# **Module DREAM-IT pour les établissements de santé**

Instructions

* Écrire clairement ou encercler le(s) choix de réponse de la personne interrogée dans la colonne Réponse.
* Si la personne interrogée ne connaît pas la réponse, encercler 999. Ne sais pas.
* Des instructions supplémentaires peuvent être fournies en italique sous les questions ou dans la section Commentaires.
* Notez qu'une flèche après un choix de réponse sera suivie d'instructions de passage. Par exemple, si vous voyez « 🡪 Passer à SR5 », l'enquêteur doit passer à la section Surveillance et réponse (SR), question 5.

Informations générales (IG)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse**  | **Commentaires** |
| IG1. | Nom du pays :  |   |  |
| IG2. | Nom du district : |  |  |
| IG3. | Nom de l'établissement de santé :  |  |  |
| IG4. | Nom de l’enquêteur : |  |  |
| IG5. | Code de l’enquêteur : |  |  |
| IG6. | Nom du ou des répondants de l'établissement de santé : | 1.2. |  |
| IG7. | Titre/poste du/des répondant(s) : | 1.2. |  |
| IG8. | Nombre d'années dans la fonction/le poste actuel du/des répondant(s) : | 1.2. |  |
| IG9. | Numéro de téléphone du ou des répondants : | 1. (+ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. (+ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| IG10. | Date de l'entretien (jj/mm/aaaa) : |  |  |
| IG11. | Heure de début de l'entretien (HH:MM ; horloge de 24 heures) : |  |  |
| IG12. | Heure de fin de l'entretien (HH:MM ; horloge de 24 heures) : |  |  |

Infrastructure de bureau (IB)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| IB1.  | Votre établissement de santé dispose-t-il d'un téléphone fixe en état de marche qui puisse être appelé à l'extérieur à tout moment où des services aux patients sont dispensés ? *Préciser que si l'établissement offre des services d'urgence 24 heures sur 24, il s'agit d'une disponibilité 24 heures sur 24.* *Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui  |  |
| IB2. | Votre établissement de santé dispose-t-il d'un téléphone mobile fonctionnel ou d'un téléphone mobile privé qui soit financé par l'établissement ? *Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui  |  |
| IB3. | Votre établissement de santé dispose-t-il d'une connexion internet fonctionnelle, et approximativement quel pourcentage du temps le service est-il réellement disponible (pendant les heures de travail) ?*Notez que la connexion à l'Internet peut se référer soit à une connexion WiFi ou à une connexion par ligne terrestre, soit à la couverture du réseau de téléphonie mobile.* *Sélectionner une réponse.* | 1. Aucune connexion internet fonctionnelle (0 % du temps)
2. Internet disponible moins de 25 % du temps
3. Internet disponible entre 25 % et 50 %
4. Internet disponible plus de 50 % du temps (mais moins de 90 % du temps)
5. Internet disponible plus de 90 % du temps
 |  |
| IB4. | Votre établissement de santé dispose-t-il aujourd'hui d'un accès au courrier électronique ou à Internet, que ce soit par le biais des téléphones, tablettes ou ordinateurs de l'établissement ou personnels ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui999. Ne sais pas  |  |
| IB5. | Votre établissement de santé dispose-t-il d'une carte à jour de tous les ménages de votre zone de couverture ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui999. Ne sais pas  |  |

Accès aux soins (AS)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse**  | **Commentaires** |
| AS1. | Quelle est la taille de la population de la zone desservie par votre établissement de santé ? | Taille de la population de la zone couverte par l'établissement de santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas |  |
| AS2. | Votre établissement de santé effectue-t-il des tests de dépistage du paludisme sur toutes les personnes qui présentent des symptômes répondant aux critères nationaux de dépistage du paludisme (par exemple, fièvre, maux de tête) ? *Sélectionner une réponse.* | 0. Non1. Oui 🡪 ***Passer à AS4***999. Ne sait pas 🡪 Passer à AS4 |  |
| AS3. | Pourquoi votre établissement de santé n'effectue-t-il pas des tests de paludisme sur toutes les personnes qui répondent aux critères de test nationaux ?  |  |
| AS4. | À quand remonte le dernier test de dépistage de paludisme effectué dans votre établissement de santé ?*Demander au répondant de consulter le registre ou les dossiers sur le paludisme si nécessaire.* | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ J J M M A A A A888. Jamais 999. Ne sais pas  |  |
| AS5. | Combien d'agents de santé communautaires et de bénévoles sont actuellement actifs dans la zone couverte par votre établissement de santé ? Énumérer tous les types et le nombre de chacun d'eux.*Cette question ne concerne que les agents de santé publique communautaires et les bénévoles.* |
| **Type d'agent de santé communautaire ou de bénévole** | **Nombre** | **Types de services fournis en matière de paludisme***Noter "0" si aucun service n'a été fourni.* | **Préciser toutes les formes de rémunération***Inscrire "0" si aucune rémunération.* |
| a. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_f. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas | a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas | a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas | a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas |
| AS6. | Les agents de santé communautaires ou les bénévoles qui fournissent des services de diagnostic du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé utilisent-ils des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Non
2. Certains utilisent des TDR
3. La plupart utilisent des TDR
4. Tous utilisent des TDR 🡪 ***Passer à******AS8***

999. Ne sait pas 🡪 ***Passer à******AS8*** |  |
| AS7. | Pourquoi les agents de santé communautaires ou les bénévoles qui fournissent des services de diagnostic du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé n'utilisent-ils pas tous des TDR ?*Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.* | 1. Contre la politique nationale de diagnostic du paludisme par les agents de santé communautaires
2. Contre la politique nationale visant à ce que les agents de santé communautaires utilisent les TDR pour diagnostiquer le paludisme
3. Utilisation des TDR uniquement pour diagnostiquer certains groupes d'âge ou sous-populations (conformément à la politique nationale)
4. Aucun patient
5. TDR périmés
6. TDR en rupture de stock dans la communauté
7. TDR en rupture de stock dans les établissements de santé
8. TDR en rupture de stock au niveau du district
9. TDR en rupture de stock au niveau provincial
10. Aucun CTA ou autre traitement n'est disponible, les patients ne se rendent donc pas chez les ASC
11. Il y a de nouvelles recrues qui n'ont pas encore été formées sur les TDR
12. Les patients n'ont pas confiance envers la capacité des ASC à diagnostiquer le paludisme
13. Utilisation d'une autre méthode de diagnostic. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| AS8. | Les agents de santé communautaires ou les bénévoles qui fournissent des services de traitement du paludisme dans la zone desservie par votre établissement de santé offrent-ils des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour le paludisme non compliqué ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non1. Certains utilisent des CTA2. La plupart utilisent des CTA3. Tous utilisent des CTA 🡪 ***Passer à*** ***FT2.1***999. Ne sait pas 🡪 ***Passer à******FT2.1*** |  |
| AS9. | Pourquoi tous les agents de santé communautaires ou les bénévoles qui fournissent des services de traitement du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé n'utilisent-ils pas les CTA ?*Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.*  | 1. Contre la politique nationale permettant aux agents de santé communautaires de fournir un traitement contre le paludisme
2. Contre la politique nationale visant à ce que les agents de santé communautaires utilisent les CTA pour traiter le paludisme
3. Fourniture de CTA uniquement pour traiter certains groupes d'âge ou sous-populations (selon la politique nationale)
4. Aucun patient
5. CTA périmés
6. CTA en rupture de stock dans la communauté
7. CTA en rupture de stock dans les établissements de santé
8. CTA en rupture de stock au niveau du district
9. CTA en rupture de stock au niveau provincial
10. Aucun TDR n'est disponible pour le dépistage (et les patients ne se rendent donc pas forcément chez les ASC)
11. Il y a de nouvelles recrues qui n'ont pas encore été formées aux CTA
12. Les patients n'ont pas confiance envers les capacités des ASC à traiter le paludisme
13. Les patients refusent ou ne font pas confiance aux CTA pour traiter le paludisme
14. Utilisation d'une autre forme de traitement. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| FT2.1 | Les agents de santé communautaires ou les bénévoles fournissant des services de traitement du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé fournissent-ils de la primaquine à dose faible unique pour le traitement du paludisme à *P. falciparum*  ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Non
2. Certains fournissent de la primaquine à faible dose unique
3. La plupart fournissent de la primaquine à faible dose unique
4. Tous fournissent de la primaquine à faible dose unique *🡪* ***Passer à FT2.3***

999. Ne sait pas 🡪 ***Passer à******FT2.3*** |  |
| FT2.2 | Pourquoi tous les agents de santé communautaires ou les bénévoles fournissant des services de traitement du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé ne fournissent-ils pas de la primaquine à faible dose unique pour le traitement du paludisme à *P. falciparum* ?*Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.*  | 1. Contre la politique nationale visant à ce que les agents de santé communautaires fournissent de la primaquine à faible dose unique pour le traitement du paludisme à *P. falciparum*
2. Fourniture exclusive de primaquine à faible dose unique pour traiter certains groupes d'âge ou sous-populations (conformément à la politique nationale)
3. Aucun patient
4. Primaquine périmée
5. Primaquine en rupture de stock dans la communauté
6. Primaquine en rupture de stock dans les établissements de santé
7. Primaquine en rupture de stock au niveau du district
8. Primaquine en rupture de stock au niveau provincial
9. Aucun TDR n'est disponible pour le dépistage (et les patients ne se rendent donc pas forcément chez les ASC)
10. Il y a de nouvelles recrues qui n'ont pas encore été formées au traitement à la primaquine à faible dose unique
11. Les patients n'ont pas confiance envers les capacités des ASC à traiter le paludisme
12. Les patients refusent ou ne font pas confiance à la primaquine à faible dose unique pour traiter le paludisme
13. Utilisation d'une autre forme de traitement. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| FT2.3 | Les agents de santé communautaires ou les bénévoles qui fournissent des services de traitement du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé proposent-ils des traitements de 14 jours à la primaquine (« traitement radical ») pour le traitement du paludisme à *P. vivax* ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Non
2. Certains proposent des traitements de 14 jours à la primaquine
3. La plupart fournissent des cours de 14 jours sur la primaquine
4. Tous fournissent des cours de 14 jours sur la primaquine *🡪* ***Passer à l'AS10***

999. Ne sait pas 🡪 ***Passer à******AS10*** |  |
| FT2.4 | Pourquoi tous les agents de santé communautaires ou les bénévoles qui fournissent des services de traitement du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé n'offrent-ils pas des cours de 14 jours sur la primaquine pour le traitement du paludisme *P. vivax* ?*Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.*  | 1. Contre la politique nationale pour que les agents de santé communautaires fournissent un traitement de 14 jours à la primaquine pour le traitement du paludisme à *P. vivax*
2. Fourniture exclusive de traitements de 14 jours à la primaquine pour traiter certains groupes d'âge ou sous-populations (selon la politique nationale)
3. Aucun patient
4. Primaquine périmée
5. Primaquine en rupture de stock dans la communauté
6. Primaquine en rupture de stock dans les établissements de santé
7. Primaquine en rupture de stock au niveau du district
8. Primaquine en rupture de stock au niveau provincial
9. Aucun TDR n'est disponible pour le dépistage (et les patients ne se rendent donc pas forcément chez les ASC)
10. Il y a de nouvelles recrues qui n'ont pas encore été formées avec les traitements de 14 jours à la primaquine
11. Les patients n'ont pas confiance envers les capacités des ASC à traiter le paludisme
12. Les patients refusent ou ne font pas confiance au traitement de 14 jours à la primaquine pour traiter le paludisme
13. Utilisation d'une autre forme de traitement. Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| AS10. | Un type quelconque de suivi des patients est-il effectué dans la zone couverte par votre établissement de santé après l'administration du traitement contre le paludisme à *P. falciparum* ou *P. vivax*  ?*Laisser les personnes interrogées répondre en premier, mais les interroger si nécessaire afin de s'assurer qu'elles aient choisi la bonne catégorie de réponse.**Sélectionner une réponse.* | 1. Aucun suivi effectué pour tout type de traitement du paludisme 🡪 ***Passer à******AS13.***
2. Oui, suivi effectué pour les cas de paludisme à *P. falciparum*
3. Oui, suivi effectué pour les cas de paludisme à *P. vivax*
4. Oui, suivi effectué pour les cas de paludisme à *P. falciparum* et *P. vivax*
5. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sait pas 🡪 ***Passer à******AS13*** |  |
| AS11. | Quelle est la fréquence approximative du suivi des patients dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Pour les établissements de santé effectuant un suivi à la fois pour le paludisme à P. falciparum et à P. vivax, veuillez répondre en faisant la moyenne des deux taux de suivi (s'ils sont différents).**Sélectionner une réponse.* | 1. Jamais
2. Rarement (moins de 10 % du temps)
3. Une partie du temps (10 à 50 % du temps)
4. La plupart du temps (50 à 90 % du temps)
5. Toujours (plus de 90 % du temps)

999. Ne sais pas |  |
| AS12. | Quels sont les trois principaux défis auxquels votre établissement de santé est confronté pour assurer le suivi des patients atteints de paludisme et leur adhésion au traitement ? | 1.2.3. |
| AS13. | Quels sont les trois principaux défis auxquels votre établissement de santé est confronté pour garantir l'accès de la population à des services antipaludéens de haute qualité ? | 1.2.3. |
| FT2.5 | Avez-vous des idées sur les solutions possibles aux problèmes d'accès aux soins que vous décrivez ci-dessus ?  |  |
| FT2.6 | Selon vous, quels sont les trois principaux défis que la population cible de la zone couverte par votre établissement de santé doit relever pour accéder aux services de lutte contre le paludisme (y compris la prévention, le diagnostic et le traitement) ? | 1.2.3. |
| FT2.7 | Avez-vous des réflexions ou des idées sur la manière de surmonter ces difficultés pour accroître l'accès de la population cible aux services de lutte contre le paludisme ? |  |

Ressources humaines (RH)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| RH1.  | Quel est le nombre total d'employés à plein temps actuellement employés par cet établissement de santé ? | Nombre total d'employés à plein temps dans l'établissement de santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas  |  |
| RH2. | Pensez-vous qu'il y ait suffisamment de personnel dans votre établissement de santé pour soutenir les activités d'élimination du paludisme ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non1. Oui **🡪 *Passer à RH4***999. Ne sais pas |  |
| RH3. | Si non, quels types de postes ou de soutien sont encore nécessaires pour votre établissement de santé ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.*  | 1. Diagnostic du paludisme
2. Traitement du paludisme
3. Rapport sur le paludisme
4. Analyse et/ou interprétation des données
5. Soutien aux investigations de cas
6. Classification des cas
7. Soutien aux investigations sur les foyers
8. Activités de réponse telles que la détection réactive ou proactive des cas
9. Distribution de MID
10. Soutien de la PIH
11. Gestion des gîtes larvaires
12. Autre lutte anti-vectorielle
13. Surveillance entomologique
14. Supervision
15. Formation
16. Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)
17. Engagement communautaire
18. Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
19. Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| RH4. | Dans quelle mesure pensez-vous que la rotation du personnel soit un problème dans votre établissement de santé ?*Lire les options de réponse à haute voix à la personne interrogée et encercler la réponse la plus proche.*  | 1. La rotation du personnel est un défi majeur
2. La rotation du personnel constitue un défi, mais pas au point d'entraver l'élimination du paludisme
3. La rotation du personnel n'est pas un problème
 |  |
| RH5. | Pensez-vous qu'il y ait suffisamment d'agents de santé communautaires et/ou de bénévoles pour soutenir les activités d'élimination du paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non1. Oui **🡪 *Passer à RH7***999. Ne sais pas |  |
| RH6. | Si non, quels types de personnel ou de soutien sont encore nécessaires au niveau communautaire pour éliminer le paludisme ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.*  | 1. Diagnostic du paludisme
2. Traitement du paludisme
3. Rapport sur le paludisme
4. Compréhension des données et des mesures à prendre en fonction de celles-ci
5. Notification des cas dans les 24 heures
6. Soutien aux investigations de cas
7. Classification des cas
8. Soutien aux investigations sur les foyers
9. Activités de réponse telles que la détection réactive ou proactive des cas
10. Distribution de MID
11. PIH
12. Gestion des gîtes larvaires
13. Autre lutte anti-vectorielle
14. Surveillance entomologique
15. Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)
16. Engagement communautaire
17. Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
18. Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| RH7. | Dans quelle mesure pensez-vous que la rotation des agents de santé communautaires ou des bénévoles soit un problème dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Lire les options de réponse à haute voix à la personne interrogée et encercler la réponse la plus proche.*  | 1. La rotation des agents de santé communautaires/bénévoles est un problème majeur
2. La rotation des agents de santé communautaires/bénévoles est un problème, mais pas au point d'entraver l'élimination du paludisme
3. La rotation des agents de santé communautaire/bénévoles n'est pas un problème
 |  |

Formation (FR)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| FR1. | Quels types de formations sur le paludisme (le cas échéant) le personnel de votre établissement de santé a-t-il suivi au cours des 24 derniers mois ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.* | 1. Aucun type de formation sur le paludisme reçue par le personnel de l'établissement de santé au cours des 24 derniers mois
2. Diagnostic des cas de paludisme ou utilisation des TDR
3. Directives pour le traitement des cas de paludisme
4. Investigation, classification et/ou intervention sur des cas
5. Investigation et/ou intervention sur des foyers
6. Détection réactive ou proactive des cas
7. Rapport sur le paludisme (papier ou électronique)
8. Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)
9. Directives ou outils de supervision
10. Rapports et gestion des stocks
11. Entomologie et/ou surveillance entomologique
12. Directives en matière d'audit ou de contrôle de la qualité des laboratoires
13. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| FR2. | Y a-t-il certains domaines ou sujets pour lesquels vous pensez avoir besoin de plus de formation ou de soutien afin d'éliminer le paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non **🡪 *Passer à FT2.8***1. Oui  |  |
| FR3. | Si oui, veuillez décrire les domaines ou les sujets pour lesquels vous pensez avoir besoin de plus de formation ou de soutien. |  |
| FT2.8 | Votre établissement de santé a-t-il dispensé un type de formation sur le paludisme aux agents de santé communautaires ou aux bénévoles au cours des 24 derniers mois ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non **🡪 *Passer à FR4***1. Oui 999. Ne sait pas **🡪 *Passer à FR4*** |  |
| FT2.9 | Quels types de formations sur le paludisme votre établissement de santé a-t-il dispensés aux agents de santé communautaires ou aux bénévoles au cours des 24 derniers mois ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.* | 1. Diagnostic des cas de paludisme ou utilisation des TDR
2. Directives pour le traitement des cas de paludisme
3. Investigation, classification et/ou intervention sur des cas
4. Investigation et/ou intervention sur des foyers
5. Détection réactive ou proactive des cas
6. Rapport sur le paludisme (papier ou électronique)
7. Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)
8. Rapports et gestion des stocks
9. Entomologie et/ou surveillance entomologique
10. Directives en matière d'audit ou de contrôle de la qualité des laboratoires
11. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| FR4. | Y a-t-il des domaines ou des sujets pour lesquels vous pensez que les agents de santé communautaires ou les bénévoles aient besoin d'une formation ou d'un soutien supplémentaires afin d'éliminer le paludisme ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non **🡪 *Passer à SV1***1. Oui 999. Ne sait pas **🡪 *Passer à SV1*** |  |
| FR5. | Si oui, veuillez décrire les domaines ou les sujets pour lesquels vous pensez que les agents de santé communautaires ou les bénévoles aient besoin de plus de formation ou de soutien. |  |

Supervision (SV)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| SV1.  | À quand remonte la dernière visite de supervision que votre établissement de santé ait reçue du niveau du district ? | Mois : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_777. Non applicable (N/A)888. Jamais999. Ne sais pas |  |
| SV2. | Votre établissement de santé a-t-il reçu un rapport ou d'autres commentaires écrits après la dernière visite de supervision effectuée par le niveau du district ? Si oui, pouvez-vous me montrer ce rapport ou cette documentation ?*Sélectionner une réponse.*  | 1. Non, aucun commentaire écrit n'a été fourni
2. Oui
3. Oui, mais le répondant n'a pas pu présenter un

document avec des commentaires777. Non applicable (N/A)999. Ne sais pas |  |
| SV3.  | À quelle fréquence approximative votre établissement de santé supervise-t-il les agents de santé communautaires ou les bénévoles dans votre zone couverte ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Jamais ***🡪 Passer à FT2.11***
2. Seulement en cas de besoin / en réponse à des défis spécifiques
3. Hebdomadaire
4. Mensuelle
5. Trimestrielle
6. Tous les 6 mois
7. Annuellement

777. Non applicable (N/A) - ne fait pas partie de la politique nationale pour mener la supervision à ce niveau ***🡪 Passer à CA1***999. Ne sais pas |  |
| SV4. | Quand votre établissement de santé a-t-il effectué la dernière visite de supervision d’un agent de santé communautaire ou bénévole (peu importe lequel) dans votre zone couverte ? | Mois : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas  |  |
| SV5. | D'après votre expérience, quels sont les principaux problèmes qui se posent lors de la supervision des agents de santé communautaires ou des bénévoles dans votre zone couverte ?  | 1.2.3. |
| FT2.10 | Votre établissement de santé utilise-t-il systématiquement une liste de contrôle de supervision normalisée au niveau national pour superviser les agents de santé communautaires ou les bénévoles ? *Sélectionner une réponse.* | 1. Non
2. Utilisation occasionnelle d'une liste de contrôle
3. Oui, utilisation systématique d'une liste de contrôle

777. Non applicable (N/A) - pas au niveau nationalliste de contrôle de supervision normalisée au niveau national999. Ne sais pas |  |
| FT2.11 | Votre établissement de santé dispose-t-il de fonds qui soient immédiatement disponibles pour prendre en charge les visites de supervision des agents de santé communautaires ou des bénévoles ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Non
2. Oui

999. Ne sais pas | *Cette question fait référence aux fonds qui sont à la disposition de l’établissement de santé sans aucune requête supplémentaire.* |
| SV6. | Quels sont les trois principaux défis que votre établissement de santé doit relever pour superviser les activités de lutte contre le paludisme au niveau des agents de santé communautaires ou des bénévoles ? | 1.2.3. |
| FT2.12 | Avez-vous des idées sur des solutions potentielles pour les défis de supervision que vous décrivez ci-dessus ?  |  |

Chaîne d'approvisionnement (CA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| CA1. | Votre établissement de santé dispose-t-il d'un exemplaire des directives nationales les plus récentes en matière de diagnostic et de traitement du paludisme que vous pourriez me montrer ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Non
2. Oui
3. Oui, mais le répondant n'a pas pu

présenter un document777. Non applicable (N/A) |  |
| CA2. | Combien de produits antipaludiques suivants (non périmés) votre établissement de santé a-t-il en stock sur place aujourd'hui ?*Demander au répondant de vous montrer les fournitures et de vérifier les dates d'expiration.* | **Produits de base** | **Nombre en stock aujourd'hui (non expiré)** |
| a. TDR du paludisme |  |
| b. Traitement CTA pour adultes (par exemple, pack 6x4) |  |
| c. Primaquine (traitement de 14 jours) | 777. Non applicable (N/A) |
| d. Kits de test « G6PD » | 777. Non applicable (N/A) |
| CA3. | Combien de fois approximativement, au cours des 3 derniers mois, votre établissement de santé a-t-il connu une rupture de stock de TDR, de CTA ou de primaquine de plus de 7 jours ?  | **Produits de base** | **Nombre de ruptures de stock (>7 jours) au cours des 3 derniers mois** |
| a. TDR du paludisme |  |
| b. Traitement CTA pour adultes (par exemple, pack 6x4) |  |
| c. Primaquine (traitement de 14 jours) | 777. Non applicable (N/A) |
| CA4. | Quels sont les trois principaux défis auxquels votre établissement de santé est confronté pour assurer un approvisionnement continu en produits antipaludiques, tant au niveau de l'établissement que des agents de santé communautaires ou des bénévoles (le cas échéant) ? | 1.2.3. |
| FT2.13 | Avez-vous des idées sur des solutions potentielles aux défis liés à la gestion de la chaîne d'approvisionnement que vous décrivez ci-dessus ?  |  |

Surveillance et réponse (SR)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| SR1. | À quelle fréquence votre établissement de santé reçoit-il des rapports mensuels complets et ponctuels sur le paludisme de la part des agents de santé communautaires ou des bénévoles ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Jamais
2. Rarement
3. De temps en temps
4. Souvent
5. Tout le temps

777. Non applicable (N/A)999. Ne sais pas |  |
| SR2. | À quelle fréquence votre établissement de santé soumet-il des rapports mensuels complets et ponctuels sur le paludisme à l’agence du district ou de la province (selon le cas) ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Jamais
2. Rarement
3. De temps en temps
4. Souvent
5. Tout le temps

777. Non applicable (N/A) **🡪 *Passer à SR4***999. Ne sais pas |  |
| SR3.  | Quels sont les trois principaux défis auxquels votre établissement de santé est confronté en matière de communication des données de surveillance de routine du paludisme ?*Les personnes interrogées doivent répondre en premier sans être guidées. Poursuivre en lisant chacune des options à la personne interrogée.**Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.*  | 1. Aucun défi
2. Prend du temps
3. Manque de formation
4. Aucun signal téléphonique disponible
5. Signal téléphonique faible ou intermittent
6. Pas d'internet disponible
7. Connectivité internet insuffisante ou intermittente
8. Manque de téléphones portables fonctionnels pour rapporter les données
9. Manque d'ordinateurs portables fonctionnels pour rapporter les données
10. Rapports tardifs par les niveaux inférieurs
11. Rapports inexacts par les niveaux inférieurs
12. Pas de directives claires en matière de rapports
13. Changements fréquents apportés aux formulaires ou aux plateformes de reporting
14. Capacité nulle ou limitée de gestion et d'analyse des données
15. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas  |  |
| FT2.14 | À quelle fréquence les agents de santé communautaires/bénévoles de la zone couverte par cet établissement de santé signalent-ils les cas de paludisme dans le délai recommandé de 24 heures (ou 1 jour) ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Jamais
2. Rarement
3. De temps en temps
4. Souvent
5. Tout le temps

777. Non applicable (N/A)999. Ne sais pas |  |
| SR4.  | Votre établissement de santé a-t-il participé à des activités d'investigation ou d'intervention sur des cas au cours des cinq dernières années ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non **🡪 *Passer à SR7***1. Oui 777. Non applicable (N/A) - aucun cas n'est survenu dans la zone couverte par l'établissement de santé au cours des 5 dernières années **🡪 *Passer à SR7***999. Ne sait pas **🡪 *Passer à SR7*** |  |
| FT2.15 | Lorsque votre établissement de santé a participé à des activités d'investigation ou d'intervention sur des cas, avez-vous déjà dû fermer votre établissement ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui 999. Ne sais pas  |  |
| SR5. | En moyenne, combien de jours après le signalement d'un cas une investigation est-elle menée dans la zone couverte par cet établissement de santé ? *Sélectionner une réponse.* | 1. Entre 1 et 3 jours
2. Entre 4 et 7 jours
3. Entre 8 et 14 jours
4. Plus de 15 jours après
5. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| SR6. | Quels sont les trois principaux défis auxquels votre établissement de santé est confronté pour soutenir les activités d'investigation de cas et/ou d'intervention ? | 1.2.3. |
| SR7. | Des investigations sur les foyers ont-elles eu lieu dans la zone couverte par votre établissement de santé au cours des cinq dernières années ? *Sélectionner une réponse.* | 0. Non **🡪 Passer à FT2.17**1. Oui 777. Non applicable (N/A) - aucun foyer dans la zone couverte par l'établissement de santé au cours des 5 dernières années **🡪 *Passer à FT2.17***999. Ne sait pas **🡪 *Passer à FT2.17*** |  |
| SR8. | Votre établissement de santé a-t-il participé à des activités d'investigation ou d'intervention sur des foyers au cours des cinq dernières années ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non **🡪 *Passer à FT2.17***1. Oui 777. Non applicable (N/A) **🡪 *Passer à FT2.17***999. Ne sait pas **🡪 *Passer à FT2.17*** |  |
| FT2.16 | Lorsque votre établissement de santé a participé à des activités d'investigation ou d'intervention sur des foyers, avez-vous déjà dû fermer votre établissement ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui 999. Ne sais pas  |  |
| SR9. | En moyenne, combien de jours après la confirmation d'un cas une investigation des foyers est-elle effectuée dans la zone couverte par cet établissement de santé ? *Sélectionner une réponse.* | 1. Entre 1 et 4 jours
2. Entre 5 et 7 jours
3. Entre 8 et 14 jours
4. Plus de 15 jours après
5. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| SR10. | Quels sont les trois principaux défis que votre établissement de santé doit relever pour soutenir les activités d'investigation et/ou d'intervention sur les foyers ? | 1.2.3. |
| FT2.17 | Votre établissement de santé dispose-t-il de fonds immédiatement disponibles pour prendre en charge les investigations de cas et/ou de foyers ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui, pour les investigations de cas
2. Oui, pour les investigations sur les foyers
3. Oui, pour les investigations de cas et les foyers

999. Ne sais pas  | *Cette question fait référence aux fonds qui sont à la disposition de l’agence sans aucune requête supplémentaire.* |
| SR11. | Pensez-vous que votre établissement de santé sache quelles populations et quelles zones sont les plus exposées au risque de paludisme dans votre zone couverte ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui. Populations à haut risque identifiées : Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas  |  |
| FT2.18 | La détection proactive des cas (par exemple, le dépistage et le traitement dans les zones ou auprès des populations à haut risque) a-t-elle lieu actuellement dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non ***🡪 Passer à FT2.20***1. Oui999. Ne sait pas ***🡪 Passer à FT2.20*** |  |
| FT2.19 | Quelles populations ont été ciblées par des activités de détection proactive des cas dans la zone couverte par votre établissement de santé au cours des 12 derniers mois ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.* | 1. Villages ou zones à forte prévalence
2. Enfants de moins de 5 ans
3. Femmes enceintes
4. Populations migrantes
5. Populations transfrontalières
6. Autres populations à haut risque

Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas  |  |
| FT2.20 | La détection réactive des cas (par exemple, le dépistage et le traitement auprès du ménage et des voisins d'un cas index) a-t-elle lieu actuellement dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non ***🡪 Passer à SR12***1. Oui999. Ne sait pas ***🡪 Passer à SR12*** |  |
| FT2.21 | Quelles populations ont été ciblées par des activités de détection réactive des cas dans la zone couverte par votre établissement de santé au cours des 12 derniers mois ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.* | 1. Ménage du cas index
2. Voisins du cas index
3. Pairs ou collègues de travail du cas index
4. Co-voyageurs du cas index
5. Enfants de moins de 5 ans
6. Femmes enceintes
7. Autres populations (préciser) :

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_999. Ne sais pas  |  |
| SR12. | Les communautés participent-elles à des activités de surveillance ou d'intervention en matière de paludisme dans la zone couverte par votre établissement de santé (par exemple, investigation de cas ou de foyers, intervention en cas d'épidémie) ? Si oui, veuillez décrire ces activités.  |  |

Lutte anti-vectorielle (LAV)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| LAV1.  | La PIH est-il effectuée dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Non ***🡪 Passer à FT2.23***
2. Oui

777. Non applicable (N/A) ***🡪 Passer à LAV3***999. Ne sait pas ***🡪 Passer à LAV3*** |  |
| LAV2.  | Quand a eu lieu la dernière campagne de PIH dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Inscrire le mois et l'année. Si la personne interrogée ne se souvient que d'une partie de la date, inscrire cette information et écrire 999 pour la partie qu'elle ne connaît pas.* | Mois : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_888. Jamais ***🡪 Passer à FT2.23***999. Ne sais pas  |  |
| FT2.22 | Quel pourcentage approximatif de la zone couverte par l'établissement de santé a été traité lors de la dernière campagne de PIH ? | Pourcentage approximatif de la zone couverte qui a été traitée lors du dernier cycle de PIH : \_\_\_\_\_\_\_\_\_%999. Ne sais pas  |  |
| FT2.23 | Pourquoi aucune PIH n'a-t-il été réalisée dans la zone couverte par votre établissement de santé au cours des 12 derniers mois ? *Les personnes interrogées doivent répondre en premier sans être guidées. Poursuivre en lisant chacune des options à la personne interrogée.* *Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.*  | 1. La politique/stratégie nationale n'inclut pas la PIH
2. Zone couverte d'un établissement de santé non sélectionnée/ciblée pour recevoir une PIH
3. Ne doit pas être reçu - PIH effectué au cours des 2 dernières années
4. Pénurie de produits chimiques pour la PIH
5. Pénurie d'équipements de pulvérisation fonctionnels
6. Manque de fonds disponibles pour les indemnités journalières
7. Manque de fonds disponibles pour le carburant
8. Manque de véhicules
9. Manque de ressources humaines qualifiées
10. Difficulté topographique
11. Refus des ménages/communautés
12. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas  |  |
| LAV3. | La distribution massive de MID est-elle effectuée dans la zone couverte par votre établissement de santé ? *Sélectionner une réponse.* | 1. Non ***🡪 Passer à FT2.24***
2. Oui

777. Non applicable (N/A) ***🡪 Passer à FT2.24***999. Ne sait pas ***🡪 Passer à FT2.24*** |  |
| LAV4. | Quand la dernière campagne de distribution massive de MID a-t-elle eu lieu dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Inscrire le mois et l'année. Si la personne interrogée ne se souvient que d'une partie de la date, inscrire cette information et écrire 999 pour la partie qu'elle ne connaît pas.* | Mois : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_888. Jamais ***🡪 Passer à FT2.24***999. Ne sais pas  |  |
| FT2.24 | Au cours des 12 derniers mois, une distribution continue ou ciblée de MID a-t-elle été effectuée dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner une réponse.* | 1. Non ***🡪 Passer à LAV5***
2. Oui

777. Non applicable (N/A) ***🡪 Passer à LAV5***999. Ne sait pas***🡪 Passer à LAV5*** |  |
| FT2.25 | Quelles populations spécifiques reçoivent des MID par le biais d'une distribution continue ou ciblée dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.* | 1. Nouveaux résidents
2. Femmes enceintes (par exemple, visites SPN)
3. Jeunes enfants (cliniques ou programmes d'immunisation)
4. Enfants d'âge scolaire (par exemple, distribution de MID dans les écoles)
5. Populations migrantes
6. Autres populations à haut risque

Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas  |  |
| LAV5. | Au cours des 12 derniers mois, une gestion des gîtes larvaires (GGL) a-t-elle été menée dans la zone couverte par votre établissement de santé ? *Sélectionner une réponse.* | 0. Non ***🡪 Passer à FT2.27***1. Oui777. Non applicable (N/A) ***🡪 Passer à LAV7***999. Ne sait pas ***🡪 Passer à LAV7*** |  |
| LAV6. | Au cours des 12 derniers mois, quelles activités de gestion des gîtes larvaires (GGL) ont été menées dans la zone couverte par votre établissement de santé ?*Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.* | 1. Traitement larvaire chimique (par exemple, temephos, Abate)
2. Traitement larvicide non chimique (par exemple, larvicides microbiens, utilisation d'espèces prédatrices)
3. Modifications et/ou manipulations de l'environnement (par exemple, drainage de l'eau, défrichage de la végétation, remplissage des terres, couverture des récipients de stockage de l'eau)
4. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas  |  |
| FT2.26 | Veuillez décrire le calendrier, la fréquence et l'ampleur des activités de gestion des gîtes larvaires (GGS) dans la zone couverte par votre établissement de santé. |  |
| FT2.27 | Pourquoi aucune gestion des gîtes larvaires (GGS) n'a-t-elle été menée dans la zone couverte par votre établissement de santé au cours des 12 derniers mois ? *Les personnes interrogées doivent répondre en premier sans être guidées. Poursuivre en lisant chacune des options à la personne interrogée.* *Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.*  | 1. La politique/stratégie nationale n'inclut pas la GGL
2. La zone couverte par l'établissement de santé n'a pas été sélectionnée/ciblée pour bénéficier d'une GGL
3. Il a été déterminé que la GGL n'était pas une stratégie appropriée pour la zone couverte
4. Pas fixe, peu nombreux et trouvable - trop de gîtes larvaires à aborder
5. Incompréhension sur la manière de mener la GGL
6. Aucune formation ou instruction n'est fournie sur la gestion des gîtes larvaires
7. Pénurie de larvicide
8. Manque de fonds disponibles pour les indemnités journalières
9. Manque de fonds disponibles pour le carburant
10. Manque de véhicules
11. Manque de ressources humaines qualifiées
12. Topographie complexe
13. Refus des ménages/communautés
14. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| LAV7. | Au cours des 12 derniers mois, des activités de surveillance entomologique ont-elles été menées dans la zone couverte par votre établissement de santé (à votre connaissance) ? *Sélectionner une réponse.* | 0. Non ***🡪 Passer à FT2.28***1. Oui777. Non applicable (N/A) ***🡪 Passer à LAV9***999. Ne sait pas ***🡪 Passer à LAV9*** |  |
| LAV8. | Au cours des 12 derniers mois, quelles activités de surveillance entomologique ont été menées dans la zone couverte par votre établissement de santé ? *Lire toutes les options à la personne interrogée.* *Sélectionner tous les éléments qui s'appliquent.* | 1. Enquête de base pour collecter les données initiales de base pour la planification
2. Enquêtes de routine sur les sites sentinelles
3. Investigations des foyers
4. Investigations sur les épidémies
5. Enquêtes ponctuelles, y compris les investigations sur les foyers
6. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| FT2.28 | Pourquoi aucune surveillance entomologique n'a-t-elle été effectuée dans la zone couverte par votre établissement de santé au cours des 12 derniers mois ? *Les personnes interrogées doivent répondre en premier sans être guidées. Poursuivre en lisant chacune des options à la personne interrogée.* *Encercler les trois options de réponse les plus importantes (ou moins) qui s'appliquent.*  | 1. La politique/stratégie nationale ne prévoit pas de surveillance entomologique
2. Aucune surveillance entomologique n'est effectuée dans cette zone couverte (par exemple, aucun site sentinelle n'est situé dans la zone)
3. Incompréhension sur la manière de mener une surveillance entomologique
4. Aucune formation ou instruction n’a été fournie sur la surveillance entomologique
5. Manque d'équipements fonctionnels
6. Accès inexistant ou limité aux infrastructures de laboratoire ou d'insectarium pour le traitement, l'analyse ou le stockage des échantillons
7. Manque de fonds disponibles pour les indemnités journalières
8. Manque de fonds disponibles pour le carburant
9. Manque d'autres fonds
10. Manque de véhicules
11. Manque de ressources humaines qualifiées
12. Topographie complexe
13. Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

999. Ne sais pas |  |
| LAV9. | Quels sont les trois principaux défis liés à la lutte anti-vectorielle et/ou à la surveillance entomologique dans la zone couverte par votre établissement de santé ? | 1.2.3. |
| FT2.29 | Avez-vous des idées sur les solutions possibles aux problèmes de lutte anti-vectorielle et/ou de surveillance entomologique que vous décrivez ci-dessus ?  |  |

Engagement communautaire (EC)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Questions** | **Réponse** | **Commentaires** |
| EC1. | Les communautés de la zone couverte par votre établissement de santé sont-elles conscientes de l'engagement national en faveur de l'élimination du paludisme ?*Sélectionner une réponse.* | 0. Non 1. Oui1. Certaines communautés en sont conscientes, tandis que d'autres ne le sont pas

999. Ne sais pas |  |
| EC2. | De quelle manière (le cas échéant) les communautés de la zone couverte par votre établissement de santé sont-elles impliquées dans les activités d'élimination du paludisme ? |  |
| EC3. | Comment votre établissement de santé s'engage-t-il directement avec les communautés locales dans les activités liées au paludisme (le cas échéant) ? |  |
| EC4. | À votre avis, comment pouvons-nous faire participer davantage ou mieux les communautés locales à la lutte pour l'élimination du paludisme ? |  |

***Retourner à la question IG12 pour enregistrer l'heure de fin de l'entretien.***