

REPUBLIQUE DE GUINEE



MINISTERE DE LA SANTE

MONITORAGE AMELIORE

**GUIDE D'UTILISATION DES
SOUS – CRITERES QUALITES**

Indicateurs qualitatifs

Direction Préfectorale de la Santé (DPS)

Version 2018 MS

LEXIQUE

5S	Une technique de gestion japonaise visant à l'amélioration continue de la qualité des tâches effectuées dans les entreprises. Supprimer l'inutile (ranger), Situer les choses (ordre), Scintiller (nettoyage), Standardiser les règles (propre) et Suivre et progresser (éducation).
ATTENTES QUALITE	Ce qui est attendu en termes de qualité du processus
BM	Banque Mondiale
CPC	Consultation Primaire Curative
CPN	Consultation Périnatale
CRITERES QUALITES	Les critères qualité sont un descriptif normatif du processus conduisant à la réalisation de l'activité de soins ou du service.
CRU	Communauté de relation des Usagers
CS	Centre de santé
CTPS	Comité Technique Préfectoral de la Santé
CTRS	Comité Technique Régional de la Santé
DETERMINANTS	Les déterminants sont les caractéristiques ou aspects que l'on se propose d'apprécier et qui ont une influence sur le fonctionnement de l'organisation
DNEH3	Direction Nationale d'Etablissements Hospitaliers et de de l'Hygiène Hospitalière Soins
DNPL	Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires
DNPSC	Direction Nationale de Prévention et de Santé Communautaire
DNSFN	Direction Nationale de la Santé Familiale et de la Nutrition
DOMAINES	Les domaines sont les importants axes du système de santé Guinéen aux niveaux desquelles les déterminants sont appliqués.
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
GATPA	Gestion Active de la Troisième Période de l'Accouchement
GIZ	Coopération Internationale Allemande
HP	Hôpital Préfectoral
HR	Hôpital Régional
INDICATEUR	Un indicateur est une variable, quantitative ou non, qui permet de mesurer les déterminants et les changements qui interviennent dans l'exécution des activités
INDICATEUR QUANTITATIF	Un indicateur quantitatif mesure les résultats visés au niveau de chaque domaine.
INDICATEUR QUALITATIF	Un indicateur qualitatif est destiné à évaluer la qualité des processus qui ont conduit aux résultats.
JHPIEGO	Programme Johns Hopkins pour l'éducation internationale en gynécologie et obstétrique. Un organisme international de santé sans but lucratif affilié à l'Université Johns Hopkins
MA	Monitoring Amélioré
MS	Ministère de la Santé
PASSP	Programme d'Amélioration des Services de Santé Primaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PCI	Prévention et Contrôle des Infections
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PF	Planification Familiale
PROCEDURE	La procédure est la manière spécifique d'accomplir une activité

PROCESSUS	Des séries des activités chronologiques réalisées dans l'atteinte d'un résultat de qualité
PROTOCOLES DES SOINS	C'est un descriptif des techniques à appliquer et/ou des principes et des consignes à observer dans certaines situations et dans l'administration des soins/services.
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSCQ	Pourcentage Score Critère Qualité
PVVIH	Personnes Vivants Avec le VIH
ARV	Antirétroviraux
SGP	Score Global de Performance
SNIS	Système National d'Informations Sanitaire
SOE	Soins Obstétricaux Essentiels
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SR	Santé de la Reproduction
SSCQ	Score Sous – Critère Qualité : Le score attribué à un sous – critère qualité après évaluation et appréciation (0 ou 1)
SCQ	Score Critère Qualité
STQ ^{ualité}	Score Total Qualité
STQ ^{uantité}	Score Total Quantité
STANDARDS	Un standard quantitatif est un point de repère par rapport auquel les résultats sont comparés afin de voir si le déterminant a été influencé ou non.
	Un standard qualitatif, désigne un descriptif de référence qui décrit la manière dont les activités de production doivent être faites en matière de planification, d'organisation, d'évaluation et de réajustement.
USAID	United States Agency for International Development

TABLES DE MATIERES

1	PRESENTATION GENERALE DU DOCUMENT.....	5
1.1	OBJECTIF.....	5
1.2	STRUCTURE.....	5
1.3	UTILISATION.....	5
2	COMMENT SCORER LES CRITERES ET SOUS – CRITERES QUALITE	6
3	Liste d'attentes qualite/indicateurs qualitatifs par domaine et determinant	8
4	PRESENTATION DES INDICATEURS QUALITATIFS ET CRITERES DE VERIFICATION PAR DOMAINE	9
4.1	DOMAINE 2 : OFFRE ET DEMANDE.....	9
4.1.1	DETERMINANT 2.1 : DISPONIBILITE (CE DETERMINANT DEVRAIT EGALEMENT ADRESSER LA DEMANDE)	9
4.1.2	DETERMINANT : 2.3 MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS ET INFRASTRUCTURES	11
4.2	DOMAINE 4: PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE	13
4.2.1	DETERMINANT 4.1 : CAPACITES DE DETECTION ET DE CONTROLE DES EPIDEMIES	13
4.2.2	DETERMINANT 4.2 : COMPETENCES TECHNIQUES	15
4.2.3	DETERMINANT 4.3 : AMELIORATION CONTINUE.....	17
4.3	DOMAINE 5 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	21
4.3.1	DETERMINANT 5.1 : PROCESSUS INSTITUTIONNEL / REDEVABILITE	21
4.3.2	DETERMINANT 5.2 : SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE ET DE GESTION / COMMUNICATION.....	24

1 PRESENTATION GENERALE DU DOCUMENT

1.1 OBJECTIF

Ce document est un instrument qui va :

- Guider au respect des normes et procédures pour atteindre des résultats de qualité fixés par votre structure;
- Permettre de suivre quotidiennement et d'évaluer périodiquement la qualité des services offerts;

1.2 STRUCTURE

Pour faciliter la compréhension de ce document, il est structuré en tableau avec huit (8) colonnes et présenté par domaine d'intervention.

- La première colonne annonce **l'attente qualité (indicateur qualité)** à apprécier ou évaluer;
- La deuxième colonne annonce **les critères qualité (processus clés)** par rapport à chaque attente qualité/indicateur qualitatif ;
- La troisième colonne annonce **les sous-critères qualité** par rapport à chaque critère qualité/processus clé ;
- La quatrième colonne annonce **les méthodes et les sources de vérification** de chaque sous-critère;
- Les cinquième, sixième et septième colonnes annoncent les méthodes de vérification à savoir **Observation, Revue documentaire et Enquête/interview** respectivement ;
- La dernière colonne permet l'appréciation de la réalisation de chaque sous-critère à travers l'attribution d'un score à chaque sous critère qualité (**score sous critère qualité**).

1.3 UTILISATION

Ce document est destiné aux personnels des structures de santé (gestionnaires) et aux partenaires qui interviennent directement dans leur fonctionnement. Il aide toutes ces personnes à améliorer la qualité du processus de leurs prestations.

Son utilisation est très simple. Il suffit de lire le contenu de chaque colonne en respectant l'ordre dans lequel elles sont présentées et en suivant attentivement le lien horizontal de gauche à droite entre les éléments de chaque colonne. Avant de procéder à l'utilisation de ce document, vous devrez vous assurer que les activités que vous allez apprécier ou évaluer doivent être celles réellement réalisées par vous/la structure. Les données y afférentes doivent être enregistrées ou en train d'être enregistrées dans les différents documents ou outils de gestion.

2 COMMENT SCORER LES CRITERES ET SOUS – CRITERES QUALITE

Pour attribuer le score à un sous – critère, nous vous conseillons la démarche suivante :

1. Recherchez dans le tableau n°2, le domaine d'intervention auquel l'activité à réaliser ou évaluer appartient ;
2. Recherchez dans la colonne 1 des tableaux critères qualité l'attente qualité/indicateur qualitatif qui correspond à l'activité à évaluer
3. Analysez chaque critère qualité ou processus clé en suivant l'ordre chronologique (du premier au dernier). En guise de rappel, ces critères qualité sont organisés d'une manière logique qui respecte la roue de la qualité (DEMING) à savoir planifier, exécuter, évaluer et réagir.
4. Les éléments de la quatrième colonne sur la méthode et la source de vérification vous serviront de référence des preuves pour faire une appréciation ou évaluation objective de chaque sous-critère ;
5. Évaluez les sous-critères correspondant à chaque critère/processus clé en vous posant la question suivante : « **Est-ce que vous avez respecté la réalisation correcte du sous-critère en question lors de l'exécution de critère qualité/processus clé identifié ?** ».
 - a) Si OUI, c'est-à-dire le sous-critère a été réalisé de façon correcte avec la documentation appropriée, vous attribuez un « 1 » à ce sous-critère dans la huitième colonne.
 - b) Si NON, c'est-à-dire rien n'a été fait pour réaliser le sous-critère en question, vous attribuez un zéro « 0 » à ce sous-critère dans la huitième colonne ;
6. Après l'attribution des scores aux sous-critères qualité (SSCQ), vous procédez au calcul du **Score Critère Qualité (SCQ)** de chaque critère qualité/processus clé apprécié ou évalué. Comme chaque critère qualité comporte un ou plusieurs sous-critères qualité, *le SCQ est la somme des scores des sous-critères qualité. (SCQ = \sum SSCQ) ;*
7. Après le calcul des scores des critères qualité (SCQ), procédez au calcul de Pourcentage score critère qualité (PSCQ) de réalisation des critères qualité. Le PSCQ est le rapport du nombre obtenu au SCQ au nombre total des sous-critères appréciés ou évalués :

$$(PSCQ = \frac{SCQ}{NOMBRE\ TOTAL\ SOUS-CRITÈRES\ QUALITE} \times 100)$$

8. Le pourcentage PSCQ obtenu sera comparé à l'échelle de scoring du MA ci-dessous pour attribuer les score total qualité (STQ^{qualité}) de l'attente qualité ou standard en question.

Tableau 1: Echelle de scoring du MA

PSCQ	Définition	Score
≤24	Pourcentage inférieur ou égal à 24%	0
25-49	Pourcentage compris entre 25% et 49%	1
50-74	Pourcentage compris entre 50% et 75%	2
75-94	Pourcentage compris entre 75% et 94%	3
≥95	Pourcentage supérieur ou égal à 95% et 100%	4

- a) Si le pourcentage est inférieur ou égal à **24%**, le score totale qualité (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 0 » ;
- b) Si le pourcentage est compris entre **25% et 49%**, le score totale qualité global (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 1 » ;
- c) Si le pourcentage qualité est compris entre **50% et 74%**, le score totale qualité global (STQ) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 2 » ;
- d) Si le pourcentage qualité est compris entre **75% et 94%**, le score totale qualité global (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 3 » ;
- e) Et si le pourcentage qualité est compris entre **95% et 100%**, le score totale qualité global (STQ^{qualité}) pour ce critère qualité/processus clé est noté « 4 ».

Les étapes citées ci-dessus sont à répéter pour toutes attentes qualité/indicateurs qualité à apprécier ou évaluer.

9. Après le calcul du score total qualité (STQualité) de l'attente qualité (standard), procéder au calcul de score global (SG) obtenu par rapport à l'indicateur. le score global est la somme des scores obtenus pour les indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

$$SG = STQ^{quantité} + STQ^{qualité}$$

NB : STQ^{quantité} correspond au score (nombre) obtenu après l'évaluation de l'indicateur quantitatif

10. Enfin, vous devez calculer le score global de performance (SGP) de la structure. Pour y arriver, il s'agit de faire la somme de tous les scores globaux calculé pour chaque indicateur

$$SGP = \sum SG$$

11. Pour apprécier le niveau de performance de la structure, vous devez comparer ce résultat au score de la performance globale souhaitée estimée à 108 points
 - Si la performance est comprise entre 0% et 24%, la performance est faible
 - Si la performance est comprise entre 25% et 49%, la performance est acceptable
 - Si la performance est comprise entre 50% et 74%, la performance est Bonne
 - Si la performance est comprise entre 75% et 94%, la performance est très bonne
 - Si la performance est comprise entre 95 % et 100%, la performance est excellente

3 LISTE D'ATTENTES QUALITE/INDICATEURS QUALITATIFS PAR DOMAINE ET DETERMINANT

Tableau 2: d'attentes qualités (standards) par domaine et déterminant

Domaines / Dimensions	Déterminants / Aspects	Attentes qualité (Indicateurs Qualitatifs)	Indicateurs Quantitatifs associés
2. Offre et Demande	2.1 Disponibilité	2 La disponibilité en médicaments traceurs (y compris vaccins, produits sanguins et contraceptifs), matériels et produits PCI, outils de gestion et directives de prise en charge des cas (algorithmes, ordinogrammes, protocoles) dans les structures couvertes est assurée	Pourcentage des structures approvisionnées en médicaments traceurs (y compris vaccins, produits sanguins et contraceptifs), matériels et produits PCI, outils de gestion et directives de prise en charge des cas (algorithmes, ordinogrammes, protocoles)
	2.3 Maintenance des équipements et infrastructures	4 Les activités du plan de maintenance préventive et curative du district sanitaire sont réalisées selon les directives	Taux de réalisation des activités du plan de maintenance préventive et curative du district sanitaire
4. Prévention et Lutte contre la Maladie	4.1 Capacité de détection et de control des épidémies	6 Les maladies à potentiel épidémique notifiées sont investiguées avec riposte selon les directives	Pourcentage des maladies à potentiel épidémique investiguées avec riposte
	4.2. Compétences Techniques	7 Les activités du plan de formation du district sanitaire sont réalisées selon le plan de formation	Pourcentage d'activités de plan de formation réalisées au cours de la période
	4.3. Amélioration continue	8 Tous les décès maternels et néo-natals sont revus selon les directives	Pourcentage de décès maternels et néo-natals avec revues
		10 Les capacités, la motivation et la performance des agents sont améliorées à travers les supervisions	Pourcentage de supervisions réalisées par la DPS
		12 Les concepts des 5S sont connus et appliqués dans tous les locaux de la DPS correctement	Pourcentage des locaux où sont appliqués les 5S
5. Gouvernance et Leadership	5.1 Processus institutionnel / Redevabilité	13 Les activités du PAO intégré du district sanitaire sont réalisées selon les directives	Taux de réalisation des activités du PAO intégré du district sanitaire
		14 Les réunions mensuelles sont organisées et documentées selon les normes et procédures en vigueur	Pourcentage des réunions mensuelles tenues pendant la période
	5.2 Système d'information sanitaire et de gestion/communication	17 Tous les rapports mensuels sont analysés et suivi de décisions mises en œuvre	Pourcentage des rapports mensuels des structures de santé analysés avec rétro-information

4 PRESENTATION DES INDICATEURS QUALITATIFS ET CRITERES DE VERIFICATION PAR DOMAINE

4.1 DOMAINE 2 : OFFRE ET DEMANDE

4.1.1 DETERMINANT 2.1 : DISPONIBILITE (CE DETERMINANT DEVRAIT EGALEMENT ADRESSER LA DEMANDE)

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
2. La disponibilité en médicaments traceurs (y compris vaccins, produits sanguins et contraceptifs), matériels et produits PCI, outils de gestion et directives de prise en charge des cas (algorithmes, ordigrammes, protocoles) dans les structures couvertes est assurée	1. Elaboration du plan d'approvisionnement	1.1 Etat des lieux sur le fonctionnement du système de gestion des médicaments et produits pharmaceutiques est réalisé (situation périodique des stocks, des CMM, commandes et livraisons mise à jour)	L'équipe cadre vérifie que les documents de l'état des lieux sont disponibles et archivés	
		1.2 Elaboration du Plan d'approvisionnement (réunions techniques, ateliers...)	L'équipe cadre vérifie que le plan d'approvisionnement consolidé est disponible et archivé	
		1.3 Le Plan d'approvisionnement est disséminé	L'équipe cadre vérifie que le cahier ou fiche de transmission ou PV de réunion de dissémination est disponible et archivé	
	2. Analyse des estimations des besoins en produits pharmaceutiques traceurs, matériels, produits PCI et outils de gestion des structures sanitaires	2.1 Les estimations des besoins sont reçues, analysées et consolidées par la DPS	L'équipe cadre vérifie que le rapport d'analyse des besoins est disponible, diffusé et archivé	
	3. Application des procédures de commande, livraison et réception	3.1 Les fournisseurs sont identifiés selon les procédures normales	L'équipe cadre vérifie que la liste des fournisseurs agréée par le Ministère est disponible, diffusé et archivé	
		3.2 Les Bons de commande groupée établi avec signatures (DPS, CCS et COSAH)	L'équipe cadre vérifie que les bons de commande sont établis selon les normes, disponibles et archivés	
		3.3 Les commandes sont faites par période (trimestre, semestre)	L'équipe cadre vérifie que les délais des commandes sont respectés, les bons de commandes disponibles et archivés	
3.4 Les commandes sont acheminées et suivies		L'agent vérifie que l'ordre de mission afférent au dépôt des commandes est visé, disponible et archivé		

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		3.5 L'achat des produits pharmaceutiques, matériels et produits PCI et outils de gestion commandés est réalisé selon les normes	L'équipe cadre vérifie que les procédures d'achat sont respectées, documentées et archivées (Bon de commande, factures, bon de livraison, chèque/virement)	
	4. Respects des procédures de gestion de stock	4.1 Les produits pharmaceutiques, matériels et produits PCI et outils de gestion commandés sont reçus (contrôle qualité fait et bons de livraison et réception signés)	L'équipe cadre/agent vérifie que les bons de livraison et de réception, PV de réception sont signés, disponibles et archivés	
		4.2 Les produits pharmaceutiques, matériels et produits PCI, outils de gestion, contrôlés et reçus sont stockés selon les normes et procédures (respect aération, fiches de stock à jour, distribution aux CS)	L'équipe cadre vérifie que les locaux sont propres, aérés, (température requise pour chaque produit) sécurisés et rangement des stocks selon le principe : première entrée première sortie (PEPS) ; périmé séparé du stock	
		4.3 Les outils des gestions de stock, sont disponibles et archivés	L'équipe cadre/agents vérifie que les outils des gestions de stock sont remplis selon les rubriques (entrées et sorties enregistrées, inventaire mensuel, les fiches de stocks archivées)	
	5. Inventaire des produits pharmaceutiques, matériels et produits PCI et outils de gestion est réalisé	5.1 La disponibilité des produits pharmaceutiques traceurs, matériels et produits PCI et outils de gestion est connue	L'équipe cadre /agent vérifie que l'inventaire mensuel est réalisé et mentionné dans les fiches de stocks	
		5.2 Les péremptions et les pertes sur les stocks sont connues	L'équipe cadre/agent vérifie que le PV de réunion sur la gestion des péremptions et des pertes et le registre de péremption sont remplis, disponible et les actions définies	

4.1.2 DETERMINANT : 2.3 MAINTENANCE DES EQUIPEMENTS ET INFRASTRUCTURES

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
4. Les activités du plan de maintenance préventive et curative du district sanitaire sont réalisées selon les directives	1. Disponibilité des fiches techniques (caractéristiques de l'équipement, mode d'utilisation, mode d'entretien)	1.1 Etat de lieu sur le fonctionnement du système de la maintenance est fait (disponibilité des fiches techniques : caractéristiques de l'équipement, mode d'utilisation, mode d'entretien)	L'équipe cadre/agent vérifie que le système de maintenance du district sanitaire est fonctionnel (personnel, document de normes et procédures, contrats, financement, documents normatifs, fiches techniques : l'état de l'équipement, mode d'utilisation, mode d'entretien) et le document disponible sont archivés	
		1.2 Elaboration du Plan de maintenance	L'équipe cadre/agent vérifie que le plan de maintenance est disponible et archivé	
		1.3 Le Plan de la maintenance de la DPS est disponible et vulgarisé	L'équipe cadre/agent vérifie que le cahier ou fiche de transmission ou PV de réunion de dissémination du plan est disponible et archivé	
	2. La maintenance préventive et curative est assurée selon le Plan de maintenance	2.1 Le Tableau de bord de la maintenance du matériel, équipement et de la logistique des structures sanitaires (DPS, Hôpital, CS et PS est élaboré	L'équipe cadre/agent vérifie que le chronogramme d'entretien du matériel/équipement et logistiques et les fiches techniques de maintenance sont disponibles et archivés	
		2.2 Le contrat de travail de l'agent /structure de maintenance est établie	L'équipe cadre/agent vérifie que le contrat de prestation de l'agent de maintenance est élaboré, disséminé aux structures sanitaires (DPS, Hôpital, CS et PS) et archivé	
		2.3 La maintenance des appareils/équipements est réalisée selon le tableau de bord (préparation du matériel d'entretien, exécution de l'entretien en respectant les directives des fiches techniques	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de suivi des activités de maintenance est disponible et archivé	
		2.4 Les outils de gestion de la maintenance sont à jour et disponibles	L'équipe cadre/agent vérifie les outils de gestion de la maintenance sont disponibles, mis à jour et archivé (carnet de bord, fiches technique d'entretien, ...)	
	3. Réalisation de l'Intervention, la documentation du	3.1 Le Bon de demande d'intervention est reçu (diagnostic de panne, causes probables et l'expression de l'intervention) et validé	L'équipe cadre/agent vérifie que le bon de demande d'intervention est disponible et archivé	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	processus et la tenue correcte des Fiches/cahiers d'entretien, fiches de stock matériels sont assurées.	3.2 La maintenance curative est réalisée avec l'accord de la DPS (ordre de mission, préparation du matériel d'entretien, exécution de l'entretien en respectant les directives des fiches techniques)	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de maintenance curative est disponible et archivé.	
		3.3 Le processus de sous-traitance au besoin est documenté (contrat, rapports, facturation)	L'équipe cadre/agent vérifie que le contrat de sous-traitance est disponible et archivé	
		3.4 Les fiches techniques d'entretien et fiches de stock matériel sont bien tenues	L'équipe cadre/agent vérifie que les fiches techniques d'entretien et fiches de stock matériel sont disponibles, bien tenues et archivées	
		3.5 L'activité de maintenance est documentée (rapports)	L'équipe cadre/agent vérifie que les rapports des activités de maintenance sont disponibles et archivés	
	4. Suivi des recommandations après réparation	4.1 Les recommandations de la maintenance effectuée sont disponibles,	L'équipe cadre/agent vérifie que les recommandations contenues dans le rapport de maintenance sont documentées, disponibles et archivées	
		4.2 Le suivi de la mise en œuvre des recommandations par l'agent est fait	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de mise en œuvre des recommandations est disponible et archivé	

4.2 DOMAINE 4: PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE

4.2.1 DETERMINANT 4.1 : CAPACITES DE DETECTION ET DE CONTROLE DES EPIDEMIES

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
6. Les maladies à potentiel épidémique notifiées sont investiguées avec riposte selon les directives	1. Préparation de la mission d'investigation	1.1 Les cas notifiés sont enregistrés	L'équipe cadre /agent vérifie que les cas notifiés sont enregistrés, disponibles et archivés (fiches de notification, registres...)	
		1.2 L'équipe d'investigation est constituée et alertée	L'équipe cadre/agent vérifie que la liste des membres de l'équipe d'investigation est disponible et archivée	
		1.3 Les TDR de la mission d'investigation sont élaborés	L'équipe cadre/agent vérifie que les TDR de la mission d'investigation sont disponibles et archivés	
		1.4 La logistique est mobilisée (véhicule, motos, matériels de prélèvement et transports des échantillons...)	L'équipe cadre/agent vérifie que la logistique nécessaire pour la mise œuvre de l'investigation est inventoriée, disponible et en bon état	
		1.5 La structure et la population concernées sont informées et sensibilisées de l'arrivée de l'équipe (feedback des structures vers la DPS)	L'équipe cadre/agent vérifie que la lettre d'information /message est notifiée dans le cahier de transmission de la structure, disponible et archivée.	
	2. Réalisation de l'investigation	2.1 L'équipe d'investigation multidisciplinaire (labo, clinicien, épidémiologiste, préventionniste) est déployée sur le site	L'équipe cadre/agent vérifie que les ordres de mission visés par les responsables sont disponibles et archivés	
		2.2 Les autorités sanitaires et le COSAH rencontrent l'équipe d'investigation	L'équipe cadre/agent vérifie que le PV de la réunion/rapport mentionnant le passage de l'équipe est disponible et archivé	
		2.3 L'équipe d'investigation et les autorités sont déployées sur le lieu de l'épidémie	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport mentionnant le passage de l'équipe est disponible et archivé	
		2.4 Les membres de l'équipe d'investigation réalisent les tâches spécifiques (prélèvement, entretien, information sur les mesures préventives)	L'équipe cadre/agent vérifie que les fiches de notification, de prélèvement et le rapport d'investigation sont disponibles et archivés.	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	3. Organisation de la riposte	3.1 La Riposte clinique est organisée (tri et isolement des cas si nécessaire, prise en charge des cas selon les normes)	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de prise en charge des cas est disponible et archivé	
		3.2 La Riposte épidémiologique est organisée (recherche de la chaine épidémiologique, identification et suivi des cas)	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de riposte épidémiologique est disponible et archivé	
		3.3 Les mesures de prévention sont mises en place (les mesures d'hygiène, de prévention et de contrôle de l'infection)	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de mise en œuvre les mesures d'hygiène, de prévention et de contrôle de l'infection est disponible et archivé	
	4. Evaluation de la riposte	4.1 L'évaluation de l'efficacité des dispositifs mis en place est réalisée au quotidien	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport d'évaluation des dispositifs mis en place est disponible et archivé	
		4.2 La Riposte clinique est organisée (tri et isolement des cas si nécessaire, prise en charge des cas selon les normes)	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de prise en charge des cas est disponible et archivé	
	5. Elaboration du rapport	5.1 Les dossiers des malades et les outils de gestion des médicaments/consommables sont bien tenus et disponibles	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport renseignant sur la tenue des dossiers des malades, outils de gestion et l'inventaire des médicaments/consommable est disponible sont archivés	
		5.2 Les rapports journaliers sont disponibles selon l'épidémie et transmis au niveau hiérarchique	L'équipe cadre/agent vérifie que les rapports journaliers sur l'épidémie sont disponibles, transmis aux niveaux hiérarchiques sont archivés	

4.2.2 DETERMINANT 4.2 : COMPETENCES TECHNIQUES

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
7. Les activités du plan de formation du district sanitaire sont réalisées selon le plan de formation	1. Elaboration d'un plan de formation du district	1.1 Les besoins en formation sont identifiés par les CS/PS/HP et transmis au DPS	L'équipe cadre/agent vérifie que les besoins de formation sont identifiés, documentés par les CS/PS/HP, transmis au DPS ou à travers un cahier, une lettre, ou par courrier électronique est archivé	
		1.2 Les besoins de formation des CS/PS/HP sont analysés et consolidés par le DPS	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport d'analyse des besoins en formation des agents des CS/PS/hôpital est disponible et archivé	
		1.3 Le Plan de formation consolidé du district sanitaire est élaboré (domaines, objectifs, cibles, lieu, période, stratégie de mise œuvre)	L'équipe cadre/agent vérifie que le plan de formation consolidé du district sanitaire est disponible et archivé	
	2. Mise en œuvre du plan de formation conformément aux modules élaborés	2.1 Le Plan de formation existe	L'équipe cadre/agent vérifie que le plan de formation est disponible et archivé	
		2.2 Les modules sont élaborés/adaptés par thématique/domaine contenus dans le plan de formation	L'équipe cadre/agent vérifie que les modules adaptés par thématique/domaine sont disponibles et archivés	
		2.3 La formation/recyclage des formateurs sur les modules adaptés est réalisée	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport de formation/recyclage des formateurs sur les modules adaptés est disponible et archivé	
		2.4 Les formations du personnel sont organisées selon les procédures (TdR, invitation, matériels didactiques, rapports)	L'équipe cadre/agent vérifie que les rapports de formation du personnel sont disponibles et archivés	
		2.5 Le suivi post formation est réalisé	L'équipe cadre/agent vérifie que les rapports de suivi post formation sont disponibles et archivés	
	3. Suivi- Evaluation Post - Formation	3.1 La liste des activités réalisées du plan selon les procédures normales est faite	L'équipe cadre/agent vérifie que le rapport des activités réalisées est disponible et archivé	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		3.2 Les rapports d'évaluation des activités de formation sont élaborés	L'équipe cadre/agent vérifie que les rapports d'évaluation des activités de formation sont disponibles et archivés	
		3.3 les recommandations issues de l'évaluation du plan de formation sont élaborées	L'équipe cadre du district/agent vérifie que le rapport de mise en œuvre des recommandations est disponible et archivé	

4.2.3 DETERMINANT 4.3 : AMELIORATION CONTINUE

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
8. Tous les décès maternels et néo-natals sont revus selon les directives	1. Préparation de la revue	1.1 Les cas sont identifiés pendant la période (jour, semaine et trimestre)	L'agent vérifie que les cas de décès maternels et néonataux sont identifiés et notifiés dans les registres, les rapports et les bases des données électroniques	
		1.2 La réunion préparatoire du comité de revue est tenue	L'agent vérifie que le rapport de la réunion de la revue est disponible et archivé	
		1.3 Le plan de revue est élaboré et disponible	L'agent vérifie que le plan de revue est élaborés, disponible et archivé	
		1.4 Les TDR sont élaborés	L'agent vérifie que les TDR pour la mise œuvre du plan sont élaborés, disponibles et archivés	
		1.5 La logistique est mobilisée	L'agent vérifie que la liste de la logistique mobilisée pour la mise œuvre du plan est disponible et archivée	
		1.6 Le plan de revue est communiqué aux structures cibles	L'agent vérifie que le plan de revue est diffusé aux structures cibles, consigné dans le cahier de transmission et archivé	
		1.7 Les outils de gestion utiles pour la revue sont disponibles (carnets de santé, registres d'accouchement, dossiers obstétricaux et de référence)	L'agent vérifie que les outils pour la revue (carnets de santé, registres d'accouchement, dossiers obstétricaux, de référence) sont disponibles, à jour et archivés	
	2. Réalisation de la revue selon le protocole national	2.1 La revue est réalisée conformément au guide (respect du processus)	L'agent vérifie que le rapport de la revue est disponible et archivé conformément au guide (respect du processus)	
	3. Identification des dysfonctionnements du système	3.1 Les dysfonctionnements du système de prise en charge sont identifiés	L'agent vérifie que le rapport contenant les dysfonctionnements du système de prise en charge est disponible et archivé	
	4. Formulation des recommandations pour redresser les dysfonctionnements	4.1 Les recommandations sont formulées pour redresser les dysfonctionnements constatés	L'agent vérifie que le rapport contenant les recommandations formulées pour redresser les dysfonctionnements constatés est disponible et archivé	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	5. Suivi des recommandations	5.1 Les Plans d'amélioration issus des recommandations des différents niveaux sont élaborés	L'agent vérifie que les plans d'amélioration issus des recommandations des différents niveaux sont élaborés, disponible et archivés	
		5.2 Le suivi des plans est fait pendant les supervisions internes et/ou au cours des réunions mensuelles	L'agent vérifie que le rapport de suivi des plans est élaboré, disponible et archivé	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
10. Les capacités, la motivation et la performance des agents sont améliorées à travers les supervisions	1. Préparation de la supervision	1.1 Le Plan de supervision du district est élaboré	L'équipe cadre/agent vérifie que le Plan de supervision du district est disponible et archivé	
		1.2 Le Guide de supervision est élaboré	L'équipe cadre/agent vérifie que le Guide de supervision est disponible et archivé	
		1.3 Les TDR de la supervision sont élaborés	L'équipe cadre/agent vérifie que les TDR sont disponibles, diffusés, notifiés dans le cahier de transmission et archivés	
		1.4 Le calendrier de la supervision est élaboré	L'équipe cadre/agent vérifie que le calendrier de la supervision est disponible, diffusé et notifié dans le cahier de transmission et archivé	
	2. Exécution de la supervision	2.1 Les outils de gestion et logistique (grille de supervision, bloc note, kit informatique, tablettes, flottes...) sont mobilisés au niveau des DPS	L'équipe cadre / agent vérifie que la liste des outils de gestion essentiels et la logistique mobilisée sont disponibles	
		2.2 Le niveau de réalisation des recommandations précédentes du Plan d'amélioration est documenté	L'équipe cadre /agent vérifie que le plan d'amélioration est disponible et archivé	
		2.3 La supervision est réalisée avec l'outil de supervision (fiche, grille, guide...)	L'équipe cadre /agent vérifie que le rapport de supervision est disponible et archivé	
		2.4 Le feedback est fait lors de la supervision	L'équipe cadre /agent vérifie/observe que le feedback est réalisé lors de la supervision, documenté et archivé	
		2.5 Le rapport de supervision est élaboré avec des recommandations	L'équipe cadre /agent vérifie que le rapport de supervision est disponible et archivé	
	3. Suivi des recommandations	3.1 Le rapport de supervision est diffusé	L'équipe cadre /agent vérifie que le rapport de supervision est diffusé et archivé dans les structures (cahier de transmission, lettre, message électronique...)	
		3.2 Les Plans d'amélioration issue des recommandations de la supervision sont élaborés	L'équipe cadre /agent vérifie que les plans d'amélioration sont disponibles et archivés	
		3.3 Le suivi des plans d'amélioration pendant les supervisions et des réunions mensuelles est réalisé	L'équipe cadre /agent vérifie que le rapport de suivi des plans d'amélioration est disponible et archivé	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
12. L'approche 5S est mise en œuvre correctement dans l'établissement (DPS)	1. Séparation des objets utiles des objets inutiles	1.1 Tous les objets ou équipements dans les différentes salles (armoires, tiroirs, tables, chaises..) sont triés par nature, les utiles sont séparés des inutiles	Le chef de service vérifie et s'assure qu'au niveau de l'espace de travail, tous les objets utiles sont sélectionnés et séparés de ceux inutiles	
	2. Arrangement et étiquetage de tous les objets après le tri	2.1 Les objets utiles triés sont rangés dans les espaces requis	Le chef de service vérifie et s'assure que tous les objets utiles triés sont rangés selon leur fréquence d'utilisation dans des endroits appropriés	
		2.2 Tous les objets rangés sont étiquetés	Le chef de service vérifie et s'assure que tous les objets ou équipements utiles, rangés sont étiquetés	
		2.3 Les objets inutiles sont dégagés pour avoir de l'espace	Le chef de service vérifie et s'assure que tous les objets inutiles sont dégagés	
	3. Nettoyage exhaustifs des locaux et leurs contenus	3.1 Le plancher est bien nettoyé	Le chef de service vérifie et s'assure que le plancher est nettoyé régulièrement	
		3.2 Les murs, le plafond, les armoires, les tables, les chaises ... sont bien nettoyées	Le chef de service vérifie et s'assure que : les murs, le plafond, les armoires, les tables, les chaises et autre équipements ... sont nettoyés régulièrement	
		3.3 L'alentour (avant et arrière) des locaux est bien nettoyé	Le chef de service vérifie et s'assure que l'alentour (avant et arrière) des locaux est nettoyé et débarrassé de tout déchet	
	4. Le comité 5S est fonctionnel	4.1 Un comité 5S est mis en place	Le directeur ou le superviseur vérifie l'existence d'un comité 5S formalisé.	
		4.2 Le comité 5S a élaboré un plan d'amélioration	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le comité 5S dispose d'un plan d'amélioration disponible et archivé.	
		4.3 Le suivi des plans est fait par les supervisions intégrées et/ou par les réunions mensuelles	Le directeur ou le superviseur vérifie que le suivi des plans d'amélioration est fait par les supervisions intégrées et/ou lors des réunions mensuelles	
		4.4 Les rapports de suivi sont disponibles	Le directeur ou le superviseur vérifie et s'assure que le rapport de suivi est élaboré, disponible et archivé	

4.3 DOMAINE 5 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

4.3.1 DETERMINANT 5.1 : PROCESSUS INSTITUTIONNEL / REDEVABILITE

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
13. Les activités du PAO intégré du district sanitaire sont réalisées selon les directives	1. Préparation des ateliers de planification	1.1 Les états de lieu sur les activités prioritaires sont identifiés par les CS/PS/HP et transmis au DPS	L'équipe cadre vérifie que les documents de l'état de lieu des CS/PS/HP sont disponibles et archivés	
	2. Elaboration du PAO intégré	2.1 Les activités prioritaires des CS/PS/HP sont analysées et consolidées par le DPS	L'équipe cadre /agent vérifie que la liste des activités prioritaires des CS/PS/HP analysées et consolidées est disponible et archivée	
		2.2 Le PAO intégré du district sanitaire est élaboré selon les activités prioritaires consolidées (activités prioritaires, cibles, lieu, période, responsable, stratégies de mise œuvre, budget)	L'équipe cadre/agent vérifie que le PAO intégré des CS/PS/HP est disponible et archivé	
	3. Diffusion du PAO	3.1 Le PAO intégré est diffusé	L'équipe cadre/Agent vérifie le PAO intégré est diffusé et archivé	
	4. Exécution du PAO intégré	4.1 Le PAO intégré existe et disponible	L'équipe cadre vérifie que le cahier ou la fiche de transmission ou le PV de réunion de dissémination est disponible et archivé	
		4.2 Le Plan de travail tiré du PAO est élaboré de façon périodique (mensuelle, trimestrielle, semestrielle)	L'équipe cadre/Agent vérifie que les plans de travail périodique tiré du PAO sont disponibles et archivés	
		4.3 Les ressources pour la mise en œuvre du Plan de travail sont mobilisées	L'équipe cadre /agent vérifie que les ressources sont disponibles (requête, compte bancaire....) et les documents sont archivés	
		4.4 Les activités du Plan de travail sont exécutées selon le chronogramme (TDR, période, information des acteurs, rapport d'activité)	L'équipe cadre /agent vérifie que le rapport d'exécution des activités est disponible et archivé	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
		4.5 Les rapports d'activités réalisées sont élaborés et disponibles	L'équipe cadre /agent vérifie que les rapports d'activités réalisées sont disponibles et archivés	
	5. Suivi de la mise en œuvre du PAO	5.1 Les recommandations issues de la mise en œuvre des activités sont disponibles	L'équipe cadre /agent vérifie que le rapport de la mise en œuvre des activités avec recommandations est disponible et archivé	
		5.2 Le plan du suivi des recommandations est élaborés, disponible et archivé	L'équipe cadre /agent vérifie que le plan du suivi des recommandations est élaborés, disponible et archivé	
		5.3 Le suivi des recommandations issues de l'activité est réalisé (plans et rapports disponibles)	L'équipe cadre /agent vérifie que le rapport de suivi de la mise en œuvre des recommandations est disponible et archivé	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
14. Les réunions mensuelles sont organisées et documentées selon les normes et procédures en vigueur	1. Préparation de la réunion	1.1 Les TDR définis (ordre du jour, lieu, heure, date objectifs)	Le responsable de la structure vérifie l'existence des TDR contenant : l'ordre du jour, le lieu, l'heure, la date et les objectifs	
		1.2 Les participants sont convoqués (lettre d'invitation avec confirmation)	Le responsable de la structure vérifie que le cahier de transmission et les lettres d'invitation sont disponibles et archivés	
	2. Tenue correcte de la réunion avec PV	2.1 Le quorum est atteint pour la tenue de la réunion	Le responsable de la structure vérifie à travers la liste des invités si le quorum est atteint	
		2.2 La réunion est tenue avec un débat sur tous les éléments de l'ordre du jour	Le responsable de la structure vérifie que tous les éléments de l'ordre du jour sont débattus avec l'ensemble des participants et notés dans le PV disponible et archivé	
		2.3 Le PV de la réunion est élaboré	Le responsable de la structure vérifie que le PV de la réunion est disponible et archivé	
		2.4 Les recommandations sont formulées et les responsables sont identifiés	Le responsable de la structure vérifie que les recommandations sont formulées archivés et les responsables de mise en œuvre identifiés, disponibles	
	3. Suivi des recommandations	3.1 Compte rendus des responsables sur les recommandations au cours de la réunion suivante	Le responsable de la structure vérifie que les comptes rendus sur les recommandations lors de la réunion suivante sont faits, disponibles et archivés	
		3.2 Le niveau de réalisation des recommandations est apprécié et les orientations faites	Le responsable de la structure évalue le niveau de mise en œuvre des recommandations et formule des orientations	

4.3.2 DETERMINANT 5.2 : SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE ET DE GESTION / COMMUNICATION

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
17. Tous les rapports mensuels sont analysés et suivi de décisions mises en œuvre	1. Préparation de l'analyse des rapports mensuels des structures	1.1 La promptitude est analysée	Le gestionnaire des données vérifie que les dates d'envoi et de réception des rapports sont respectées et enregistrées dans le cahier de transmission	
		1.2 La complétude est vérifiée	Le gestionnaire des données vérifie que tous les rapports de la période sont envoyés et les copies sont disponibles et archivées	
		1.3 Les données sont saisies dans le DHIS2	Le gestionnaire des données vérifie que les données sont compilées selon les normes dans les différents rapports et archivées dans le DHIS2 et en copie dur.	
	2. Analyse du contenu des rapports et interprétation	2.1 Le contrôle interne de la qualité et validation des données est faite (rapport disponible)	Le gestionnaire des données ou le responsable du service vérifie la concordance entre les données des fiches de pointage, des registres et celles des différents rapports	
		2.2 Les tableaux et graphiques sont générés	Le gestionnaire des données ou le responsable du service présente ses résultats et les affiche sous forme de tableau ou graphique	
		2.3 L'évolution des activités de soins et de services dans le temps est comparée	Le gestionnaire des données analyse et affiche les tendances des résultats des activités de soins et des services de la période	
		2.4 L'évolution des maladies est comparée dans le temps par âge, sexe, structures sanitaires	Le gestionnaire des données analyse les résultats de la surveillance des maladies à potentiel épidémiques et affiche les tendances par âge, sexe, unité/services dans le temps	
		2.5 Les performances des formations sanitaires sont comparées avec les objectifs, les normes et standards de la DPS (analyse des écarts et identification des causes)	Le gestionnaire des données ou le responsable de la structure compare les résultats de la structure par rapport aux objectifs, normes et standards fixés, analyse les écarts et identifie leurs causes dans la période	
		2.6 Le tableau de bord sanitaire est édité sous forme de tableau et graphique	Le gestionnaire des données ou le responsable de la structure élabore à partir de son tableau de bord sanitaire des tableaux, graphiques et les affiches	

ATTENTES/ INDICATEURS QUALITE	CRITERES DE QUALITE (PROCESSUS CLES)	SOUS CRITERES	METHODES/SOURCES DE VERIFICATION (à réaliser par le prestataire, Chef hiérarchique ou un Agent pair)	SCORE SOUS CRITERE QUALITE <u>OUI = 1</u> <u>NON = 0</u>
	3. Utilisation et diffusion des informations	3.1 Les tableaux et graphiques des résultats obtenus lors de l'analyse sont affichés (tableau de bord sanitaire)	Le gestionnaire des données ou le responsable vérifie que les tableaux et graphiques des indicateurs sont affichés et archivés.	
3.2 Les résultats de l'analyse et de l'interprétation des données mensuelles, les directives et recommandations correspondantes sont transmises aux structures et SNIS (téléphone, mail, écrit)		Le gestionnaire des données ou le responsable de la structure vérifie que les résultats de l'analyse et de l'interprétation des données mensuelles et des recommandations correspondantes sont transmises aux services et la DRS par téléphone, email ou par écrit et archivées		
3.3 Un appui technique est sollicité au besoin pour la résolution des problèmes identifiés dans les structures		Le gestionnaire des données ou le responsable de la structure vérifie l'existence du rapport de l'appui technique pour la résolution des problèmes identifiés dans les structures par le niveau hiérarchique		
3.4 Le bulletin trimestriel est produit au niveau des structures et transmis aux autres structures et acteurs		Le gestionnaire des données ou le responsable de la structure vérifie que les bulletins trimestriels sont disponibles et archivés		