	
220	Quel est le taux <u>estimé</u> de fermeture et de continence pour les réparations de fistules?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
a	Fermeture après la 1ere tentative de réparation	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
b	Taux final de fermeture (après une ou plusieurs tentatives)	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
c	Incontinence résiduelle postopératoire au moment de la libération	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
221	**Quel est le taux <u>estimé</u> des complications pour les réparations de fistules durant les deux derniers trimestres ?** **(INTERVIEWER: aller des points a à e)**		
a	Complications postopératoires majeures dans les 6 semaines (ex: fièvre, infection)	_____% ☐ 99. Ne sais pas	

Numéro	Disponibilité des services de réparation, réhabilitation et référence de la fistule		Commentaire/Passer à
b	Complications mineures	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
c	Complications d'anesthésie	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
d	Taux global des complications	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
222	Combien de décès liés à la fistule y a t-il eu au cours des deux dernières années ?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
223	Combien de prestataires sont formés pour évaluer les femmes se plaignant d'incontinence ?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
224	Combien de prestataires sont compétents pour diagnostiquer et classifier les fistules en vue d'une prise en charge et d'une référence appropriées ?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	

Numéro	Disponibilité des services de réparation, réhabilitation et référence de la fistule				Commentaire/Passer à
		Oui	**Non**	**Ne sais pas**	
225	La structure peut-elle programmer des services routiniers de réparation de la fistule dans les blocs opératoires ou lors des campagnes périodiques ?	1	2	9	
226	La structure a-t-elle la capacité d'assurer des soins postopératoires de long terme (environ 3 semaines et plus) y compris la fourniture de repas ?	1	2	9	
227	La structure utilise-t-elle de manière routinière le sondage vésical pour les femmes ayant de petites fistules ?	1	2	9	
228	La structure a-t-elle la capacité d'offrir des thérapies complémentaires et/ou des soins préopératoires ?	1	2	9	**SI OUI, lire la liste ci-dessous de a à k. SI NON/ NE SAIS PAS, PASSER À 229**
	Thérapies complémentaires : Est-ce que la structure dispense:				
a	Des repas (nutrition)	1	2	9	
b	Une thérapie physique du pied tombant	1	2	9	
c	Une hygiène générale	1	2	9	
d	Un traitement de la dermatite causée par les fuites urinaires	1	2	9	
e	Un traitement contre l'anémie	1	2	9	
f	Une évaluation et un soutien pour les troubles émotionnels, par exemple, la dépression	1	2	9	

Numéro	Disponibilité des services de réparation, réhabilitation et référence de la fistule				Commentaire/Passer à
		Oui	Non	Ne sais pas	
	Soins Préopératoires : Est-ce que la structure dispense:				
g	Un counseling sur la fistule aux patientes	1	2	9	
h	Un counseling sur la fistule aux familles des patientes	1	2	9	
i	Obtient le consentement informé pour la procédure/chirurgie	1	2	9	
j	A une liste minimale pour les investigations préopératoires	1	2	9	
k	Aide les femmes avec la préparation intestinale (avant la chirurgie).	1	2	9	
229	Y a-t-il un système pour assister les femmes à réintégrer leurs communautés ; ex: liens et collaboration sur place avec des OCB **?**	1	2	9	
230	La structure fournit-elle des services de réhabilitation/réinsertion avant la libération, à la suite d'une opération ?	1	2	9	**SI OUI, lire chacun des points listés de a à f. SI NON/ NE SAIS PAS, passer à 231**
a	Counseling sur la fistule	1	2	9	
b	Alphabétisation de base	1	2	9	
c	Thérapie physique	1	2	9	
d	Arts & artisanat	1	2	9	
e	Couture	1	2	9	
f	Autres:_____	1	2	9	
231	Y a-t-il une capacité à offrir des expériences pratiques de soutien à la formation (chirurgiens et infirmiers)	1	2	9	
a	Charge de travail	1	2	9	
b	Formateur en questions de fistule sur place	1	2	9	
232	**Est-ce que le suivi post réparation inclut: ENQUÊTER: lire chacun des points et encercler la réponse**				
a	Répondre aux besoins sociaux des femmes souffrant de la fistule	1	2	9	
b	Counseling en PF	1	2	9	
c	Méthodes de PF	1	2	9	
d	Référence pour des méthodes de PF	1	2	9	
e	Diagnostique et traitement de l'infertilité	1	2	9	
233	**Quel est le % estimé des chirurgies de fistules réalisées, en utilisant : ENQUÊTER: LIRE LES POINTS DE A à C ET ENREGISTRER LE % ESTIMATE**				
a	1) ☐ Rachianesthésie	% de réparations_____ ☐ 99. Ne sais pas			

Numéro	Disponibilité des services de réparation, réhabilitation et référence de la fistule				Commentaire/Passer à
		Oui	Non	Ne sais pas	
b	2) ☐ Anesthésie générale	% de réparations_____ ☐ 99. Ne sais pas			
c	3) ☐ Autres types d'anesthésie (spécifier):	% de réparations_____ ☐ 99. Ne sais pas			
234	**4) Quels pourcentages de réparations sont effectués sous les différentes approches suivantes ? Lire les points de a à c et enregistrer la réponse**				
a	5) Approche abdominale	% de réparations_____ ☐ 99. Ne sais pas			
b	6) Approche vaginal seulement	% de réparations_____ ☐ 99. Ne sais pas			
c	7) Approche combinée:_____	% de réparations_____ ☐ 99. Ne sais pas			

Numéro	GESTION & QUALITE—SERVICES DE LA FISTULE		Commentaire /Passer à
235	Le service conserve t-il les dossiers des patients de la fistule?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
236	Y a-t-il dans ce service un système régulier, formel pour passer en revue les dossiers des clientes et les statistiques des services ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non/Ne sais pas, passer à 238
237	Ces informations sont-elles exploitées pour la prise de décision ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 8. Non applicable ☐ 9. Ne sais pas	
238	Les statistiques des services ont-elles été utilisées pour les décisions sur les prestations de services au cours des 6 derniers mois ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
239	La structure dispose-t-elle de protocoles et matériels de référence écrits pour les prestations de services de fistules ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	

Numéro	GESTION & QUALITE—SERVICES DE LA FISTULE		Commentaire /Passer à
240	Le service dispose-t-il des matériels spécifiques suivants. (Lire la liste et encercler tout ce qui a été mentionné)	☐ a. Directives de l'OMS pour les programmes sur la fistule ☐ b. Programme de formation des chirurgiens sur le traitement de la fistule ☐ c. Programme de formation des infirmières dans le domaine de la fistule ☐ d. Directives sur l'anesthésie en chirurgie de la fistule. ☐ e. Manuel de counseling sur la fistule ☐ f. Manuel pour l'amélioration de la qualité e.g. COPE ☐ g. Autres, préciser …	
241	Le service dispose-t-il d'aides de travail pour les prestations de services de la fistule ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
242	Y a-t-il un personnel d'encadrement compétent pour appuyer et assurer des fonctions chirurgicales pré et post opératoire de la fistule de haute qualité ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
243	Dispense t- on sur place une formation du précepteur en vue de renforcer le soutien aux chirurgiens et la formation aux infirmières ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	

Numéro	GESTION & QUALITE — SERVICES DE LA FISTULE		Commentaire /Passer à
244	Enumérer les types d'archivage utilisés dans cette structure ? COCHER TOUS LES TYPES QUI S'APPLIQUENT.	(NOTER: les dossiers sont-ils bien conservés, état général, confidentialité, consentement, aptitude à satisfaire les critères des indicateurs) B= Bien; P= Passable ; M= Médiocre ; NO= Non Observé	

	Etat Général	*Complétude*	*Confidentialité*	*Consentement*	*Aptitude à satisfaire les critères des indicateurs*	
☐ A. Dossier client						
☐ B. Registre des admissions						
☐ C. Registre des sorties						
☐ D. Registre du bloc opératoire						
☐ E. Passation des rondes/infirmières						
☐ F. Autres (spécifier)…..						

Numéro	ZONES D'ATTENTE, DE COUNSELING ET DE CONSULTATION —FISTULE		Commentaire /Passer à
245	Y a-t-il plus d'un endroit où les nouvelles patientes peuvent attendre les services?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
246	Où les clientes attendent-elles avant de recevoir les services? Interviewer: ENCERCLER UNE REPONSE	☐ 1. Endroit couvert avec des sièges à l'extérieur dehors ☐ 2. Sièges dans une salle séparée du lieu de traitement ou de consultation ☐ 3. Zone séparée par des rideaux, sièges partagés avec la zone de traitement ou de consultation ☐ 4. Zone d'attente couverte, mais sans sièges ☐ 5. Zone d'attente non couverte ☐ 88. Question sautée ☐ 77. Zone non montrée	

Numéro	ZONES D'ATTENTE, DE COUNSELING ET DE CONSULTATION —FISTULE		Commentaire /Passer à
247	Où les clientes reçoivent-elles du counseling**?**	Préciser le lieu	
a	Existe-t-il une intimité auditive suffisante?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
b	Existe-t-il une intimité visuelle suffisante?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
c	Détails et autres observations		
248	Y a-t-il des matériels didactiques/supports audiovisuels pour le counseling**?**	☐ 1. Oui, suffisants ☐ 2. Oui, mais insuffisants ☐ 3. Non ☐ 9. Ne sais pas	
249	Où les clientes sont-elles examinées**?**	☐ 1. Dans la même zone que le counseling ☐ 2. Un autre espace/zone ☐ 9. Ne sais pas	**SI 1, DANS LA MÊME ZONE QUE LE COUNSELING, PASSER À 250. SI un autre espace, répondre de A à C sur la base de vos observations**
a	Intimité auditive suffisante	☐ 1. Oui, suffisante ☐ 2. Non, insuffisante ☐ 8. Question non posée ☐ 9. Ne sais pas, non observé	
b	Intimité visuelle suffisante	☐ 1. Oui, suffisante ☐ 2. Non, insuffisante ☐ 8. Question non posée ☐ 9. Ne sais pas, non observé	
c	Détails et autres observations		
250	**INTERVIEWER: EXAMINER LA SOURCE DE LUMIERE DANS LE LIEU DE CONSULTATION.**		
a	Lumière naturelle suffisante	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé Si Médiocre, préciser	

Numéro	ZONES D'ATTENTE, DE COUNSELING ET DE CONSULTATION —FISTULE		Commentaire /Passer à
b	Suffisance et fonctionnalité de la lumière du plafond	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé Si Médiocre, préciser	
c	Suffisance, fonctionnalité et flexibilité de la lampe de consultation en marche	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé Si Médiocre, préciser	
251	COMMENTAIRES GLOBAUX ET COMPLEMENTAIRES SUR LE SERVICE DE TRAITEMENT DE LA FISTULE		

252. Enfin, quels sont les forces et problèmes pour le service de soins de la fistule?
Forces du service
Problèmes du service
Commentaires supplémentaires

ENQUÊTEUR : Remercier les personnes interrogées et demander qu'on vous conduise au prochain service/personne à interroger pour poursuivre l'évaluation

COMMENTAIRES DES ENQUÊTERS
Forces du service
Problèmes du service
Commentaires supplémentaires

300 : SERVICE/UNITÉ DE MATERNITÉ

Nom de la structure_____

Service/unité……

301 Cadre des personnes interrogées

☐ 1. Médecin Spécialiste
☐ 2. Médecin Non-spécialiste
☐ 3. Chargé de Clinique/assistant médical
☐ 4. Infirmière
☐ 5. Sage femme
☐ 6. Administrateur
☐ 7. Autres:

302 Fonction des personnes interrogées

☐ 1. Une des personnes interrogées est aussi responsable du service
☐ 1. Une des personnes interrogées est un chirurgien de fistule
☐ 1. Une des personnes interrogées est un formateur en fistule
☐ 1. Une des personnes interrogées est un formateur des infirmières

Nom de l'enquêteur_____

Identité de l'enquêteur_____

Date du jour: Mois _____ Jour_____ Année_____

VUE D'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE: ADMINISTRATION ET SERVICES

Interviewer	**A VOTRE ARRIVEE DANS LA STRUCTURE SANITAIRE, REPONDEZ AUX QUESTIONS 300 à 305 SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS.**	
303	**(d)** A quelle heure êtes-vous arrivé au service?	Jour: Temps: Heures Min
304	**(e)** Le service était-il ouvert à votre arrivée?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non

INFORMATION GENERALE SUR LES SERVICES ET AMENAGEMENTS DE LA STRUCTURE

Numéro		Oui	Non	Non déterminé	Commentaires/Passer à
305	**Y a-t-il des brochures / dépliants disponibles à emporter sur les services listés ci-dessous?**				
a	IST/VIH/SIDA	1	2	9	
b	Soins anténatals	1	2	9	
c	Accouchement/Maternité	1	2	9	
d	Prévention de la TME/CDV	1	2	9	
e	Soins postnatals	1	2	9	
f	SAA	1	2	9	

ENQUETEUR : TROUVER LA PERSONNE RESPONSABLE DU SERVICE DE MATERNITE. LUI DONNER LECTURE DU MESSAGE CI-DESSOUS :

Bonjour, je m'appelle.....…Je représente le projet « Fistula Care » mis en œuvre par EngenderHealth, une ONG internationale de Santé de la Reproduction. Nous faisons une évaluation en vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de prévention et de traitement de la fistule dans votre zone. Cette interview se fait dans le cadre de cette évaluation, et j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de ce service. Il n'y a aucun risque si vous acceptez de participer à cette étude. Au contraire, elle pourrait vous être bénéfique, en nous aidant à améliorer les services de cette structure sanitaire. Toutes les informations que vous me donnerez seront tenues confidentielles; votre nom ne sera pas mentionné et vous ne serez identifié en aucun cas. Votre position, actuelle et future, dans cette structure sanitaire ne sera affectée en aucune manière. Si vous acceptez de participer, cette interview durera approximativement une heure et demie. Votre participation est absolument volontaire, et il n y aura aucune pénalité si vous refusez d'y prendre part. Vous êtes libre de poser toutes questions; vous pouvez refuser de participer à cette évaluation; vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question de l'interview; et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment. Avez-vous des questions ? Ai-je votre accord de participation? (Si l'enquêté est d'accord, alors vous pouvez commencer l'interview).

NOTER : Vous pourriez avoir besoin d'interviewer plus d'une personne.

	Signature de l'enquêteur (Indique que l'interviewer a lu le formulaire de consentement avisé et que l'enquêté a accepté de participer)	_____ Date
306	**Puis-je commencer l'interview?** ☐ 1. Oui ☐ 2. Non	**Si NON, alors Arrêtez, remerciez l'enquêté pour sa disponibilité et libérez le.**

NUMERO	**INFORMATIONS SUR LES PRESTATAIRES POUR LES SERVICES DE MATERNITE**				**COMMENTAIRE/ PASSER À**
307	**Quels sont les effectifs de chaque catégorie de personnel affecté au pavillon de maternité?** **Enquêteur: LISEZ LES TYPES DE PERSONNELS LISTES CI-DESSOUS. COMPTEZ TOUS LES MEDECINS ET INFIRMIERS, SPECIALISTES OU PAS. CODEZ 00 SI'L N'Y EN A PAS, ET 88 POUR NE SAIS PAS.**				
		Plein temps	**Temps partiel**	**Visiteur**	
a	Médecins généralistes				
b	Chirurgiens				
c	Urologistes				
d	Obs/gyn.				
e	Assistant clinique ou assistant médical				
f	Anesthésistes				
g	Infirmières				
h	Sages femmes				
i	Autres:				

NUMERO	INFORMATIONS SUR LES PRESTATAIRES POUR LES SERVICES DE MATERNITE			COMMENTAIRE/ PASSER À
308	**Combien d'employés sont formés dans les domaines suivants? (ENQUÊTER: Lire chaque point. Ensuite demander si du personnel supplémentaire est nécessaire pour un des domaines listés ci-dessous. Enregistrer le nombre de personnel supplémentaire nécessaire pour chaque service. Coder 0 s'il n'en faut aucun)**			
		Nombre d'employés formés	**Complément d'effectifs supplémentaires nécessaires**	
a	Travail de l'accouchement vaginal normal			
b	Accouchement par voie basse assistée			
c	Césarienne			
d	Gestion de la dystocie			
e	Accouchement opératoire par voie basse			
f	Accouchement par forceps			
g	Accouchement par ventouse			
h	Utilisation de sonde à demeure dans le travail prolongé/obstrué			
i	Laparotomie pour la rupture utérine			
j	Utilisation active du partogramme pour un travail et un accouchement sans risque			
k	Formateur ou précepteur de prestataire de SOU			
l	Formateur de formateurs en SOU			
m	Infirmière de pavillon ayant des compétences de soins pré et post opératoires pour la chirurgie obstétricale			
n	Infirmière de bloc opératoire ayant des compétences de soins intra opératoires pour la chirurgie obstétricale			
o	Assistant social			
p	Physiothérapeutes			
q	Conseiller en planning familial			
r	Autre conseiller de SR, préciser, e.g. VIH			
s	Prévention de l'infection			

Numéro	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES DE MATERNITE				Commentaires/ PASSER À
	Services	Oui	Non	Ne sais pas	
309	**Lesquelles des prestations suivantes sont offertes dans ce service?**	**INTERVIEWER: APRES AVOIR POSE LA QUESTION 309, ENCERCLER CHAQUE SERVICE MENTIONNE PAR L'ENQUETE (NE PAS LIRE LA LISTE). PUIS SONDER, POUR LES SERVICES NON MENTIONNES.**			
a	Soins prénataux	1	2	9	
b	Soins pour accouchement normal	1	2	9	
c	Soins obstétricaux d'urgence, mais pas 24H/7	1	2	9	
d	Soins obstétricaux d'urgence, 24H/7	1	2	9	
e	Soins Après Avortement	1	2	9	
f	Soins Postnataux	1	2	9	
g	Counseling et Gestion des IST/VIH/SIDA	1	2	9	
h	Soins infirmiers de routine disponibles 24 heures, 7 jours par semaine pour les services aux patientes hospitalisées, y compris pour la césarienne.	1	2	9	
i	Autres (spécifier)				
310	**Y-a-t-il du matériel didactique disponible pour la formation en SOU?**	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas			
311	**Existe-t-il du matériel didactique pour la formation à l'accouchement par césarienne?**	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas			

312.	**Quel est le nombre total des services fournis au cours des dernières années dans les domaines suivants:**	**20__**	**20__**	**20__**	**20__**	**20__**	
a	Nombre d'accouchements						
b	Nombre d'accouchements par césarienne						
c	Nombre de cas de rupture utérine						
d	Nombre d'accouchements destructeurs par voie basse						

Numéro	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES DE MATERNITE		Commentaires/ PASSER À
313	Le Partogramme est – il systématiquement utilisé pour suivre le travail?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Cela dépend/varie (expliquer): ☐ 9. Ne sais pas	

314	Quel est le pourcentage de phases de travail suivies à l'aide du partogramme au cours du dernier trimestre? (estimation)	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
315	Y-a-t-il des obstacles à l'utilisation systématique du partogramme?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
	SI OUI, quels sont ces obstacles?		
316	Le personnel utilise t-il systématiquement la sonde à demeure après un travail obstrué?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Cela dépend/varie (expliquer): ☐ 9. Ne sais pas	
317	Au cours du dernier trimestre quelle proportion d'accouchements a comporté l'utilisation d'utérotoniques (ex. ocytocine) pour le 3e stade du travail?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
318	Au cours du dernier trimestre, pour quelle proportion des accouchements les prestataires ont-ils pratiqué une traction douce du cordon?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
319	Existe t-il des obstacles à l'utilisation de la prise en charge active du troisième stade du travail par les prestataires?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
	SI OUI, quels sont-ils?		
320	Le sulfate de magnésium (MgSO4) est-il utilisé systématiquement pour l'éclampsie/PET?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
321	Existe t-il des obstacles à l'utilisation du MgSO4?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
	SI OUI, quels sont-ils?		

Numéro	**INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES DE MATERNITE**		**Commentaires/ PASSER À**
322	De manière routinière,		

Numéro	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES DE MATERNITE		Commentaires/ PASSER À
	combien de jours par semaine sont consacrés aux accouchements facultatifs par césarienne?	Nombre de jours : _____ ☐ 99. Ne sais pas	
323	Quelle proportion de toutes les césariennes est due à une dystocie?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
324	Quelle proportion de toutes les césariennes est due à un travail prolongé?	_____% ☐ 99. Ne sais pas	
325	Quel est le nombre estimé de femmes ayant eu une rupture de l'utérus, l'année dernière?	_____ ☐ 99. Ne sais pas	
326	Quel est le nombre estimé de femmes ayant subi des opérations vaginales destructrices, l'année dernière?	_____ ☐ 99. Ne sais pas	
327	Y-a-t-il un chirurgien formé à la césarienne *présent* dans la structure tous les jours?	☐ 1. Oui, toujours ☐ 2. Oui, parfois ☐ 3. Non Si seulement quelques jours/heures, préciser quand/la fréquence:	
328	Quel est le temps moyen d'attente pour une opération de césarienne d'urgence à partir du moment où la décision est prise ?	_____ heures ☐ 99. Ne sais pas	
329	Quelles sont les 3 causes de retard les plus communes pour les césariennes?	☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. Il n'y a jamais de retard ☐ 9. Ne sais pas	

330	**Nombre et état de réparation/délabrement des aménagements; VERIFIER SI ces derniers sont exclusifs ou partagés.** **État de réparation**: **B: bon, P: passable; M: médiocre; N: non observé**					
		No.	**Partagé**	**Exclusif**	**Etat de réparation**	
a	Bloc opératoire prénatals					
b	Salles de travail					
c	Salles d'accouchement					
d	Bloc opératoire de maternité					
e	Pavillons postnatals					
f	Pavillons d'attente de maternité					
331	Nombre de lits pour les soins de maternité:					

Numéro	INFORMATIONS GENERALES SUR LES SERVICES DE MATERNITE		Commentaires/ PASSER À
a	Nombre de lits de pavillon disponibles pour les clientes anténatales	_____ lits	
b	Nombre de lits postnatals	_____ lits	
c	Nombre de lits disponibles pour les patientes postopératoires de maternité	_____ lits	
332	Nombre de lits pour les problèmes gynécologiques	_____ lits	
333	Quel est le taux global estimé de complications des césariennes pour l'année dernière	_____ ☐ 99. Ne sais pas	
a	Complications postopératoires dans les 6 semaines (ex. fièvre, infection)	_____ ☐ 99. Ne sais pas	
b	Complications d'anesthésie	_____ ☐99. Ne sais pas	
c	Autres		
334	**Nombre de décès maternels au cours des 4 derniers trimestres**	_____ ☐ 99. Ne sais pas	
335	**Trois premières causes principales de décès maternels, classées par ordre de fréquence:**	1. _____ 2. _____ 3. _____	

Numéro	Disponibilité des Services de Maternité			Commentaires/ PASSER À
		Oui	**Non**	**Si non, expliquer**
336	Le service dispose t-il de prestataires qualifiés pour évaluer les femmes se plaignant de douleurs du travail ou de saignement vaginal	1	2	
337	Ya-t-il des prestataires compétents pour diagnostiquer le travail et les complications possibles pour une gestion et une référence appropriées?	1	2	
338	L'unité peut-elle invariablement effectuer une césarienne facultative ou d'urgence 24/7	1	2	
339	Le personnel utilise-t-il systématiquement la sonde à demeure pour les femmes en travail obstrué ?	1	2	

340	Le personnel utilise-t-il routinièrement la sonde à demeure pour les femmes ayant de petites fistules?	1	2	
341	Le service a-t-il la capacité d'offrir des expériences pratiques en appui à la formation (chirurgiens et infirmières) :	1	2	
a	Qui est habituellement le premier assistant du chirurgien pour la césarienne? (préciser les cadres et les nombres)_____			
b	Y a-t-il un nombre suffisant de clients ?	1	2	
c	Y a-t-il un formateur en gestion du travail sur le site?	1	2	
342	**Y a-t-il un Précepteur /entraîneur sur site pour renforcer l'appui à la formation des chirurgies et infirmières?**	1	2	
343	**Y a t-il des infrastructures, équipements et fournitures suffisantes pour appuyer la formation en SOU?**	1	2	
344	**ENQUÊTER: EXAMINER LA SOURCE DE LUMIERE DANS LE LIEU DE CONSULTATION.**			
a	Lumière naturelle suffisante	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser	
b	Suffisance et fonctionnalité de la lumière du plafond	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser	
c	Suffisance, fonctionnalité et flexibilité de la lampe de consultation en marche	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser	
345	**ENQUÊTER: EXAMINER LA SOURCE DE LUMIERE DANS LA SALLE D'ACCOUCHEMENT.**			
a	Lumière naturelle suffisante	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser	
b	Suffisance et fonctionnalité de la lumière du plafond	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser	
c	Suffisance, fonctionnalité et flexibilité de la lampe de consultation en marche	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser	

346	ENQUÊTER: EXAMINER LA SOURCE DE LUMIERE DANS LE BLOC OPERATOIRE		
a	Lumière naturelle suffisante	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser
b	Suffisance et fonctionnalité de la lumière du plafond	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser
c	Suffisance, fonctionnalité et flexibilité de la lampe de consultation en marche	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	Si Médiocre, préciser
347	COMMENTAIRES GLOBAUX ET COMPLEMENTAIRES SUR LE SERVICE DE MATERNITÉ		

Numéro	PROGRAMME D'EXTENSION - SERVICES DE MATERNITE		Commentaires/ ALLER À
348	Cette unité dispose t-elle d'un programme d'extension de maternité/rattachement communautaire ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
	Si NON, est-elle en partenariat avec une quelconque organisation pour mener des activités d'extension/ rattachement à sa communauté?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non/Ne sais pas, passer à 352
349	Lesquels des services suivants sont inclus dans votre programme d'extension? LIRE LA LISTE A HAUTE VOIX ET ENCERCLER CHAQUE SERVICE MENTIONNE PAR LA PERSONNE INTERROGÉE		
	☐ 1. Accouchement par un prestataire compétent dans une structure aménagée ☐ 2. Services de planification familiale ☐ 3. Consultation prénatale ou visite à domicile des femmes enceintes ☐ 4. Distribution de matériels d'IEC sur l'opération de la fistule ☐ 5. Education des filles jusqu'à la fin du cycle secondaire	☐ 6. Retarder les grossesses précoces pour la survie de la mère et de l'enfant ☐ 7. Rôle des hommes pour faciliter l'accès des femmes à l'accouchement sans risque ☐ 8. Visite à domicile des femmes soufrant de fistules ☐ 9. Réintégration des femmes après la réparation ☐ 10. Education Sanitaire ☐ 77. Question sautée ☐ 11. Autres (spécifier)……..	

350	A quelle fréquence dans un trimestre le programme d'extension se tient-il?	(Nombre)_____ ☐ 88. Question sautée ☐ 99. Ne sais pas			
351	**Cette structure a-t-elle dispensé une formation à des travailleurs de santé communautaire dans les thèmes suivants au cours de l'année écoulée?**				
		Oui	**Non**	**Ne sais pas**	
a	Grossesse, travail et accouchement sans risque	1	2	9	
b	Planification de l'accouchement, préparation aux urgences dans la grossesse	1	2	9	
c	Reconnaissance des signes d'alerte pendant la grossesse, le travail et le travail prolongé	1	2	9	
d	Pratiques traditionnelles nocives	1	2	9	
e	Planification familiale	1	2	9	
f	Question sexospécifique, relations de genre, égalité de genre	1	2	9	
g	Autres (spécifier)	1	2	9	
352	Quelles sont les sources des références vers la structure? (Cocher toutes celles qui s'appliquent)	☐ 1. Matrones traditionnelles ☐ 2. Autres structures de santé ou travailleurs de santé ☐ 3 Membres de la famille/de la communauté ☐ 4. Autres			

Numéro	PROGRAMME D'EXTENSION - SERVICES DE MATERNITE		Commentaires/ PASSER À
353	Une retro-information (feedback) est-elle routinièrement donnée aux sources faisant la référence?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas SI OUI, préciser le type de rétro-information	
354	Vers quelle structure les cas compliqués de maternité sont-ils plus communément référés? _____		

NUMERO	GESTION & QUALITE - SERVICES DE MATERNITE		COMMENTAIRES/ PASSER À
355	Cette unité possède t-elle un système formel de revue des questions de gestion ou d'administration?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non, passer à 357
356	Quelle est la fréquence des réunions et discussions formelles pour débattre des questions de gestion ou d'administration de l'unité?	☐ 1. Hebdomadaire ☐ 2. Mensuelle ☐ 3. Trimestrielle ☐ 4. Semestrielle ☐ 5. Autres (spécifier) _____ ☐ 8. Question sautée ☐ 9. Ne sais pas	
357	Les informations obtenues à partir des statistiques de services sont-elles utilisées pour la prise de décision	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
358	Les statistiques de services ont-elles été utilisées pour la prise de décision au cours des deux derniers trimestres ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
359	A-t-on mis en place un système pour déterminer les opinions des clientes sur l'unité ou les services de santé?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
360	Quel système a été mis en place pour déterminer les opinions des clientes sur l'unité ou les services de santé?? **ENQUETEUR: NE PAS SOUFFLER, COCHER CHAQUE REPONSE MENTIONNEE (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)**	☐ 0. Aucun système en place ☐ 1. Boîte à suggestion ☐ 2. Formulaire d'enquête de la cliente ☐ 3. Interview de la cliente ☐ 4. Autres (préciser)_____ ☐ 9. Ne sais pas	

NUMERO	GESTION & QUALITE - SERVICES DE MATERNITÉ		COMMENTAIRES/ PASSER À
361	L'unité possède t-elle des protocoles et matériels de référence écrits pour les prestations de services de SOU, y compris la césarienne?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas Si oui, lister les 10 premiers matériels de référence et protocoles principaux	

362	L'unité dispose t-elle d'aides de travail pour les SOU?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	

363	Enumérer les types d'archivage utilisés dans cette structure? COCHER TOUS LES TYPES QUI S'APPLIQUENT.	(NOTER: sont-ils bien conservés, état général, confidentialité, consentement, aptitude à satisfaire les critères des indicateurs) B= Bien; P= Passable ; M= Médiocre ; NO= Non Observé	Commentaires

	Etat Général	*Complétude*	*Confidentialité*	*Consentement*	*Aptitude pour les indicateurs*	
☐ A. Dossier client						
☐ B. Registre des admissions						
☐ C. Registre des sorties						
☐ D. Registre du bloc opératoire						
☐ E. Passation des rondes/infirmières						
☐ F. Registre de la maternité						
☐ G. Registre des SOU						
☐ H.. Autres (préciser)						

SYSTEME D'ELIMINATION DES DECHETS -MATERNITÉ			
364	Le personnel de cette unité reçoit-il des mises à jour régulières en prévention de l'infection?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
365	À quelle fréquence le personnel reçoit-il des mises à jour sur la PI?	☐ 1. Mensuelle ☐ 2. Trimestrielle ☐ 3. Semestrielle ☐ 4. Annuelle ☐ 5. Autres (préciser): ☐ 9. Ne sais pas	
366	Quelqu'un dans cette structure a t-il suivi une formation en prévention de l'infection ou un recyclage au cours des TROIS dernières années?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
367	Quel système d'élimination des déchets médicaux <u>solides</u> possédez-vous ?	Préciser : ☐ 9. Ne sais pas	

368	Quel système d'élimination des déchets médicaux liquides possédez-vous ?	Préciser : ☐ 99. Ne sais pas	
369	Disposez-vous d'un récipient spécial résistant à la perforation; pour les objets tranchants au bloc ou dans les pavillons ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
370	Disposez-vous de containers étanches avec couvercle pour l'élimination des déchets médicaux dans les blocs opératoires et les pavillons ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
371	Utilisez-vous un seau en plastique avec couvercle pour contenir la solution de chlore dans les blocs ou dans les pavillons?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
372	Comment éliminez-vous des articles comme les seringues et les pansements qui peuvent être contaminés ? **Enquêteur: SONDER, AU BESOIN: COCHER UNE SEULE REPONSE.**	☐ 1. Ramassés et jetés à l'extérieur ☐ 2. Brûlés dans un incinérateur ☐ 3. Brûlés à ciel ouvert ☐ 4. Brûlés et enfouis ☐ 5. Jetés dans une décharge ☐ 6. Jetés dans une fosse/latrine ☐ 7. Autres (préciser) _____ ☐ 9. Ne sais pas	
373	Commentaires de l'observateur sur les conditions générales de PI dans l'unité, y compris la salle d'accouchement et sur les améliorations nécessaires**.**		

Enfin, quelles sont les forces et faiblesses de cette unité, selon vous?
Forces
Problèmes
Commentaires supplémentaires

ENQUÊTEUR: Remercier et faire les autres commentaires de transition pour la continuation des évaluations au niveau des autres services.

COMMENTAIRES DE L'ENQUETEUR
Force du site
Problèmes du site
Commentaires supplémentaires

400 : Service/Unité de planification familiale

Nom de la structure_____

Service/unité_____

401 Cadre des personnes interrogées

☐ 1. Médecin Spécialiste
☐ 2. Médecin Non-spécialiste
☐ 3. Chargé de Clinique/assistant médical
☐ 4. Infirmière
☐ 5. Sage femme
☐ 6. Administrateur
☐ 7. Autres:

402 Fonction des personnes interrogées

☐ 1. Une des personnes interrogées est aussi responsable du service
☐ 1. Une des personnes interrogées est un chirurgien de fistule
☐ 1. Une des personnes interrogées est un formateur en fistule
☐ 1. Une des personnes interrogées est un formateur des infirmières

Nom de l'enquêteur_____

Identité de l'enquêteur_____

Date du jour: Mois _____ Jour_____ Année_____

VUE D'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE: SERVICE DE PLANNING FAMILIAL				
Interviewer	**A VOTRE ARRIVEE DANS LA STRUCTURE SANITAIRE, REPONDEZ AUX QUESTIONS 403 à 405 SUR LA BASE DE VOS PROPRES OBSERVATIONS.**			
403	À quelle heure êtes-vous arrivé au service?	Jour: Temps: Heures Min		
404	Le service était-il ouvert à votre arrivée?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non		
405	Le service dispose-t-il de brochures et dépliants à emporter traitant des sujets énumérés ci-dessous?			
		Oui	**Non**	
a	Planification familiale en général	1	2	
b	Planification familiale, méthodes spécifiques	1	2	
c	IST/VIH/SIDA	1	2	
d	Relations / égalité de genre	1	2	
e	Les hommes en tant que partenaires en santé de la reproduction	1	2	

ENQUETEUR : TROUVER SUR PLACE LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. LUI DONNER LECTURE DU MESSAGE CI-DESSOUS :

Bonjour, je m'appelle.....…Je représente le projet « Fistula Care » mis en œuvre par EngenderHealth, une ONG internationale de Santé de la Reproduction. Nous faisons une évaluation en vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de prévention et de traitement de la fistule dans votre zone. Cette interview se fait dans le cadre de cette évaluation, et j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de ce service. Il n'y a aucun risque si vous acceptez de participer à cette étude. Au contraire, elle pourrait vous être bénéfique, en nous aidant à améliorer les services de cette structure sanitaire. Toutes les informations que vous me donnerez seront tenues confidentielles; votre nom ne sera pas mentionné et vous ne serez identifié en aucun cas. Votre position, actuelle et future, dans cette structure sanitaire ne sera affectée en aucune manière. Si vous acceptez de participer, cette interview durera approximativement une heure et demie. Votre participation est absolument volontaire, et il n y aura aucune pénalité si vous refusez d'y prendre part. Vous êtes libre de poser toutes questions; vous pouvez refuser de participer à cette évaluation; vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question de l'interview; et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment. Avez-vous des questions? Ai-je votre accord de participation? (Si l'enquêté est d'accord, alors vous pouvez commencer l'interview).

NOTER: Vous pourriez avoir besoin d'interviewer plus d'une personne.

	_____ **Signature de l'enquêteur** (Indique que l'interviewer a lu le formulaire de consentement avisé et que l'enquêté a accepté de participer)	_____ Date
406	**Puis-je commencer l'interview?** ☐ 1. Oui ☐ 2. Non	**Si NON, alors ARRETEZ, remerciez l'enquêté pour sa disponibilité et liberez-le.**

NUMERO	INFORMATIONS SUR LES PRESTATAIRES POUR LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE				COMMENTAIRE/ ALLER A
407	**Quels sont les effectifs de chaque catégorie de personnel affecté aux services de planification familiale?** **Enquêteur: LISEZ A VOIX HAUTE LES TYPES DE PERSONNELS LISTES CI-DESSOUS. COMPTEZ TOUS LES MEDECINS ET INFIRMIERS, SPECIALISTES OU PAS. CODEZ 00 SI'L N'Y EN A PAS, ET 88 POUR NE SAIS PAS.**				
		Plein temps	**Temps partiel**	**Visiteur**	
a	Médecins				
b	Infirmières de clinique/pavillon/ sages femmes infirmières				
c	Infirmières/sages de bloc opératoire				
d	Assistant clinique ou assistant médical				
e	Anesthésistes				
f	Conseillers en planning familial				
g	Assistants sociaux				
h	Autres				

NUMERO	INFORMATIONS SUR LES PRESTATAIRES POUR LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE			COMMENTAIRE/ ALLER A
408	**Combien d'employés sont formés dans les domaines suivants? (INTERVIEWER: Lire chaque point. Ensuite demander si du personnel supplémentaire est nécessaire pour un des domaines listés ci-dessous. Enregistrer le nombre de personnel supplémentaire nécessaire pour chaque service. Coder 0 s'il n'en faut aucun)**			
		Nombre d'employés formés	**Complément d'effectifs supplémentaires nécessaires**	
a	Conseil en planification familiale			
b	Fourniture de méthodes de PF			
c	Ligature bilatérale des trompes			
d	Vasectomie sans scalpel			
e	Stérilet			
f	Implants			
g	Contraceptifs injectables			
h	Impliquer les hommes en tant que partenaires dans la SR			
i	Prévention des infections au cours des 3 dernières années			

409	**Y a-t-il un système permettant au personnel de transférer les connaissances et compétences acquises suite à une formation?**	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas Si Oui, préciser comment: ☐ 1. Réunions hebdomadaires ☐ 2. Réunions mensuelles ☐ 3. discussions informelles avec d'autres employés ☐ 4. Autres	

Numéro	Services de Planification familiale						Commentaires
410	**Quel est le nombre total de services de planification familial dispenses au cours des trois dernières années? (Enquêter: lire les points *a* à *c* et enregistrer les réponses dans chaque colonne.**						
		20__	**20__**	**20__**	**20__**	**20__**	
a	Quel pourcentage (estimé) de clientes sont conseillées en planning familial						
b	Nombre de clientes ayant reçu des méthodes						
c	Nombre de clientes référées ailleurs pour des méthodes						

411	Quelles méthodes de PF étaient disponibles routinièrement au cours des 2 derniers trimestres? COCHER TOUTES LES REPONSES APPLICABLES	☐ 1. Pilules ☐ 2. Préservatifs masculins ☐ 3. Préservatifs féminins ☐ 4. DIU ☐ 5. Injectables ☐ 6. Implants ☐ 7. Ligature des trompes ☐ 8. Vasectomie ☐ 9. Méthode des jours fixes (MJF) ☐10. Autres (préciser):		

Je voudrais vous poser quelques questions spécifiques sur les services de planification familiale fournis dans ce site

412	Le personnel donne t-il des informations sur la PF aux clientes qui accèdent aux services de fistule	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
413	Les prestataires de services de PF font-ils une évaluation des risques/intentions pour la grossesse, l'espacement des naissances ou la conduite de la grossesse à terme ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
414	Le personnel dispense t-il des conseils sur les méthodes de PF, y compris la capacité de prévenir le VIH / IST, la double protection?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
415	Le personnel distribue t-il des préservatifs, fait-il la démonstration sur leur utilisation?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
416	Le personnel donne – t-il des contraceptifs oraux avec des indications sur le mode d'emploi?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	

PROGRAMME D'EXTENSION- SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE			
417	Cette unité dispose t-elle d'un programme d'extension de planning familial/rattachement communautaire?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	S'il n'y a pas d'activités d'extension, aller à 421
	Si NON, est-elle en partenariat avec une autre organisation qui mène des activités d'extension/ **rattachement communautaire ?**	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
418	A quelle fréquence dans un trimestre le programme d'extension se tient-il?	_____ fois par trimestre ☐8. Question sautée ☐ 9. Ne sais pas	

PROGRAMME D'EXTENSION- SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE					
419	**Cette structure a-t-elle dispensé une formation à des travailleurs de santé communautaire dans les thèmes suivants au cours de l'année écoulée??**				
	Formation dispensée	**Oui**	**Non**	**Ne sais pas**	
a	Les hommes en tant que partenaires en santé de la reproduction	1	2	9	
b	Planification familiale	1	2	9	
c	Questions sexospécifiques, relations, égalité de genre	1	2	9	
d	Autres (préciser)	1	2	9	
420	**Y a-t-il une extension à base communautaire pour la fourniture de (Interviewer: lire chaque point, de a à e, encercler la réponse)**				
a	Préservatifs masculins	1	2	9	
b	Préservatifs féminins	1	2	9	
c	Contraceptifs oraux	1	2	9	
d	Contraceptifs d'urgence	1	2	9	
e	Injectables	1	2	9	
f	Autres (préciser)	1	2	9	
421	Cette structure a t-elle besoin de commencer ou d'augmenter les activités d'extension dans la communauté?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas (si oui, préciser quelle serait l'activité et quel serait le principal objectif)			
422	Quelles sont les sources des références de planning familial vers la structure? (COCHER TOUTES LES REPONSES QUI S'APPLIQUENT)	☐ 1. Autres femmes ayant fait l'objet d'une réparation ☐ 2. Autres femmes qui ont reçu des services de PF ici ☐ 3. Autres structures de santé ☐ 4. Médias ☐ 5. Autres			
423	Donne t- on une rétro-information à la source de la référence?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas Si oui, préciser le type de rétro-information_____			

PROGRAMME D'EXTENSION- SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE			
424	Etes-vous parfois obligé de référer des cas à cause de (COCHER TOUTES LES REPONSES QUI S'APPLIQUENT)	☐ 1. Politique non favorable du site pour le PF ☐ 2. Ils présentent des complications ou des effets secondaires ☐ 3. Le type de PF choisi n'est pas disponible ☐ 4. Manque d'équipements ou de matériels ☐ 5. Manque de prestataires formés Si des références sont faites, vers où les faites-vous?	

NUMERO	GESTION & QUALITE - SERVICES DE PLANNING FAMILIAL		COMMENTAIRE S/ALLER
425	Y a-t-il un mécanisme régulier, formel pour examiner les dossiers des clientes et les statistiques des prestations dans cette unité?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
426	A-t-on utilisé les statistiques de services pour la prise de décision?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
427	A-t-on utilisé les statistiques de services pour la prise de décision au cours des 6 derniers trimestres?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
428	L'unité dispose t-elle d'aides de travail pour le planning familial?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
429	L'unité dispose t-elle d'aides de travail pour la prévention des infections?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
430	Quelqu'un dans cette unité a t-elle suivi une formation ou un recyclage en prévention des infections au cours des 3 dernières années?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sait pas	
431	*(Commentaires de l'OBSERVATEUR sur les conditions générales de PI dans l'unité et ce qui doit être amélioré)*		

NUMERO	GESTION & QUALITE - SERVICES DE PLANNING FAMILIAL					COMMENTAIRE S/ALLER
432	***Enumérer les types d'archivage utilisés dans cette structure? COCHER TOUS LES TYPES QUI S'APPLIQUENT.***			(NOTER: sont-ils bien conservés, état général, confidentialité, consentement, aptitude à satisfaire les critères des indicateurs) B= Bien; P= Passable ; M= Médiocre ; NO= Non Observé		
	Etat Général	*Complétude*	*Confidentialité*	*Consentement*	*Aptitude pour les indicateurs*	
☐ A. Dossier client						
☐ B. Registre des admissions						
☐ C. Registre des sorties						
☐ D. Registre du bloc opératoire						
☐ E. Passation des rondes/infirmières						
☐ F. Autres (spécifier)						

Numéro	ZONES D'ATTENTE, DE COUNSELING ET DE CONSULTATION - PLANNING FAMILIAL		Commentaire /ALLER A
433	Y a-t-il plus d'un endroit où les nouvelles patientes peuvent attendre les services?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	

Numéro	ZONES D'ATTENTE, DE COUNSELING ET DE CONSULTATION - PLANNING FAMILIAL		Commentaire /ALLER A
434	Où les clientes attendent-elles avant de recevoir les services? Enquêter: ENCERCLER UNE REPONSE	☐ 1. Endroit couvert avec des sièges à l'extérieur dehors ☐ 2. Sièges dans une salle séparée du lieu de traitement ou de consultation ☐ 3. Zone séparée par des rideaux, sièges partagés avec la zone de traitement ou de consultation ☐ 4. Zone d'attente couverte, mais sans sièges ☐ 5. Zone d'attente non couverte ☐ 88. Question sautée ☐ 77. Zone non montrée	
435	Où les clientes reçoivent-elles le counseling**?**	Préciser le lieu	
a	Existe-t-il une intimité auditive suffisante?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
b	Existe-t-il une intimité visuelle suffisante?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	
c	Détails et autres observations		
436	Où les clientes sont-elles examinées**?** **Enquêter: COCHER UNE REPONSE**	☐ 1. Pièce séparée avec une porte ☐ 2. Zone séparée par des rideaux, pas de porte ☐ 3. Autre endroit privé où les clientes ne peuvent être ni vues, ni entendues ☐ 4. Même endroit que celui utilisé pour l'attente/le counseling ☐ 5. Autres, décrire _____ _____	
437	**ENQUÊTER: EXAMINER LA SOURCE DE LUMIERE DANS LE LIEU DE CONSULTATION POUR EN DETERMINER LA SUFFISANCE, LA FONCTIONNALITE ET, LE CAS ECHEANT, LA FLEXIBILITE.**		
a	Lumière naturelle	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	
b	lumière du plafond	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	
c	Lampe de consultation en marche	☐ 1. Bonne ☐ 2. Médiocre ☐ 9. Ne sais pas, non observé	

ENQUÊTEUR: Remercier et faire les autres commentaires de transition pour la continuation des évaluations au niveau des autres services.

Enfin, quelles sont les forces et faiblesses de l'unité de planning familial, selon vous?
Forces
Problèmes
Commentaires supplémentaires

COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTEUR
Force du site
Problèmes du site
Commentaires supplémentaires

500: INVENTAIRE DES MATERIELS, FOURNITURES ET MEDICAMENTS

Les questions de cette section peuvent être répondues par le responsable de l'administration, des approvisionnements ou par la personne en charge des services spécifiques. Pour les besoins de références, l'interviewer peut utiliser les listes de fournitures et matériels standards pour les césariennes et les fistules de Fistula Care, le manuel de pays pour les SOU et les listes fournies en Annexes A, B et C dans ce document.

NUMERO	INVENTAIRE DES MATERIELS, FOURNITURES ET MEDICAMENTS		COMMENTAIRE
Matériel : chirurgie générale			
501	Tout le matériel général nécessaire pour la chirurgie est-il disponible aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser ce qui manque
502	Avez-vous manqué de matériels généraux quelconques à un moment ou autre au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si oui, préciser ce qui a manqué
503	Enquêteur: le matériel général disponible est t-il totalement fonctionnel?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser
Matériel: Spécifique aux fistules			
504	Tout le matériel nécessaire à la chirurgie de la fistule est t-il disponible aujourd'hui?	☐ **1. Oui** ☐ **2. Non** ☐ **9. Ne sais pas**	Si non préciser ce qui manque
505	Avez-vous manqué de matériels généraux quelconques à un moment ou autre au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ **1. Oui** ☐ **2. Non** ☐ **9. Ne sais pas**	Si oui, préciser les matériels
506	Le matériel général disponible est t-il totalement fonctionnel?	☐ **1. Oui** ☐ **2. Non** ☐ **9. Ne sais pas**	Si non préciser
a	De quels autres matériels auriez-vous besoin? _____		
Matériel : entretien			
507	Existe-t-il un système pour la réparation / entretien du matériel chirurgical ?	☐ **1. Oui** ☐ **2. Non** ☐ **9. Ne sais pas**	Si oui, décrire
508	Existe-t-il un système pour le remplacement du matériel chirurgical?	☐ **1. Oui** ☐ **2. Non** ☐ **9. Ne sais pas**	Si oui, décrire
Fournitures : générales, chirurgicales			
509	Toutes les fournitures générales/médicaments nécessaires pour la chirurgie sont-ils disponibles aujourd'hui?	☐ **1. Oui** ☐ **2. Non** ☐ **9. Ne sais pas**	Si non préciser ce qui manque
510	Avez-vous manqué des fournitures générales/médicaments suivants à un moment quelconque au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ **1. Oui** ☐ **2. Non** ☐ **9. Ne sais pas**	Si oui préciser ce qui a manqué

NUMERO	INVENTAIRE DES MATERIELS, FOURNITURES ET MEDICAMENTS		COMMENTAIRE
511	Les fournitures et médicaments disponibles sont-ils en bon état et non périmés?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser ce qui est périmé
Fournitures : Chirurgie de la fistule			
512	Les fournitures et médicaments nécessaires pour la chirurgie de la fistule sont-ils disponibles aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser ce qui manque
513	Avez-vous manqué des fournitures générales/médicaments suivants à un moment quelconque au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si oui, préciser lesquels
514	Les fournitures et médicaments disponibles sont-ils en bon état et non périmés?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser ce qui est périmé
a	De quelles autres fournitures auriez-vous besoin? _____		
Fournitures : Prévention des infections			
515	Les fournitures et médicaments nécessaires pour la PI sont-ils disponibles aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser ce qui manque
516	Avez-vous manqué des fournitures générales/médicaments suivants à un moment quelconque au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si oui, préciser ce qui vous a manqué
517	Les fournitures disponibles sont-elles en bon état et non périmées?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non, quel est leur état?
Fournitures de Planification Familiale			
518	Les fournitures et produits de PF nécessaires sont-ils disponibles aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser ce qui manque
519	Avez-vous manqué de fournitures et produits de PF à un moment quelconque au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si oui, préciser lesquels
520	Les fournitures disponibles sont-elles en bon état et non périmées?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser lesquelles
Fournitures et matériels: pour la formation sur la fistule et / ou SOU / PF (si applicable)			
521	Les fournitures et matériels nécessaires pour la formation	☐ 1. Oui ☐ 2. Non	Si non préciser ce qui manque

NUMERO	INVENTAIRE DES MATERIELS, FOURNITURES ET MEDICAMENTS		COMMENTAIRE
	sont-ils disponibles aujourd'hui?	☐ 9. Ne sais pas	
522	Avez-vous manqué des fournitures et/ou matériels suivants à un moment quelconque au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si oui, préciser ce qui a manqué
523	Les fournitures / matériels disponibles sont-ils fonctionnels et en bon état?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non préciser lesquels sont en mauvais état
Antimicrobiens et analgésiques et autres/anesthésiques et autres médicaments			
524	Les antimicrobiens/ analgésiques/anesthésiques et autres médicaments nécessaires sont-ils disponibles aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non, préciser ce qui a manqué
525	Avez-vous manqué de l'un de ces articles à un moment quelconque au cours des 6 derniers mois, y compris aujourd'hui?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si oui, préciser ce qui a manqué
526	Les articles disponibles sont-ils en bon état et non périmés?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ 9. Ne sais pas	Si non, préciser leur état actuel

COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTER
Forces
Problèmes
COMMENTAIRES SUPPLEMENTAIRES

ANNEXE A. Matériels et fournitures pour les fistules

EQUIPEMENTS ET FOURNITURES STANDARD POUR STRUCTURE DE FISTULE
EngenderHealth/Fistula Care

Il y a très peu de pièces d'équipement ou de fournitures qui sont uniquement et exclusivement pour la chirurgie de la fistule. De nombreux éléments des matériels pour la fistule peuvent être communs à d'autres ensembles chirurgicaux, par ex. : les césariennes, laparotomie, chirurgie mineure, la D & C. Certains éléments sont obligatoires et d'autres facultatifs, en fonction des routines spécifiques du site, par exemple l'utilisation de l'AG plutôt que la rachianesthésie, l'infiltration à l'aide de « jus de la jungle » pour les chirurgies vaginales, l'utilisation de la diathermie, etc. Il s'agit d'une liste plus complète, car certains programmes peuvent mettre en place service de chirurgie tout neuf et ne pas disposer des matériels pour démarrer. Les matériels spécifiques au pavillon ne sont pas inclus.

Instrument pour la réparation (Voie Vaginale et/ou abdominale)

- Ciseaux droits de dissection, Mayo 17 cm,
- Ciseaux courbes de dissection, Mayo 17 cm,
- Ciseaux courbes pour les amygdales, Boyd-Stille, 17cm
- Ciseaux pointus de 90 degrés d'angle, de 20 cm de long
- Ciseaux droits pour suture, 15 cm
- Ciseaux courbes pour suture, 15 cm

- Porte-aiguille, Mayo-Hega, droit 18 cm, 20 cm
- Porte-aiguille, Mayo-Hega, courbe, 18 cm, 20 cm
- Manche de bistouris. N°7, longueur 15 cm, 18 cm par exemple, Swan Morton (pour lame N° 11)
- Speculum vaginal, Graves bi-valve, moyen, grand (petite taille en option), en acier inoxydable
- Speculum vaginal Auvard, 22 cm pondéré, 1 kg, (en option poids additionnels de 0,8 kg, 1,2 kg)
- Spéculum, Sims unipolaire (double bout supplémentaire, en option)

- Forceps de tissu, de Littlewood
- Forceps de tissu standard 14,5 cm
- Forceps de tissu, Allis, 15 cm à 20 cm
- Pince de Kelly droite et longue, 18 cm
- Pince de Kelly courbe et longue, 18 cm
- Pince à disséquer avec griffe, 15cm, 20 cm
- Pince à disséquer sans griffe de 15cm, 20 cm
- Pince à faux germe droite de Forrestor lisse 24 cm
- Pince à servir droite dentelée de Forrestor, de 24 cm
- Pince hémostatique sans griffe à bout arrondi, 20 cm
- Pince hémostatique sans griffe, pointe douce angle 20 cm
- Pince hémostatique sans griffe, pointu à angle de 20 cm
- Pince hémostatique, petites et droite, Hartman (ou de moustiques Halstead) droite 10 cm, 15 cm
- Pince hémostatique, petites et courbe, Hartmans de 10 cm, 15 cm
- Pince Kocher droite 15 cm, 1x2 dentelée
- Pince à col, Volsellum arrondie de 25 cm (***optionnel***: tenaculum du col de 25 cm)
- Pince, de Cheatle, et le récipient (en option)

- Aiguille, anévrisme, Deschamps, pointu 20 cm, à face droite (à face gauche -en option)
- **Ecarteurs** : vaginal thyroïde (ou US Army / Marine ou écarteurs de faraboeuf) simple ou double terminé 22 cm (en option, lame Langenbeck 13x44 mm)
- Ecarteurs abdominaux, auto-statiques, de Gosset, grands
- Sonde urétrale féminine, en acier inoxydable de 16 cm
- Sonde utérine, malléable, calibré de 30 cm
- **Sonde**, sinus, malléable avec œil

- **Bassin**, réniforme en acier inoxydable de 825 ml (aussi 600ml - ***facultatif)***
- bassin, de type Gallipot en acier inoxydable de 100 ml
- bassin en plastique de 600ml

Fournitures extensibles

- **Sondes,** urétrale, de Nélaton, bout solide, ch 12, 14, 16, 18 (ou tube d'aspiration en plastique rigide)
- Sondes urétrale de Foley, bi-canal (tri-canal en option), taille du ballon de 15 ml seulement, ch 16 (et quelques ch 14 et 18)
- Sondes urétérales à bout rond, Mento, taille 5 (et quelque 4 et 6), calibré, un code couleur pour R / L 65 cm avec pose de stent urétéral et fil guide)
- Sondes rectale avec un boc de lavement, ch 22,
- **Fils de suture** : catgut chromé de 3 / 8 aiguille ronde N° 3 / 0, 2 / 0, 1 / 0, 0
- Catgut simple à aiguille ½ cercle N°. 3 / 0, 2 / 0
- Soie noire tressée avec aiguille de 3 / 8 cercle tranchante N° 2 / 0, / 1 / 0, 0
- Vicryl (en option) avec aiguille en ½ cercle N° 5 / 0, 4 / 0, 3 / 0, 2 / 0, 1 / 0, 1
- Nylon ou de propylène N° 0, 1 avec aiguille en ½ cercle (en option, sans aiguille, 15m)
- Polyamide sans aiguille N°. 0, 1, 15 m
- PDS ou polyglycolique, sans aiguille, N° 0, 1, 15m
- **Aiguilles**, suture, en vrac, ½ cercle rond-corsé et trocart à pointe, taille 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Aiguille à suture, Dennis Brown petites (16), moyenne (25)
- Aiguille en hameçon, pour fistule (en option), les tailles 8, 9, 10
- Aiguille de ponction lombaire, stérilisable, en acier inoxydable, avec stylet, taille 19, 22 et 25 (option de programme)
- **Gants** chirurgicaux stériles, à usage unique, tailles, 7, 7,5, 8
- Gants d'examen, non stérile, à usage unique, taille petite, moyenne grande
- Gants de ménage
- Coton hydrophile, absorbant, non stérile
- Rouleau de gaze, 12 rouleaux de 5 cm
- Poches à urines, 2l, sans latex avec soupape de décharge en bas (pas en hauteur)
- Ruban adhésif de 5 cm, 10m
- Ruban en papier, 5 cm
- Tablier en plastique
- Alèze en plastique
- Champs chirurgicaux en coton fort 1,5 mètre carré; fenêtrée, de petits champs.
- Robe/blouse en coton, grande et moyenne taille pour patient au cours de la chirurgie
- Bottes ou sabots, sandales; masques et bonnets pour la salle d'opération,
- Solutés IV, (de Hartmann, lactate de Ringer, dextrose à 5% dans l'eau, dextrose 5% dans une solution saline normale, sérum physiologique)
- Emulsion, acroflavine (ou teinture d'iode ou de povidone-en option); Betadine
- **Gelée de pétrole, gaz vaseline**
- Teinture, bleu de méthylène-(ou violet de gentiane - facultatif)
- seringues en plastique de 5, 10 et 20 ml avec ou sans aiguilles pour injections
- seringues à vessie en plastique, 50 ml ou 60 ml avec buse conique extra long (pour l'essai de teinture)

- **Canule IV** de différentes jauges (ex. Cathéter IV Surflow, 16 G 5 cm, 18 G, 20 G 5 cm)
- Kit IV de soluté pour la perfusion, Kit IV de transfusion (optionnel)
- Lames de bistouri, de taille 11 et 13, pointu
- Lames de bistouri, taille 15, courbe
- **Anesthésiques**: Bupivacaïne, chlorhydrate hyperbarique de 0,5%, amps de 20 ml
- Lignocaine (xylocaïne HCl) inj 2%, 20 ml
- Médicaments: Plateau à médicaments, avec des médicaments injectables / par voie orale ou anale, antibiotiques à large spectre, analgésiques, antiémétiques (par exemple Stemetil), Adrenaline inj 1 mg dans 1 ml, amp 1 ml

Equipement du bloc opératoire

- Table opératoire mécanique (hydraulique de préférence), minimum 30 degré d'inclinaison de Trendelenburg, hauteur réglable, étriers, pôles de lithotomie, supports des épaules réglable dans le sens de la longueur (par exemple optomaster, Seward médical, Eschemann, autres)
- Tabouret pour chirurgien, pivotant, hauteur réglable, rembourré en haut, sans dossier
- Lampe de table d'examen médical, réglable/ à col de cygne angle 110/220v avec des ampoules de rechange

- Lampe scialytique sur pieds (e.g. Burton de Van Nuy Californie) mais Hannalux 110V et Risma elliptic D 400,
- Lampe scialytique plafonnier, sans ombre (facultatif)
- Boîte à instrument, grand, acier inoxydable, avec couvercle
- **Potence à perfusion**, crochets, double crochets, de hauteur variable
- Kit IV, tubulure
- Pince à compresses, d'Elaine 8 cm (facultatif, de Backhau 8cm, 13 cm)
- Aspirateur électrique, par exemple, Gomco 110V/220V (facultatif additionnel à pédale) avec tubulure et buse chromé 28 cm

Equipements, accessoires / mobiliers de la salle d'opération

- **Appareil d'anesthésie** (-option) avec accessoires d'AG; gaz, médicaments injectables d'anesthésie, tubulures, soufflets /sac ambulatoire pour adulte/, masque, voies aériennes, laryngoscope avec diverses lames et tubulures, etc.
- Armoires, pour médicaments, fournitures (en option)
- Chariot ou brancard pour transport patient
- Chariot à instrument
- Stérilisateur, (ou DHN)
- Autoclave et Poupinel électriques ou four à chaleur sèche, avec des tambours de stérilisation de 26cm
- Table d'examen, avec une inclinaison forte Trendelenburg (pour pavillon ou clinique) – optionnel (e.g. Optomaster)
- Table à instrument, de Mayo, en acier inoxydable, avec support mobile
- Boîte à instrument avec couvercle, grand, en acier inoxydable
- Matériel et boîte d'urgence;
- Stéthoscope, Tensiomètre (anéroïde), thermomètre
- **Machine de pose de Diathermie** et câbles, aiguilles, -***facultatif*** (- e.g. alleyway surgistat II, Alleylab surgistat II diathermy ™)
- Concentrateur d'oxygène 5 litres -option (par exemple Devilbiss)
- Moniteur pour la surveillance des fonctions vitales, en option (par exemple Dynamap pro)
- Climatisation pour rafraîchir - (facultatif selon la situation géographique)

ANNEXE B: INVENTAIRE POUR LA FISTULE; LISTE DES MEDICAMENTS CHOISIS

Antibiotiques

- Amoxicilline
- Ampicilline
- Benzylpenicilli
- Chloramphénicol
- Doxycycline
- Erythromycine
- Gentamicine
- Metronidazole
- Sulfamethoxazole + trimethoprim

Analgésiques

- Acide acétylsalicylique (aspirine)
- Ibuprofène
- Paracétamol

Antiseptiques

- Chlorhexidine
- Polyvidone iodine

Désinfectants

- Mélange à base de chlorine
- Glutaraldehide

Anesthésiques

- AG e.g. Kétamine
- AL e.g. Lignocaïne, Bupivacaïne(Marcaïne) 5% hyperbarique

Hémotiniques

- Sel ferreux
- Acide folique

Ocytociques

- Ergométrine
- Ocytocine

Médicaments d'urgence

- Atropine
- Prométhazine/Phenergan
- Adrénaline
- Aminophylline
- Diphenhydramine
- Dopamine
- Flumazenil
- Hydrocortisone
- Nalaxone
- Physostigmine
- Solutions/sets IV
- Bicarbonate de soude

(***Liste non exhaustive: - resuscitateur de demande / d'oxygène, alpha-agonistes, tocolytiques, antiémétiques)***

ANNEXE C: INVENTAIRE DE LA FISTULE, LISTE DE FOURNITURES CHOISIES

a. Aiguilles, y compris les aiguilles spéciales ex. en hameçon
b. Gants stériles (réutilisables)
c. Gants d'examen (jetables)
d. Aiguilles jetables
e. Seringues jetables
f. Seringues de 50-60 cc
g. Solutés
h. Lames de Scalpel
i. Savon pour le lavage des mains
j. Compresses
k. Poudre de Chlore
l. Sonde Urétrale
m. Sonde Urétérale
n. Suture Spéciale de fistule
o. Lame spéciale pour la fistule
p. Poche à Urine
q. Poche à Colostomie
r. Bleu de Méthylène ou autres teintures