

Inventaire du secteur privé de la santé du Mali
Contrôle de qualité des données recueillies à partir des bases de données

GUIDE D'ENTRETIEN,

Acceptation de l'interview :

Refus de l'interview :

Absence de la personne à interviewer

Nom et prénoms de la personne qui a effectué l'entretien :

Date de l'entretien: _____

Moyens de communication : _____

Durée de l'interview: _____

Numéro d'ordre sur le répertoire : _____

Bonjour cher Monsieur, Madame Dr, mon nom est .
 je travaille pour _____ Je participe à la réalisation d'une évaluation du secteur privé à but lucratif au Mali à la demande des autorités nationales. Cette évaluation vise entre autres à renforcer la collaboration entre le secteur privé à but lucratif et le secteur Public au Mali.

Au cours des semaines passées, les activités ont porté sur le recensement des bases de données tenues par différents services centraux du Ministère de la santé, les ordres professionnels (à cette occasion, 10 bases de données et répertoires ont été revus). Une analyse de ces données a permis d'en examiner la cohérence, identifier les doublons et les erreurs, la complétude et l'exactitude des données recueillies.

La présente étape qui motive notre démarche en votre direction s'inscrit dans le cadre du **contrôle de qualité** des données recueillies. En effet il a été constaté plusieurs problèmes qui affectent la fiabilité des données existant dans ces bases données. Certaines de ces données sont manquantes, ou contradictoires. L'entretien que je sollicite vise à obtenir les informations permettant de corriger cette situation et améliorer les bases de données afin qu'elles puissent mieux répondre aux besoins des usagers (planification, gestion, monitoring de l'évolution du secteur privé) et refléter le profil réel.

Avec votre permission, j'aimerais vous poser des questions, pour obtenir quelques compléments d'informations pour compléter celles déjà trouvées dans les répertoires et bases de données des services de l'Etat et des ordres professionnels.

Si vous êtes d'accord l'entretien prendra au maximum 10 à 15 mn. Les informations que vous fournirez seront tenues confidentielles et en aucun cas ne pourront être utilisées pour vous nuire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser cet entretien. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette étude car, votre contribution est importante et d'une grande utilité pour mettre à jour les bases de données. Dans tous les cas, vous ne serez pas pénalisé par votre refus de répondre. Je vous remercie.

N°	Items	Réponses
1	Votre nom et prénom	
2	Votre qualification/ spécialisation	
3	Le nom de votre établissement	
4	Adresse Physique de l'établissement	
5	Dans quel Quartier	

N°	Items	Réponses	
6	Dans quelle aire de santé		
7	Dans quel District sanitaire		
8	Dans quelle Région		
9	Les coordonnées de Géolocalisation		
10	Autres numéros de téléphone (structure ou responsable)		
11	L'adresse Email (structure ou responsable)		
12	Le type de votre structure (officines, dépôts, cabinet de soins infirmiers, cabinet médical, clinique, etc..) (précisez svp)		
13	Votre établissement est-il une SA, SARL, SUARL, ...		
14	Connaissez-vous le numéro d'identification de votre établissement (Code de la Structure donné par la CPS, service de l'état)		
15	Votre n° d'inscription à l'ordre		
16	Avez-vous eu une licence d'exploitation?		
17	Numéro et Date d'obtention de la licence		
18	Etes-vous celui la personne au nom de laquelle la licence a été établie ? Sinon pouvez-vous indiquer la personne qui la détient		
19	Les numéros les contacts téléphoniques de la personne qui détient la licence d'exploitation.		
20	Qualifications du personnel de santé employé (cochez la case)	1. Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Préciser les spécialités _____ 2. Pharmaciens <input type="checkbox"/> 3. Médecins généralistes <input type="checkbox"/> 4. Assistants médicaux <input type="checkbox"/> (Preciser) _____ 5. Biologiste <input type="checkbox"/>	7. Sage-femme <input type="checkbox"/> 8. Infirmière obstétricienne <input type="checkbox"/> 9. Infirmier (e) de santé publique <input type="checkbox"/> 10. Matrone <input type="checkbox"/> 11. Aide-soignant <input type="checkbox"/> 12. Autres (Préciser) <input type="checkbox"/>

N°	Items	Réponses
		<p>15. Médecin généraliste _____ _ _ _ </p> <p>16. Assistants médicaux (Préciser) _____ _____ _____</p> <p>17. Biologistes (Laboratoires) _____</p> <p>18. Infirmier d'Etat _____</p> <p>19. Sage-femme _____</p> <p>20. Infirmière obstétricienne _____</p> <p>21. Infirmier (e) de santé publique _____</p> <p>22. Matrone _____</p> <p>23. Aide-soignant _____</p> <p>24. Autres (Préciser) _____ _____ _____</p>
23	Depuis l'obtention de votre licence avez-vous changé de lieu d'implantation ?	
24	Si oui, après combien d'années vous avez changé de lieu d'implantation	

Merci pour votre disponibilité

(S'il vous plaît, vérifiez que vous avez renseigné toutes les cellules).