

ENQUETE PERMANENTE AUPRES DES MENAGES

\* \* \*

QUESTIONNAIRE AUPRES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

11	999999	888888	777777
111	99 99	88 88	77
11	999999	888888	77
11	99	88 88	77
11	99	888888	77

NOM DE L'ETABLISSEMENT: \_\_\_\_\_

LIEU: \_\_\_\_\_

TYPE D'ETABLISSEMENT:    MATERNITE.....1  
                                  DISPENSAIRE...2  
                                  AUTRE.....3

(PRECISER: \_\_\_\_\_)

A REMPLIR DANS LE BUREAU: GRAPPES POUR LESQUELLES L'ETABLISSEMENT  
EST LA PLUS PROCHE:

NOM: \_\_\_\_\_

GRAPPE:

QUESTIONNAIRE AUPRES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

NOM ET STATUT DU  
CHEF D'ETABLISSEMENT: -----

NOM ET STATUT DE LA  
PERSONNE ENQUETEE: -----

I. CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

1. Cet établissement, est-il public ou privé?

PUBLIC....1  
PRIVE.....2

2. En quelle année cet établissement, a-t-il été construit?

19

3. En quelle année les services, ont-ils commencé?

19

4. Cet établissement, est-il alimenté en courant électrique?

OUI...1  
NON...2 (▶ 7 )

5. Le courant, est-il fournit par l'ECCI ou par un groupe électrogène?

ECCI....1 (▶ 7 )  
GROUPE..2

6. Y a-t-il assez de carburant pour faire fonctionner le groupe?

TOUJOURS...1 PARFOIS...3  
SOUVENT....2 JAMAIS....4

7. De quel mode d'approvisionnement en eau dispose cet établissement?

SYSTEME PUBLIC.....1 EAU DE PLUIES.....6  
CHATEAU D'EAU.....2 AUTRE.....7  
PUITS AVEC POMPE...3  
PUITS OUVERT.....4 (Préciser: -----)  
LAC, FLEUVE.....5

7. Y a-t-il de logement pour les employés de cet établissement?

OUI...1  
NON...2

8. Combien des employés sont logés dans le logement associé avec l'établissement?  
NOMBRE:

9. Est-ce que le logement pour les employés est alimenté en courant électrique?  
OUI...1  
NON...2  
QUELQUES MAISONS, PAS TOUTES...3

10. De quel mode d'approvisionnement en eau dispose la plupart de ces maisons?  
SYSTEME PUBLIC.....1      EAU DE PLUIES.....6  
CHATEAU D'EAU.....2      AUTRE.....7  
PUITS AVEC POMPE...3  
PUITS OUVERT.....4      (Préciser: \_\_\_\_\_)  
LAC, FLEUVE.....5

11. Y a-t-il une salle d'opérations dans cet établissement?  
OUI...1  
NON...2

12. Y a-t-il un laboratoire pour faire des analyses dans cet établissement?  
OUI...1  
NON...2 (▶ SECTION II)

13. Est-ce que les clients doivent payer pour les analyses faites dans cette établissement?  
OUI...1  
NON...2 (▶ SECTION II)

14. Combien doivent-ils payer pour...  
une analyse de selles? -----> MONTANT:   
une analyse de sang? -----> MONTANT:

II. SERVICES

11. Maintenant je voudrais savoir quels services sont fournis par votre établissement. Fournissez-vous les services suivants...	2. Pendant quels jours de la semaine et combien d'heures chaque jour?	13. Faut-il payer pour ce service?	14. Combien faut-il payer? CODES D'UNITE:
OUI...1	Ecrire le nombre d'heures pour chaque jour de la semaine.	OUI...1	CONSULTATION..1
NON...2	Remplir toutes les cases.	NON...2	IMMUNIZATION..2
SUIVANT)	LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI SAMEDI DIMANCHE	SUIVANT)	JOUR.....3
			COT. GLOBALE..4
			ACCOUCHEMENT..5
			MONTANT
			UNITE
IIa. Consultations pour les malades?			
IIb. Immunisations?			
IIc. Accouchements?			
II d. Consultations prénatales?			
II e. Consultations postnatales?			
II f. Programme de contrôle de croissance des enfants?			
II g. Programme de secours pour les enfants malnourris?			
II h. Cours de préparation des repas pour les mamans?			
II i. Autre service? PRECISER:			

III. PERSONNEL

REPLIR TOUTES LES  
CASES. SI LA REPONSE  
EST ZERO, ECRIRE 0.

	1. Combien de ...[ ]... travaille dans cet établissement?  NOMBRE	2. Combien de ...[ ]... travaille actuellement? (AU MOMENT DE L'INTER- VIEW) NOMBRE	3. Combien de ...[ ]... ont travaillé au cours des dernières 24 heures au total? NOMBRE
a. Medecins			
b. Pharmaciens			
c. Dentistes/ chirurgiens			
d. Infirmier(e)s Diplôme d'Etat			
e. Infirmier(e)s Brevetet			
f. Sage-femmes			
g. Matrones			
h. Assistants Sociaux			
i. Garçons ou filles de salle			
j. Chauffeurs			
k. Administratifs			
l. Manoeuvres			
m. Autre personnel?			

IV. LITS

1. Combien de lits y a-t-il dans cet établissement?

LITS:

2. Combien de ces lits ne sont pas utilisables?

LITS:

3. Combien de lits étaient occupés la nuit dernière?

LITS OCCUPES:

4. Combien de personnes sont restées dans cet établissement la nuit dernière? (NOUVEAUX NES PAS COMPRIS)

5. Est-ce que les personnes qui restent ici une nuit doivent payer pour l'hébergement?

OUI...1  
NON...2 (▶ 7 )

6. Combien doivent-elles payer par nuit?

MONTANT:

7. Y a-t-il des lits ou chambres privés dans cet établissement, pour lesquelles les clients doivent payer?

OUI...1  
NON...2 (▶ 9 )

8. Combien faut-il payer un lit ou une chambre privé par nuit?

MONTANT:

9. Est-ce que cet établissement fournit de nourriture aux personnes qui restent la nuit?

OUI...1  
NON...2 (▶ SECTION V)

10. Combien doivent-elles payer par jour pour la nourriture?

MONTANT:

SI GRATUIT, ECRIRE 0.

V. EQUIPEMENTS

1. L'établissement, dispose-t-il de véhicules?

OUI...1  
NON...2 (▶ 4)

REEMPLIR TOUTES LES  
CASES. SI LA REPONSE  
EST ZERO, ECRIRE 0.

2. Combien de ...  
[VEHICULE]... avez-  
vous dans cet  
établissement?

NOMBRE

3. Combien de ces  
...[VEHICULE]...  
fonctionnent  
actuellement?  
(ne sont pas en  
panne)

NOMBRE

||a. Véhicules légers,  
|| voitures

||b. Véhicules  
|| frigorifiques

||c. Equipe mobile

||d. Ambulances

||e. Motocyclettes

||f. Autres véhicules

4. Cet établissement, est-il équipé en climatiseurs?

OUI...1  
NON...2 (▶ SECTION VI)

5. Est-ce que les climatiseurs fonctionnent (ne sont pas en panne)?

OUI...1  
NON...2  
CERTAINS MAIS PAS TOUS FONCTIONNENT...3

VI. IMMUNISATIONS

1. Cet établissement, fournit-il les vaccinations ou immunisations?  
 ECRIRE OUI SEULEMENT S'IL FOURNIT LES VACCINATIONS; SI LE  
 CLIENT DOIT TOUJOURS OBTENIR LA DOSE AILLEURS, ECRIRE NON.

OUI...1  
 NON...2 (▶SECTION VII)

	2. Fournissez-vous le ... [VACCIN]... d'habitude dans cet établissement? OUI...1 NON...2 (▶ SUIV.)	3. Avez-vous de ...[VACCIN]... en stock aujourd'hui? OUI...1 NON...2	4. Combien faut-il payer pour le ... [VACCIN]... complète? MONTANT
a. BCG (tuberculose)			
b. TETRACOQ avec poliomyélite			
c. Tetanos (seule)			
d. Rougeole			
e. Fièvre jaune			
f. Meningite			
g. Autre? PRECISER:			

VII. PHARMACIE

1. Les médicaments suivants, sont-ils stockés dans votre établissement aujourd'hui? OUI...1 (►MED. SUIV.) NON...2 ----->	2. Recevez-vous les livraisons de ... [ ]... normalement? OUI..1 (►MED. SUIVANT) NON..2 ----->	3. Combien de temps votre dernière livraison de ...[ ]... a-t-elle duré avant d'être épuisée? SEMAINES
a. Nivaquine?		
b. Quinimax?		
c. Aspirine?		
d. Ganidan?		
e. Charbon?		
f. Sels de réhydratation		
g. Mercurochrome?		
h. Alcool?		
i. Compresses?		
j. Une antibiotique?		

4. Faut-il payer pour les médicaments fournis par votre établissement?

OUI (TOUS OU QUELQUES MEDICAMMENTS)..1

NON....2 (16)

5. Combien faut-il payer pour les médicaments suivants:

SI LE MEDICAMMENT N'EST PAS FOURNI, LAISSER A BLANC.

SI LE MEDICAMMENT EST GRATUIT, ECRIRE 0 POUR LE MONTANT.

a. Nivaquine? MONTANT:  POUR  COMPRIMES.

b. Aspirine? MONTANT:  POUR  COMPRIMES.

c. Ganidan? MONTANT:  POUR  COMPRIMES.

d. Charbon? MONTANT:  POUR  COMPRIMES.

6. Quand a été votre dernière livraison de médicaments?

MOIS:  ANNEE:

7. A peu près quand sera votre prochaine livraison de médicaments?

MOIS:  ANNEE:

8. Pendant quelles heures de la journée recevez-vous le plus de clients dans cet établissement?

UNE REponse.

MATINEE.....1  
MIDI.....2  
APRES MIDI..3  
SOIR.....4  
NUIT.....5

9. Pendant quels jours de la semaine recevez-vous le plus de clients?

UNE REPOSE

LUNDI A VENDREDI.....1	JEUDI.....6
FIN DE SEMAINE.....2	VENDREDI.....7
LUNDI.....3	SAMEDI.....8
MARDI.....4	DIMANCHE.....9
MERCREDI.....5	AUTRE.....10

(Préciser: \_\_\_\_\_)

10. Pendant quels mois recevez-vous le plus de clients?

UNE A TROIS REPOSES. LAISSER A BLANC SI MOINS DE TROIS.

JANVIER.....1	JUILLET...7
FEVRIER.....2	AOUT.....8
MARS.....3	SEPTEMBRE..9
AVRIL.....4	OCTOBRE...10
MAI.....5	NOVEMBRE..11
JUIN.....6	DECEMBRE..12

PREMIER: -

DEUXIEME:

TROISIEME: |

Merci.

Janvier 1987