

Questionnaire Formation Sanitaire 2011

Section 0 : A. Informations Préliminaires (A POSER AU RESPONSABLE DE LA FORMATION SANITAIRE OU SON REPRESENTANT)

		Nom	Code
1	Enquêteur		
2	Contrôleur		
3	Superviseur		
4	Opérateur de Saisie		
5	Nom de la Formation Sanitaire		
6	Adresse de la Formation Sanitaire		
7	District Sanitaire		
8	Région Sanitaire		
9	Nom du Responsable de la Formation sanitaire		

10	Date de la Visite	Jour	Mois	Début de l'Enquête hh : mn	Fin de l'enquête hh : mn	Résultat
				:	:	

11	Enregistrement des données	Jour	Mois	Résultat
	Date d'entrée des données			
12	Supervision	Jour	Mois	Initiales
	Confirmation			
	Enquête complète			
	Entrée des données complète			

1= Questionnaire complété; 2 = Questionnaire incomplet; 3=Absence Temporaire; 4 = Absence prolongée
5=Indisponibilité; 6=Refus de répondre

INTERVIEWER : Bonjour, je m'appelle.....Je travaille pour le compte de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population.

Nous aimerions savoir les différents services que vous offrez dans cette Formation Sanitaire de façon à nous permettre de rechercher les voies et moyens d'améliorer la qualité des soins. Votre participation à cette interview n'a aucun effet négatif sur vous ou sur cette formation sanitaire. Aucune information obtenue dans cette enquête ne sera rattachée à votre personne ou à la Formation Sanitaire.

Section I: Caractéristiques de la formation sanitaire et de son Environnement opérationnel.

Vérifier que le répondant est bien le Responsable de la Formation sanitaire. Ne pas commencer l'interview si le Responsable ou son adjoint ne sont pas présents.

A. Bâtiments et Infrastructures.

1	En quelle année cette formation sanitaire a-t-elle été construite?		_ _ _ _	
2	Qui a financé la construction de cette formation sanitaire? (Donner le nom du financier) _____	MS=1 ONG = 2, organisme confessionnel =3 bailleurs de fonds=4, Autre = 5 _____	_	
3	Cette formation sanitaire a-t-elle été rénovée ?	Oui = 1 Non = 2	_	Si Non → 6
4	Date de la dernière rénovation ? mm/aa	_ _ / _ _		
5	Qui a financé cette rénovation ? (Donner le nom du financier) _____	MS=1, ONG = 2, organisme confessionnel =3, Bailleurs de fonds=4, Autre = 5	_	
6	Quelle est approximativement la population desservie dans l'aire d'activité de la Formation sanitaire?	_ _ _ _ _ _		
7	Nombre total de bâtiments contenus dans cette FS	_ _		
8	Nombre de logements disponibles pour le personnel de santé de la Formation sanitaire	_ _		

9	Votre estimation du nombre de salles composant ce CSPS.	_ _ _	
10	Nombre total de salles d'accouchement.	_ _	
11	Nombre de salles d'accouchement en état de fonctionnement	_ _ _	
12	Les abcès et autres plaies souillées sont-ils soignés dans une salle à part ?	Oui = 1 Non = 2 NA = 8	_

B. Bâtiments et Infrastructures.

1	Combien de fois par mois désinfectez-vous la (les) salle (s) d'observation (s) ?	_ _	
2	Quelle est la dernière fois que vous avez désinfecté une salle d'observation ?	Aujourd'hui... 1 Moins d'1 semaine....2 Moins de 1 mois.....3 Moins de 3 mois.....4 Moins de 6 mois....5 Moins d'un an.....6 Plus d'un an.....7 NSP.....9	_
3	Principal produit utilisé pour désinfecter les salles d'observation ?	Savon1 Créoline2 Formol3 Eau de Javel...4 Autres (Spécifiez)5 NSP9	_
4	Vous arrivent-ils de désinfecter d'autres salles dans cette formation sanitaire ?	Oui = 1>> Non = 2	_

5	Quelle est la dernière fois que vous avez désinfecté ce CSPS ?		1=Aujourd'hui 2=Moins d'1 semaine 3=Moins de 1 mois 4=Moins de 3 mois 5=Moins de 6 mois 6=Moins d'un an 7=Plus d'un an 9=NSP	<input type="text"/>
6	Principal produit utilisé pour désinfecter ce CSPS ?		Savon1 Créoline2 Formol3 Autres (Spécifiez) ..4 NSP9	<input type="text"/>
7	Votre estimation du nombre de patients reçus chaque jour par un infirmier		1-10 =1 11-20 = 2 21-30 =3 >30 =4	<input type="text"/>
8	Existent-t-il des bancs ou des chaises dans les lieux ou salles d'attentes pour les patients qui attendent de voir un infirmier ?		Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
9	Quelle proportion des patients trouve une place assise dans le lieu d'attente avant de voir un infirmier ?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
10	Votre estimation du nombre de patients reçus chaque jour par un soignant (ou chargé de la prise en charge).		1-10 =1 11-20 = 2 21-30 =3 >30 =4 NSP = 9	<input type="text"/>
11	Nombre total de lits dans la formation sanitaire	Maternité	Médecine Interne	Autres Permanents
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Nombre total de matelas dans la formation sanitaire	Maternité	Médecine Interne	Autres Permanents
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

13	Votre estimation du taux d'occupation des lits par jour	1-20% = 1 21-40% = 2 41-60% = 3 61-80% = 4 80-100% = 5 N/A = 8 NSP = 9		_
14	Combien de malades en moyenne apportent leur propre matelas suite à la carence des matelas dans cette FS au cours de l'année			_ _ _

15	Quelle est la source d'eau que vous utilisez dans cette formation sanitaire ?	Eau potable = 1 Source Publique = 2 Fontaine Protégée = 3 Fontaine Non Protégée = 4 Eau de Pluie = 5 Rivière/Lac = 6 Autre _____ = 7 Pas de source d'eau = 8		_
16	ENQUETEUR : SI LA SOURCE EST UNE POMPE OU EAU DE ROBINET, VERIFIEZ QUE LA POMPE ET OU LE ROBINET SONT FONCTIONNELS ET LAISSENT COULER L'EAU	Oui, l'eau coule = 1 Non, l'eau ne coule pas = 2		_
17	Est-ce que cette (ces) source (s) d'eau est (sont) dans la cour de la formation sanitaire ?	Oui = 1 Non = 2		_
18	Temps pour atteindre la source d'eau?	Minutes (00 si dans la Formation sanitaire)		_ _
19	Disponibilité de la source d'eau?	Toujours = 1 La plupart du temps = 2 Parfois = 3 Rarement = 4 Jamais = 5		_
20	La formation sanitaire dispose-t-elle de l'électricité?	Oui = 1 Non = 2 Si non >> 24		_
21	Combien d'heures par jour la formation sanitaire fonctionne t-elle avec : (00 si ce mode n'existe pas)	Son propre Générateur	Energie solaire	Electricité Publique
		_ _	_ _	_ _

22	Combien de fois l'électricité est-il interrompu ?	Presque Chaque Jour =1 Une fois ou deux fois par semaine =2 Une fois ou deux fois par mois =3 Un petit moment l'année =4 Jamais ou presque jamais =5 Autre () =6 Ne sais pas =7	<input type="text"/>
23	ENQUETEUR : ALLUMEZ L'INTERRUPTEUR POUR VOUS RASSURER QU'IL Y A L'ELECTRICITE	Oui, l'ampoule s'allume ...= 1 Non, l'ampoule ne s'allume pas parce que nous ne recevons pas le courant à pareille heure.....= 2 Non, le générateur est tombé en panne il y a moins d'un mois= 3 Non, le générateur est fonctionnel mais il manque le carburant..... = 4 Non, le Générateur est en panne depuis plus d'un mois= 5 Non, nous n'avons plus du courant dans cette FS= 6	<input type="text"/>
24	De quel système d'évacuation des déchets dispose la formation sanitaire?	Brûlés dans un incinérateur = 1 Brûlés dans un trou = 2 Enterrés dans un trou = 3 Jetés à l'air libre = 4 Autre_(Préciser) _____ = 5	<input type="text"/>
25	De quel système d'évacuation des eaux usées dispose la formation sanitaire?	Egouts = 1 Fosse sceptique = 2 Déversées à l'air libre = 3 Autre_(Préciser) _____ = 4	<input type="text"/>
26	Cette formation sanitaire possède t-elle une pharmacie (c'est à dire vend-elle ou donne-t-elle des médicaments) ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
27	La formation sanitaire dispose-t-elle d'un quelconque moyen de transport en état de fonctionner?	Oui = 1 Non = 2 Si non >> 32	<input type="text"/>
30	De quel type de moyen de transport la formation sanitaire dispose-t-elle?	Bicyclette = 1 Motocyclette = 2 Voiture = 3 Autre_____ = 4	

31	Quel est le degré d'accès de la formation sanitaire à ces moyens de transport?	Permanent - Propriété de La formation sanitaire..... = 1 Accès quand le besoin se fait sentir.....= 2 Usage en cas d'urgence seulement.....= 3 Autre..... = 4	_
----	--	---	---

32	La formation sanitaire dispose-t-elle de téléphone?	Oui = 1 Non = 2 Si non >>35	_
33	Nombre total de téléphones appartenant à cette formation sanitaire.		_ _ _
34	Nombre total de téléphones fonctionnels qui sont la propriété de cette formation sanitaire.		_ _ _
35	Disponibilité d'un contact téléphonique avec les organes de tutelle.	Toujours = 1 La plupart du temps = 2 Parfois = 3 Rarement = 4 Jamais = 5	_
36	Disponibilité d'un contact téléphonique avec les malades.	Toujours = 1 La plupart du temps = 2 Parfois = 3 Rarement = 4 Jamais = 5	_
37	ENQUETEUR : LEVEZ LE TELEPHONE POUR VOUS RASSURER QUE LA TONALITE EXISTE	Oui, tonalité existe = 1 Non, tonalité n'existe pas = 2	_
38	Cette formation sanitaire dispose –elle des latrines ou toilettes fonctionnelles ?	Oui = 1 Non = 2	_
39	Combien de toilettes ou latrines existe-t-il dans cette formation sanitaire ?		_ _ _

40	Combien de fois par semaine nettoyez-vous les toilettes ou latrines dans cette FS	88 = N/A 99 = NSP	<input type="text"/>
41	Combien de fois par semaine désinfectez-vous les toilettes ou latrines dans cette FS	88 = N/A 99 = NSP	<input type="text"/>
42	Avec quel produit désinfectez-vous les latrines ou toilettes	Savon1 Créoline2 Formol3 Autres (Spécifiez)4 NSP9	<input type="text"/>

43	Quelqu'un s'occupe-t-il journalièrement de la propreté des salles ?	Oui = 1 Non = 2 N'avons pas de nettoyeur = 3 NSP = 9	<input type="text"/>
44	Avez-vous des bacs à papiers ou poubelle au niveau du CSPS ?	Oui, dans tous les bureaux =1 Oui, dans la plupart = 2 Oui, dans certains...= 3 Non, pas dans les bureaux = 4	<input type="text"/>
45	ENQUETEUR : VERIFIEZ QU'IL N Y A PAS DES TOILES D'ARAIGNEES DANS LA SALLE	Oui, il y a des toiles d'araignées =1 Non, pas de toiles d'araignées =2	<input type="text"/>
46	ENQUETEUR : VERIFIEZ S'IL Y A DES TOILES MOUSTIQUAIRES AUTOUR DES FENETRES.	Oui, il y a des toiles moustiquaires =1 Non, pas de toiles moustiquaires =.....2 Non, salle bien fermée et conditionnée =3	<input type="text"/>
47	Existe-t-il des moustiques dans cette salle ou dans des salles d'hospitalisation ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
48	Pensez-vous que certains de vos malades attrapent le paludisme pendant qu'ils sont en hospitalisation ici ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>

49	Avez-vous une politique pour combattre les moustiques dans cette formation sanitaire ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
50	Existe-t-il de la ventilation dans cette salle ou dans les salles des soins et les salles d'hospitalisations ?	1. Oui, dans cette salle et dans certaines salles des soins et d'hospitalisation 2. Uniquement dans les salles de consultations et des soins 3. Limitée à quelques bureaux seulement 4. Il n'existe aucun système de climatisation/ ventilation dans cette formation sanitaire	<input type="text"/>

C. Contexte opérationnel

1	Référez-vous vos malades vers d'autres formations sanitaires ?	Oui = 1 Non = 2 >>10 N/A = 3 >>10 NSP = 9 >>10		<input type="text"/>
2	Vers quelles formations sanitaires transférez/référez-vous vos malades en général?	CHR = 1 CM= 2 CMA= 3 Clinique = 5 Médecin Seul = 6 Infirmier Seul ou Paramédical ou Accoucheuse Traditionnelle= 7 Autres-----=8		<input type="text"/>
3	Quelle est la durée du trajet pour se rendre en véhicule à la structure de référence? (00 si pas autre structure de référence)	(a)	Saison sèche	<input type="text"/> : <input type="text"/>
		(b)	Saison pluvieuse	<input type="text"/> : <input type="text"/>
4	Combien de fois avez-vous référé des malades vers d'autres formations sanitaires durant les 6 derniers mois ?	1-251 26-502 51-753 75-1004 Plus de 100 ..5 N/A888		<input type="text"/>

5	Les malades référés sont-ils généralement évacués par leurs propres moyens ?	Oui = 1 Non = 2 N/A = 8 NSP = 9	<input type="text"/>
6	Existe-t-il un système favorisant l'évacuation des malades ?	Oui = 1 Non = 2 >> 9 N/A = 8 >> 9 NSP = 9 >> 9	<input type="text"/>
7	Si oui, Précisez.	1. Ambulance 2. Autres véhicules 3. Moto 4. Bicyclette 5. Charrettes 6. Autres (Précisez)	<input type="text"/>
8	Avez-vous eu des nouvelles de ces patients depuis lors ?	Oui = 1 Oui, pour quelques uns = 2 Non = 3 N/A = 8	<input type="text"/>
9	Existe-t-il des formations sanitaires qui réfèrent leurs malades vers cette formation sanitaire?	Oui = 1 Non = 2 >> N/A = 3 >> NSP = 9 >>	<input type="text"/>

10	Sources alternatives de soins dans un rayon de 10 kilomètres		
	(1) Nom de La Formation Sanitaire	(2) Type	(3) Distance (Km)
		CHR = 1 CMA = 2 CM = 3 Clinique = 4 Médecin Seul = 5 Infirmier Seul ou Paramédical ou Accoucheuse Traditionnelle = 6 Autres-----7	
(a)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(b)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(c)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(d)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(e)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(f)		<input type="text"/>	<input type="text"/>
(g)		<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. Heures d'Ouverture et Services Offerts.

1	Pendant combien de jours par semaine la formation sanitaire est-elle ouverte?	_ _			
2	Quels sont les horaires effectifs d'ouverture de la Formation sanitaire?				
		Heures Normales		Permanence/Garde	
		Heure d'Ouverture	Heure de Fermeture	Début permanence	Fin permanence
		(1)	(2)	(3)	(4)
		format: hh:mn			
(a)	Jours semaine	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(b)	Samedi	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _
(c)	Dimanche	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _	_ _ _ : _ _ _

Section II: Ressources Humaines.

A. Généralités.

1	Combien d'employés travaillent dans cette formation sanitaire?	
2	Parmi eux combien sont de sexe féminin ?	
3	Combien parmi eux sont payés par le Gouvernement ?	
4	Combien d'agents de santé ont été recrutés ou affectés à cette formation sanitaire au cours de l'année 2011?	
5	Combien d'agents de santé de cette formation sanitaire ont pris leur retraite au cours de l'année 2011?	
6	Combien d'agents de cette Formation sanitaire ont été affectés dans d'autres centres ou ont démissionné en 2011?	
7	Combien d'agents de cette Formation sanitaire sont décédés en 2011?	
8	Combien d'agents de santé sont formés à la prise en charge des soins prénatals en 2011 ?	
9	Combien d'agents de santé sont formés à la prise en charge des enfants en 2011?	
10	Combien d'agents de santé sont formés à la prise en charge des soins pour les adultes en 2011?	
11	Combien d'agents de santé sont formés à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida en 2011?	
12	Nombre moyen d'heures de travail journalier par des agents chargés de la prise en charge des soins prénatals en 2011?	
13	Nombre moyen d'heures de travail journalier des agents chargés des soins curatifs des enfants en 2011?	
14	Nombre moyen d'heures de travail des agents de santé chargés des soins curatifs des adultes en 2011 ?	

16	Personnel du CSPS				2							
		(1)	(2)	(3)	(5)		(6)	(7)				
	Catégorie de l'agent	Nombre	Salaire mensuel Moyen (en milliers)	Principale Source	Source		Nombre d'absents	Raison Absence				
				Voir Code	Voir Code			Voir Code				
(a)	Infirmier (e) d'état	□□□	□□□□□□	□ □ □ □ □ □ □ □	□	□	□	□	□	□	□	
(b)	Infirmier (e) breveté	□□□	□□□□□□		□	□	□	□	□	□	□	
(c)	Accoucheuse brevetée	□□□	□□□□□□		□	□	□	□	□	□	□	
(d)	Agent Itinérant de santé	□□□	□□□□□□		□	□	□	□	□	□	□	
(e)	Accoucheuse auxiliaire	□□□	□□□□□□		□	□	□	□	□	□	□	
(f)	Personnel d'appui	□□□	□□□□□□		□	□	□	□	□	□	□	
(g)	Personnel administratif	□□□	□□□□□□		□	□	□	□	□	□	□	
(h)	Autre Personnel (précisez) : _____	□□□	□□□□□□		□	□	□	□	□	□	□	

Source Salaire et rémunérations		Raison de l'absence	SALAIRE	ABSENCE
Gouvernement = 1 ONG/organisme religieux = 2 Bailleurs de Fonds = 3 Revenus des frais des usagers = 4 Communauté = 5 Autre (spécifier) = 6		Malade = 1 En stage/ formation = 2 Mission Officielle = 3 Absence approuvée = 4 Absence non approuvée = 5 Parti chercher son salaire = 6 Autre (spécifier) = 7	Si source = 6 Spécifier : (□□) _____ (□□) _____ (□□) _____ (□□) _____ (□□) _____	Si 7 Spécifier: (□□) _____ (□□) _____ (□□) _____

Code ID	0. Nom et prénom des personnes travaillant dans la FS.	1. Sexe <i>1. M</i> <i>2. F</i>	2. Formation	3. Date d'arrivée dans la FS <i>ANNEE</i> NSP= XX / XX. L'année est peut-être suffisante	4. Fonction exercée.	5. Employeur	6. Salaire si <u>Non Fonctionnaire</u> (en milliers)	7. Autres indemnités	8. Année de dernière remise à niveau	9. autres activités génératrices de revenu ? 1=ooui 2=Non	11. Estimation mensuelle du revenu des AGR	12. L'agent est-il présent à l'instant : <i>1. Oui</i> <i>2. Non</i>	13. Raison d'absence, si absent
1		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
2		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
3		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
4		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
5		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
6		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
7		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
8		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
9		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
10		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
11		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
12		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
13		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
14		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
15		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
16		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
17		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
18		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
19		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_
20		_	_	_ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _	_	_ _ _	_	_

2. <u>Formation</u>	4. <u>Fonction exercée</u>	5. <u>Employeur</u>				12. <u>Raison d'absence</u>
1. Infirmier d'Etat 2. Infirmier breveté 3. Agent itinérant de santé 4. Accoucheuse auxiliaire 5. Personnel d'appui 6. Autre à préciser	01. Personnel Soignant 02. Gérant dépôt pharmaceutique 03. Vigile 04. Nettoyeur/Nettoyeuse 05. Autres	<u>Budget de l'Etat</u> 1.1. Fonctionnaire	<u>Budget d'une collectivité locale (Province, Mairie)</u> 2.1. Contrat à durée indéterminée 2.2 Contrat à durée déterminé	<u>Budget d'un Comité de Gestion</u> 3.1. Contrat durée indéterminée 3.2. Contrat durée déterminée	<u>Budget privé (employeur privé, église, ONG)</u> 4.1. Contrat durée indéterminée 4.2. Contrat durée déterminée.	1 Malade 2 En stage/ formation 3 Mission Officielle 4 Absence approuvée 5 Absence non approuvée 6 Parti chercher son salaire 7 Autre (spécifier) 8 Ne sais pas.

C. Affectation des agents

Combien d'agents de santé sont venus ou ont quitté la formation sanitaire durant les 4 dernières années (2008-2011)									
Agents		formation*	Année	Service antérieur			Service actuel		
				Département	Service	Salaire brut	Département	Service	Salaire brut
1			2008						
			2009						
			2010						
			2011						
2			2008						
			2009						
			2010						
			2011						
3			2008						
			2009						
			2010						
			2011						
4			2008						
			2009						
			2010						
			2011						
5			2008						
			2009						
			2010						
			2011						
6			2008						
			2009						
			2010						
			2011						
7			2008						
			2009						
			2010						
			2011						

Formation

1. Infirmier d'Etat
2. Infirmier breveté
3. Agent itinérant de santé
4. Accoucheuse auxiliaire
9. Autres

Section III: SERVICES, FRAIS, ET UTILISATION.

	Posez la question 1 pour chaque service avant de passez aux question 2- 5	SERVICES	1. Cette formation sanitaire offre ce service en son sein (intérieur) ou en Outreach ? Intérieur Seulement.....1 Outreach seulement.....2 Intérieur et Outreach.....3 Aucun.....4	2. Combien de jours/ semaine ce service est-il offert ? (8 si sur RDV)		3. Depuis quand ce service est offert dans cette formation sanitaire		4. Quel est le prix du service hormis les frais de consultation ?		
				ANNEE		Intérieur	Outreach	Intérieur	Outreach	Prix Intérieur
a	Immunisations									
	a.1	BCG								
	a.2	DTC								
	a.3	Polio								
	a.4	Rougeoles								
	a.5	Hépatite B								
b	Soins pédiatriques									
c	Surveillance courbe de croissance infantile									
d	Service de nutrition infantile									
e	Consultations prénatales									
f	Maternité									
	f.1	Normale								
	f.2	Césarienne								
g	Accouchement à domicile avec personnel qualifié									
h	Transfusion sanguine									
i	Planning familial									
	i.1	Pilule								
	i.2	Injection								
	i.3	Implant								
	i.4	Condom masculin								
	i.5	Barrière intra utérine								
	i.6	Stérilisation féminine								
	i.7	Stérilisation masculine								
j	Prise en charge TBC									
k	Prise en charge du Paludisme									

Section III: SERVICES, FRAIS, ET UTILISATION (Suite).

[illegible]

Section III: SERVICES, FRAIS, ET UTILISATION (Suite).

Question	Oui = 1 Non =2	Montant/Nombre	
6. OUTREACH			
6.1. Recevez-vous une prime pour les campagnes outreach?	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.2. Qui paie cette prime ?		Gouvernement1 Région sanitaire2 District sanitaire3 Formation sanitaire4 Partenaires5 Autres (spécifier)6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.3. Disposez-vous d'un moyen de transport pour ces campagnes ?	<input type="checkbox"/>		
6.4. Plus petite distance parcourue dans le cadre de ces campagnes	En Km		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.5. Plus grande distance parcourue dans le cadre de ces campagnes	En Km		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.6. Au total, combien de campagnes durant les trois derniers mois ? (Question vérification)			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. HEURES SUPPLEMENTAIRES			
7.1 Travaillez-vous des heures supplémentaires dans cette Formation Sanitaire ?	Si 2(>>8.1) <input type="checkbox"/>		(moyenne d'heures par mois) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.2 Combien d'heures supplémentaires la formation sanitaire a-t-elle enregistrée durant les trois derniers mois ?			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.3 Existe-il une prime pour ces heures supplémentaires ?	<input type="checkbox"/> Si 2>>8.1	(Prime par heure)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.4 Qui paie cette prime ?		Gouvernement1 Région sanitaire2 District sanitaire3 Formation sanitaire4 Partenaires5 Autres (spécifier)6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. SERVICES DE GARDE			
8.1 Avez-vous un service de garde pour les soins d'urgence de nuit et/ou jours fériés ?	Si 2 (>>9.1) <input type="checkbox"/>		
8.2 Le personnel de garde a –t-il une prime pour ces fonctions ?	<input type="checkbox"/> (si 2 >9.1)	(Montant de la prime)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8.3 Qui paie cette prime ?		Gouvernement1 Région sanitaire2 District sanitaire.....3 Formation sanitaire...4 Partenaires.....5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/>

Section III: SERVICES, FRAIS, UTILISATION

INCITATION POUR AMELIORER L'EFFICIENCE

11. Coté offre. Pouvez-vous classer par ordre de **potentiel d'efficacité décroissante les incitations suivantes pour motiver le personnel du Centre de Santé ?**

INCITATION		RANG
<i>Rangez du plus important au moins important (1 étant le plus important)</i>		
1/ Primes et autres gratifications.....		<input type="text"/>
2/ Titres honorifiques		<input type="text"/>
3/ Environnement familial (ex : disponibilité d'écoles pour les enfants et autres infrastructures)...		<input type="text"/>
4/ Sécurité.....		<input type="text"/>
5/ Conditions de travail.....		<input type="text"/>
6/ Plan de carrière.....		<input type="text"/>
7/ Avancement.....		<input type="text"/>
8/ Logement pour la famille.....		<input type="text"/>
9/ Supervision.....		<input type="text"/>
10/ Stages et formation.....		<input type="text"/>

12. Coté demande. Pouvez-vous classer par ordre de **potentiel d'efficacité décroissante** les incitations suivantes pour motiver la population du village à fréquenter le Centre de Santé:

INCITATION	RANG
1/ Amélioration de l'accueil.....	<input type="text"/>
2/ Amélioration de la qualité des services.....	<input type="text"/>
3/ Amélioration de l'Environnement du centre.....	<input type="text"/>
4/ Amélioration de l'intérieur des bâtiments.....	<input type="text"/>
5/ Baisse des tarifs appliqués	<input type="text"/>
6/ Disponibilité des agents	<input type="text"/>
7/ Disponibilité des médicaments.....	<input type="text"/>
8/ Campagnes de sensibilisation.....	<input type="text"/>

SECTION IV : INTERVIEW DU PREMIER RESPONSABLE DU CENTRE DE SANTE OU SON REPRESENTANT.

A. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE INTERVIEWEE	
1. Nom : _____	
1b. Fonction exercée dans la formation sanitaire : 1. <i>Infirmier (e) d Etat</i> 2. <i>Infirmier breveté</i> 3. <i>Agent itinérant de santé</i> 4. <i>Accoucheuse auxiliaire</i> 9. Autre (à préciser): _____	_ /

B. INCITATIONS

B1. SUPERVISION	
2. Recevez-vous des visites du Médecin chef de district ou d'un superviseur? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> >> 7	_ /
3. Si oui, à quand remonte la dernière?	<i>Depuis</i> _ _ / <i>semaines</i>
4. Combien de visites avez-vous reçu les 6 derniers mois?	_ _ /
5. Pensez-vous que ces visites sont utiles? (1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>)	_ /
6. Ces visites vous motivent-elles? (1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>)	_ /
7. À votre connaissance, le personnel de cette formation sanitaire a-t-il fait l'objet de gratifications ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> >> 9	_ /
8. Si oui, préciser : 1. <i>Avancement en termes de carrière</i> 2. <i>Changement d'affectation</i> 3. <i>Primes versées par l'Etat (par ex. primes d'éloignement)</i> 4. <i>Primes versées par le district</i> 5. <i>Autres</i> : _____	_ /
9. À votre connaissance, le personnel de ce centre a-t-il fait l'objet de sanctions (poursuites)? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> >> 11	_ /
10. Si oui, préciser : 1. <i>Suspension de solde</i> 2. <i>Conseil de discipline</i> 3. <i>Plainte devant les tribunaux</i> 4. <i>Autres</i> : _____	_ /
11. Pensez-vous que le système des promotions et des sanctions dans l'Administration pourrait vous inciter à mieux travailler ? 1. <i>Oui</i> >> C3 2. <i>Non</i>	_ /
12. Si non pourquoi ? 1. <i>Il n'y a pas vraiment de logique dans ces décisions</i> 2. <i>Les sanctions ne sont pas efficaces</i> 3. <i>Les personnes protégées sont intouchables</i> 4. <i>Autres</i>	_ /

C3. CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL

C3A. VOTRE CHARGE DE TRAVAIL	
22. Combien de jours par semaine travaillez-vous?	_ /
23. Combien d'heures par jour travaillez-vous en moyenne?	_ _ /heures / jour

24. Est ce que vous faites des consultations à domicile ? 1. Oui 2. Non >> 26	/_/_/
25. Combien en moyenne par semaine ?	/_/_/_/
26. Est-ce que vous exercez une autre activité (médicale ou non médicale) rémunératrice ? (1. Oui 2. Non)	/_/_/

C3B. VOS CONDITIONS DE VIE

27. Depuis combien de temps êtes-vous affecté ici ?	depuis _/_/_/_/ mois
28. Votre famille vous a-t-elle suivi dans cette affectation? (1. Oui 2. Non)	_/_/
29. Etes-vous logé par votre employeur ? 1. Oui 2. Non >> 31	_/_/
30. Si oui, êtes-vous logés dans l'enceinte de la formation sanitaire? 1. Oui 2. Non >> 32	_/_/
31. Si non, combien vous coûte votre logement par mois? (Mettre 0 si non locataire)	_/_/_/_/_/_/_/ CFA
32. Estimez-vous que votre logement est satisfaisant pour accueillir vous et votre famille? (1. Oui 2. Non)	_/_/
33. Recevez-vous votre salaire tous les mois? 1. Oui >> 36 2. Non	_/_/
34. Si non, depuis combien de temps n'avez-vous pas été payé ?	depuis _/_/_/_/ mois
35. Raison de non paiement : 1. Initiative de l'employé 2. Trop éloigné pour toucher le salaire 3. Paiement en retard 4. Autres (à préciser).....	_/_/
36. Pour toucher votre salaire, devez-vous vous absenter de la formation sanitaire? (1. Oui 2. Non)	_/_/
37. Comment percevez-vous votre salaire? 1. Billetage 2. Bon de caisse 3. Virement bancaire 4. Autres	_/_/
38. Où percevez-vous votre salaire? établissement 1. Directement dans votre 2.A la perception du village 3. Au niveau de la commune 4. A la banque 5. Autres	_/_/

D. VOTRE PERCEPTION DE LA FORMATION SANITAIRE

39. Etes-vous heureux de travailler dans ce centre? (1. Oui 2. Non)	_/_/
---	------

[illegible]

SECTION V : INTERVIEW DU PERSONNEL DE LA FORMATION SANITAIRE
SELECTIONNER UNE PERSONNE.

A. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE INTERVIEWEE
0. Nom du premier répondant : _____
0b. Nom du second répondant : _____

	1er Répondant	2ème Répondant
0c. Fonction exercée dans la formation sanitaire 1. <i>Infirmière DE</i> 2. <i>Aide sanitaire</i> 3. <i>Aide soignante (fille ou garçon de salle)</i> 4. <i>Agent itinérant de santé</i> 5. <i>Accoucheuse auxiliaire</i> 6. <i>Autre :</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3. CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL

C3A. VOTRE CHARGE DE TRAVAIL		
1. Combien de jours par semaine travaillez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Combien d'heures par jour travaillez-vous en moyenne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Combien de fois par semaine des malades viennent-ils parfois vous chercher hors de vos horaires normaux de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que vous faites des consultations à domicile ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> >> Q6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Combien en moyenne par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que vous exercez une autre activité (non médicale) rémunératrice ? (1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C3B. VOS CONDITIONS DE VIE		
7. Depuis combien de temps êtes-vous affectés ici ?	depuis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois	depuis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
8. Votre famille vous a-t-elle suivi dans cette affectation? (1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Etes-vous logés par votre employeur? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> >> Q11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si oui, êtes-vous logés dans l'enceinte de la formation sanitaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si non, combien vous coûte votre logement par mois? (Mettez 0 si non locataire)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en milliers CFA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en milliers Ar
12. Estimez-vous que votre logement est satisfaisant pour accueillir vous et votre famille? (1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Recevez-vous votre salaire tous les mois? (1. Oui 2. Non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Si non, depuis combien de temps n'avez-vous pas été payé?	depuis <input type="text"/> <input type="text"/> mois	depuis <input type="text"/> <input type="text"/> mois
15. Raison de non paiement 1. Initiative de l'employé 2. Trop éloigné pour touches le salaire 3. Paiement en retard 4. Autres à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pour toucher votre salaire, devez-vous vous absenter de la formation sanitaire? (1. Oui 2. Non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Comment percevez-vous votre salaire? 1. Billetage 2. Bon de caisse 3. Virement bancaire 4. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Où percevez-vous votre salaire? 1. Directement dans votre établissement 2. à la perception du village 3. au chef lieu du district 4. A la banque 5. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. VOTRE PERCEPTION DE LA FORMATION SANITAIRE

19. Etes-vous heureux de travailler dans ce centre? (1. Oui 2. Non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Souhaitez-vous une affectation? (changement du lieu d'exercice de la profession) 1. Oui 2. Non >> 22a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Si oui, quelles peuvent en être les raisons?		
21a. Mauvaise entente avec les supérieurs, les collègues.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21b. Mauvaise entente avec les habitants du village, avec le Comité de gestion.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21c. Absence de services (écoles, eau potable, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21d. Logement rudimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21e. Eloignement de la famille, des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21f. Possibilité de gagner mieux sa vie ailleurs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21g. Envie de changer tout simplement?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Quels sont à votre avis les problèmes majeurs de ce centre de santé?(ne pas citer) (1. Oui 2. Non)		
22a. Des locaux inadaptés ou en mauvais état.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22b. Le manque de médicaments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22c. Le manque de matériel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22d. Le manque de personnel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22e. Des personnels peu motivés ou mal formés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22f. Un coût de consultation trop élevé pour la plupart des patients.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22g. Un coût des médicaments trop élevé pour la plupart des patients.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22h. Une formation sanitaire mal située par rapport aux bassins de population.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22i. Autres à préciser:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. En conclusion, quel est votre avis sur les affirmations suivantes? (à citer par l'enquêteur) (1. Oui 2. Non)		
23a. La formation sanitaire a une bonne réputation dans la Communauté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23b. La population est consciente des changements qui ont été opérés ces dernières années en termes de qualité des prestations offertes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23c. Elle joue un rôle important pour la santé des populations du village et des environs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23d. Les plus pauvres y ont autant accès que les autres habitants du village et des environs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23e. La formation sanitaire est bien équipée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23f. Le travail que j'effectue dans cette formation sanitaire est intéressant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23g. Il y a une relation constructive avec l'équipe de supervision du district.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23h. Il y a une relation constructive avec l'équipe du Comité de gestion.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION VI: EQUIPEMENT

	Posez la question # 1 avant de passer aux questions 2-4	1. INTERVIEWER : Vérifier que ce matériel est disponible au moment de la visite. Oui....1 Non...2 >>4	2. Combien de [...] avez-vous en parfait état dans cette Formation Sanitaire ? (Nombre)	3. Combien de [...] ne fonctionnent pas correctement dans cette Formation Sanitaire ? (Nombre)	4. Combien de [...] utilisez-vous dans cette Formation Sanitaire mais qui sont une propriété privée du personnel? (Nombre)
	Type d'équipement				
a	Tensiomètre				
b	Stéthoscope				
C	Thermomètre				
d	Balance pèse personne				
e	Balance pèse bébé				
f	Marteau à reflexe				
g	Garot latex				
h	Stérilisateur/ autoclaves				
I	Otoscope				
J	Lits d'hospitalisation				
K	Lits pour observation				
l	R-X				
m	Forceps				
n	Vacuum (Extraction)				
o	Vacuum (aspirateur)				
p	Kit D&C				
q	Speculum vaginal				
r	Oxygène				
s	Ultrason				
t	ECG				
u	Incubateur				
v	Microscopes				
w	Centrifugeuses				
x	Réfrigérateur				
y	Congélateur				
z	Réchaud/ Cuisinière				
aa	Glacière avec paquet de glaçon				
bb	Seringues				
cc	Tables d'examen				
dd	Ambulance				
ee	Brancard				
ff	Chaise roulante				

Section IX: Financement de la Formation Sanitaire

A. Revenus Autres que les Frais des Usagers

1	Avez-vous reçu pour l'année 2011 des ressources provenant des services du Gouvernement ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/> Si non >>3
---	--	--------------------	------------------------------------

2	Quels montants avez-vous reçu des sources suivantes durant l'année 2011?		
	Source de Financement	Oui = 1 Non = 2	Montant Reçu (<i>en milliers</i>)
(a)	Budget du Gouvernement central/ Ministre des Finances	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(b)	Province	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(c)	District sanitaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(d)	Commune	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(e)	Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(f)	Total		<input type="text"/>

3	Avez-vous reçu un soutien financier ou en nature d'organisme autre que le gouvernement en 2011 ?			Oui = 1 Non= 2	<u> </u> <u> </u>	Si non → Section 7
4	Soutiens Financiers et en Nature reçus d'Organismes autres que le Gouvernement					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Si oui, pouvez-vous SVP donner les noms des organismes autres que le Gouvernement qui vous ont soutenu financièrement ou en nature durant l'exercice 2011 ?	Quel est le type de cet Organisme (Voir Codes)	Pouvez-vous donner la valeur du soutien financier que vous procure cet organisme (en milliers)	Pouvez-vous donner la valeur approximative du soutien total en nature que vous procure cet organisme (en milliers)	Quel est le soutien en nature le plus important que vous donne cet organisme ? (Voir Codes) (Précisez en bas)	Service bénéficiaire (Voir codes en bas)
(a)		<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
(b)		<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
(c)		<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
(d)		<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
(e)		<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
(f)		<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
(g)		<u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><u>Code Type</u> <u>Organisme</u> : ONG = 1 ; Bailleur de Fonds=2 Autre (Préciser) = 3</p> </div> <div> <p><u>Code Soutien en Nature</u> : Personnel =1 Médicaments =2 Stages / Formations = 3 Matériel et Equipements = 4 Autre (Préciser) = 5 Préciser les dons en nature : _____</p> </div> <div> <p><u>Code service bénéficiaire</u> : Prévention et traitement VIH . ..1 Maternité 2 Chirurgie 3 Dispensaire 4 Pédiatrie 5 Gynéco obstétrique. 6 Autres... .8 NSP 9</p> </div> </div>						

5	Quelles sont les trois principales sources de financement ou aide que cette formation sanitaire reçoit ?	Frais Payés par les utilisateurs = 1 Vente des médicaments = 2 Organisation religieuse = 3 Autre donateur = 4 Compagnie privée = 5 Gouvernement central ou local = 6 Autre (à Spécifier) _____ = 7	__ __ __
---	--	--	----------------------------

Section IX: B. Financement du STOCK MEDICAMENT

6	Posez la question # 1 avant de passer aux questions 2-4	(1). Avez-vous reçu une dotation des médicaments suivants durant l'année 2011 ? Oui... 1 Non...2>> (aller au produit suivant)	(2) Quantité reçue en l'an 2011 ? VOIR BORDEREAU DE RECEPTION	(3). Valeur VOIR BORDEREAU DE RECEPTION	(4.) Donateur ?
	Types Médicaments				
a	Amoxicilline				
b	Cotrimoxazole				
C	Ampicilline				
d	Peni Procaine				
e	Peni Benzathine				
f	Gentamycine/kanamycine				
g	Ceftriaxone				
h	Ciproflaxacine				
I	Norfloxacin				
J	Spectinomycine				
K	Doxycycline				
l	Tetracycline				
m	Erythromycine				
n	Nystatine				
o	Antibiotiques Gouttes optiques				
p	Metronidazole				
q	Acetosal				
r	Paracetamol				
s	Ibuprofen				
t	Autres Antipyrétiques, NSAID				
u	Pyrazinamide				
v	TB blister pack				
w	Rifampicine				
x	Ethambutol				
y	Isoniazid				
z	INH				
aa	EH)Etham+Iso)				
bb	Rifater (Rif + Pyra)				
cc	Chloroquine				
dd	Pyrimethamine				
ee	Quinine				
ff	Sulfadoxine				
gg	Oralit				
Hh	Methyldopa				
	VALEUR TOTALE				

CODE POUR 4 : 1=Gouvernement ; 2=Formation Sanitaire ; 3=Partenaires ; 4=Autres

Section IX: STOCK MEDICAMENT

6	Posez la question # 1 avant de passer aux questions 2-4	(1). Avez-vous reçu une dotation des médicaments suivants durant l'année 2011 ? Oui... 1 Non...2 >> (aller au produit suivant)	(2). Quantité reçue en l'an 2011 ? VOIR BORDEREAU DE RECEPTION	(3). Valeur VOIR BORDEREAU DE RECEPTION	(4). Donateur ? Voir code en bas
a	Fer/Acide folique				
b	Vitamine A				
C	Sérum tétanique				
d	Hépatite B				
e	BCG				
f	DTP				
g	OPV				
h	Rougeole				
I	Condoms				
J	Mebendazole				
K	Valium				
l	Lidocaïne				
m	Sulfate de Magnésium				
n	Ocytocine/ergométrine				
o	Névirapine				
p	Efavirenz				
q	Zidovudine				
r	Lamivudine				
s	Didanosine				
t	Stavudine				
u	Abacavir				
v	Tenofovir				
w	Fumarate				
x	Nelfinavir				
y	Lopinavir				
z	Indinavir				
aa	Saquinavir				
bb	Eau stérile pour injection				
cc	Liquide IV				
dd	Équipement IV				
ee	Seringues				
ff	Aiguilles				
	VALEUR TOTALE				

CODE POUR (4) : 1=Gouvernement ; 2=Formation Sanitaire ; 3=Partenaires ; 4=Autres

SECTION IX : C. Achats Centralisés : Consommables et autres Equipements.

7	POUR LES EQUIPEMENTS SUIVANTS, RAPPORTER LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ REÇU EN DON DURANT L'ANNEE 2011 SUR LA BASE DES BORDEREAUX D'ENVOI					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(5)
	Equipements et consommables non médicaux	Unité	Quantité	Prix Unitaire (milliers)	Date de Réception jj/mm	Valeur Totale (milliers)
(a)	Mátelas	Unité	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(b)	Draps	Unité	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(c)	Couvertures	Unité	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(d)	Lits	Unité	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(e)	Blouse Infirmier	Unité	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(f)	Blouse accoucheuse	Unité	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(g)	Savon Linge	Carton	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(i)	Total Global de tous les Envois					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Section IX : D. Gestion de la formation sanitaire

1	Travaillez-vous directement avec une mutuelle?		1=Oui 2=Non	_
2	Combien de mutuelles y a-t-il dans l'aire sanitaire du CSPS?			_ _
3	Quelle structure administre les revenus issus des frais des usagers ?		Comité de Gestion = 1 Comité de Santé = 2 Conseil d'Administration = 3 Autre (Spécifier) _____ = 4	_
4	Combien de personnes composent cette structure ?		(a) Hommes	_ _
			(b) Femmes	_ _
5	Lesquelles parmi les catégories suivantes sont représentées dans cette structure ?			Oui = 1 Non = 2
		(a)	Représentant de la direction de l'Hôpital	_
		(b)	Gouvernement Central	_
		(c)	Représentant DS / DRS	_
		(d)	Bailleurs de Fonds	_
		(e)	ONG / Organisme Religieux	_
		(f)	Représentant Communauté	_
		(g)	Représentant du Personnel	_
		(h)	Autre _____	_
6	Est-ce que cette formation sanitaire a un comité de santé avec les membres qui sont en dehors de ce village ?		Oui = 1 Non = 2	_
7	Combien de fois ce comité se réunit ?		Chaque semaine 1 Une ou deux fois par mois 2 Chaque trois mois 3 Deux fois l'an 4 Une fois l'an 5 Autre (Spécifier _____) 6	_
9	Est-ce que la communauté est représentée dans ce comité ?		Oui = 1 Non = 2	_

10	Combien de fois cette structure s'est-elle réunie durant les 6 derniers mois de 2011?	_ _ _ _
-----------	---	---------

Section IX : E.. DEPENSES PAR CATEGORIE POUR L'ANNEE 2011

		(1)	(2)	(3)	(4)
	1. CATEGORIE	Prise en charge par le Gouvernement	Prise en charge par les partenaires	Prise en charge par la formation sanitaire	TOTAL DEPENSES
A	Personnel	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
B	Salaire	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
C	Heures supplémentaires	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
D	Achat médicaments et matériels médicaux	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
E	Achat matériel non médical	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
F	Fourniture de bureau	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
G	Eau, électricité,	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
H	Transport du personnel et voyages	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
I	Communication	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
J	Maintenance et réparation des immeubles	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
K	Maintenance et réparation du matériel	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
L	Autres dépenses (Spécifier)_____	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
M	TOTAL GENERAL		_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

Section XII: QUESTIONNAIRE PATIENT

FORMATION SANITAIRE:

A. CONSENTEMENT A L'INTERVIEW.

INTERVIEWEUR : LE CONSENTEMENT DEVRA ABSOLUMENT ETRE OBTENU DE TOUS LES PATIENTS .

INTERVIEWER : Bonjour, je m'appelle.....Je travaille pour le compte de

Nous aimerions savoir les différents services dont vous avez bénéficié dans cette formation sanitaire de façon à nous permettre de rechercher les voies et moyens d'améliorer la qualité des soins. Votre participation à cette interview n'a aucun effet négatif sur vous ou sur cette formation sanitaire. Aucune information obtenue dans cette enquête ne sera rattachée à votre personne ou à la Formation Sanitaire.
--

	Questions	Oui = 1 Non= 2
1	Acceptez-vous de répondre à mes questions ?	<input type="checkbox"/> Si NON, STOP

Commentaires _____

Nom de l'interviewer : _____

Nom du Contrôleur : _____

Date de l'interview :/....../....

Je voudrais obtenir quelques informations courantes sur votre personne :

QUESTIONS		Codes	
2	Quel âge avez-vous ?		_ _
3	INTERVIEWER : QUEL EST LE SEXE DU REpondANT?	Masculin = 1 Féminin = 2	_
4	Combien d'enfants avez-vous ?		_ _
5	Avez-vous été à l'école ?	Oui = 1 Non = 2>>8	_
6	Quel est votre niveau de formation le plus élevé ?	Aucun = 0 Primaire = 1 Secondaire = 2 Supérieur = 3 Autres (Spécifier) 4 NSP/Non..... 5 (>> 8)	_
7	En quelle classe avez-vous achevé cette formation ? NSP = 9	CP1 CP2 CE1 CE2 CM1 CM2 Secondaire Supérieur 1 Supérieur 2 Supérieur 3 Supérieur 4 et plus	_
8	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Célibataire = 1 Marié (e) = 2 Union libre = 3 Veuf (ve) = 4 Divorcé (e)/Séparé (e) =5	_
9	Si marié (e), quel est le niveau de formation le plus élevé atteint par votre épouse/époux?	Primaire1 Secondaire.....2 Universitaire...3 Autres (Spécifier)___4 NSP/Non.....5 (>> 11)	_
10	En quelle classe votre épouse/époux a-t-elle/il achevé cette formation ?	CP1 CP2 CE1 CE2 CM1 CM2 	Secondaire Supérieur 1 Supérieur 2 Supérieur 3 Supérieur 4 et plus

B. Je voudrais vous poser quelques questions en rapport au temps que vous avez passé avant d'obtenir les soins dans cette formation sanitaire.

INTERVIEWER : CETTE SECTION (B) DEVRA ABSOLUMENT ETRE OBTENUE DE TOUS LES PATIENTS QUI ACCEPTERONT DE PARTICIPER

A L'INTERVIEW.

	QUESTIONS	Codes
1	Pouvez-vous me dire combien de temps vous avez passé dans cette formation sanitaire de votre arrivée à la fin de vos soins ?	Minutes _ _ _ _ Heures : _ _ _ _
2	Pouvez-vous me dire combien de temps vous avez passé dans cette formation sanitaire avant d'être reçu par un soignant ou la personne qualifiée à vous offrir les soins?	Minutes _ _ _ _ Heures: _ _ _ _
3	En termes de kilomètres, à quelle distance votre maison se trouve de cette formation sanitaire ?	_ _ _ _
4	Utilisez-vous l'un des moyens de transport suivants pour vous rendre dans cette formation sanitaire ? 1. Oui 2. Non	
	Pied1	_ _ _ _
	Bicyclette.....2	_ _ _ _
	Motocyclette.....3	_ _ _ _
	Transport public.....4	_ _ _ _
	Voiture.....5	_ _ _ _
	Charrette6	_ _ _ _
	Autres (Spécifier)7	_ _ _ _
5	Combien ça vous coûte le parcours aller-retour de votre domicile à cette formation sanitaire ?	_ _ _ _ _ _ _ _ _

Je voudrais poser quelques questions sur les montants que vous avez payés pour obtenir les soins et les raisons de votre visite dans cette formation.

	QUESTIONS		Codes
6	Pouvez-vous me dire si vous avez payé pour les services suivants et le montant déboursé?		
	Service	Avez-vous payé ? Oui = 1 Non = 2	Si oui, Combien (Montant payé)
a	Frais d'enregistrement	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
b	Frais de consultation	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
c	Matériels et/ou autres équipements utilisés	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
d	Médicaments	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _

	e	Examens et tests de labo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	f	Autres paiements (Spécifier) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Combien avez-vous payé au total pour la visite d'aujourd'hui sans inclure les frais de transport ?			<input type="text"/>
8	Avez-vous également reçu une prescription médicale que vous irez acheter dans une pharmacie ?		Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
9	Vous a-t-on référé vers une autre formation sanitaire pour effectuer des examens et tests de labo ?		Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
10	Etes-vous membre d'une mutuelle sanitaire ?		Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
11	Etes-vous venu aujourd'hui dans ce centre pour :	Une consultation prénatale/PTME1	<input type="text"/>	
Suivi traitement anti TBC.....2		<input type="text"/>		
Soins pour adultes.....3		<input type="text"/>		
Séances d'adhérence aux ARV...4		<input type="text"/>		
Suivi régulier sur PECM ARV5		<input type="text"/>		
VCT.....6		<input type="text"/>		
Test de laboratoire (Stop).....7		<input type="text"/>		
Transfert d'un autre centre8		<input type="text"/>		
Autres (Spécifier).....9		<input type="text"/>		

	Questions		Codes
12	Les soins de santé pour vous et les membres de votre ménage, sont-ils :	Pris en charge directement...1 Remboursés en intégralité.....2 Remboursé en partie.....3 Réglés par vous-mêmes.....4 Réglés avec l'assistance des proches.....5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13	Trois principales raisons du choix de ce centre de santé pour votre visite ?	1- On paie moins cher dans ce centre 2- La qualité est meilleure 3- Plus proche 4- Pas de choix 5- Seul centre habilité à traiter le patient 6- Suivi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

14	Existe-t-il d'autres raisons de déplacement du domicile du patient vers la localité du centre de santé (pour le répondant ou le patient)	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/> Si Non >> 16
15	Quelle est l'autre raison principale ?	Aller au marché pour la vente des produits1 Aller au marché pour achat2 En visite à une autre personne	<input type="text"/>
16	Combien avez (allez)-vous dépensé(r) pour les médicaments autres que dans le centre?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
17	Avez-vous payé certains frais sans facture à un employé du centre ?	Oui =1 Non = 2>>20	<input type="text"/>
18	Pour quel motif avez-vous payé les frais sans facture.	Eviter la queue.....1 Pour moins d'attente.....2 Pour une meilleure consultation.....3 Pour bénéficier de plus de médicaments.....4 Pour payer moins de frais officiels.....5 Autre (Spécifiez)6	<input type="text"/>
19	Combien avez-vous payé en totalité		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Je voudrais à présent vous poser des questions sur la personne qui vous a soigné et les biens que vous avez vus dans cette formation.

	Questions		Codes
20	Qui vous a reçu pour votre visite (d'aujourd'hui) ?	Infirmier1 Accoucheuse.....2 Aide-soignante3 Autres (Spécifiez).....4 NSP5	<input type="text"/>
21	Est-ce que la personne qui vous a reçu vous a palpé ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
22	Est-ce que la personne qui vous a reçu vous a regardé dans les yeux ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
23	Est-ce que la personne qui vous a reçu vous a prélevé la température?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
24	Dans le centre de santé, avez-vous été informé sur les sujets suivants: a-La durée de traitement b- La fréquence de prise de médicaments c- La posologie (quantité par prise)	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Comment trouvez-vous l'environnement du centre ? (aspect extérieur)	Propre.....1 Moyen2 Médiocre3 Sale4	<input type="text"/>
26	Comment trouvez-vous l'état des bâtiments dans cette formation sanitaire?	Bon1 Moyen2 Médiocre3 Mauvais état.....4	<input type="text"/>
27	Comment trouvez-vous la disponibilité des équipements employés dans le centre	Abondant1 Suffisant2 Moyen3 Insuffisant4 NSP5	<input type="text"/>
28	Appréciez a-l'environnement du centre (aspect extérieur) b- l'aspect intérieur du centre c-l'état des équipements employés dans le centre	<i>s'est amélioré</i>1 <i>sans changement</i>2 <i>s'est détérioré</i>3 <i>Ne se prononce pas4,</i> <i>Aucune idée de la situation antérieure).....5</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

C. Je voudrais maintenant connaître votre niveau de satisfaction par rapport aux services reçus dans cette formation sanitaire. Je vais poser différentes questions sur les différents aspects des services que vous avez reçus et j'aimerais que vous les cotez dans une échelle allant de 1 à 3, avec 1 qui signifie que vous avez trouvé pleine

satisfaction dans les services qui vous ont été offerts et 3 indiquant une insatisfaction.

INTERVIEWER : CETTE SECTION (C) DEVRA ABSOLUMENT ETRE OBTENU DE TOUS LES PATIENTS QUI ACCEPTERONT DE PARTICIPER A L'INTERVIEW.

QUESTIONS		Codes	
1	Pouvez-vous me dire si vous avez été satisfait ou non satisfait des services suivants :	<div>TRES SATISFAIT....1</div> <div>SATISFAIT.....2</div> <div>NON SATISFAIT.....3</div> <div>NSP.....4</div>	
	A Temps d'attente	<input type="text"/>	
	B Temps avant de rencontrer le personnel soignant	<input type="text"/>	
	C Propreté de la formation sanitaire	<input type="text"/>	
	D Caractère privé (Intimité) de la consultation	<input type="text"/>	
	E Attitude du personnel	<input type="text"/>	
	F Coût des services	<input type="text"/>	
	G Coût des médicaments	<input type="text"/>	
	H Disponibilité des médicaments	<input type="text"/>	
	i L'ensemble des services reçus aujourd'hui	<input type="text"/>	
2	A votre meilleure connaissance, comment trouvez-vous :		
a	L'évolution de la qualité des services et des soins	1. S'est amélioré 2. Sans changement 3. S'est détérioré 3. Ne se prononce pas 4. Aucune idée de la situation antérieure	<input type="text"/>
b	L'évolution des prix des consultations dans la formation sanitaire	1. En forte hausse 2. En hausse 3. Sans changement 4. En baisse 5. Ne se prononce pas 6. Aucune idée de la situation antérieure 7. Dépend	<input type="text"/>
c	L'évolution des prix des médicaments	1. En forte hausse 2. En hausse 3. Sans changement 4. En baisse 5. Ne se prononce pas 6. Aucune idée de la situation antérieure 7. Dépend	<input type="text"/>

	d	La disponibilité des médicaments:	1- Plus disponibles 2- Ne change pas 3- Moins disponibles 4- Le centre ne donne pas de médicaments 5- Ne se prononce pas 6- Aucune idée de la situation antérieure 7. Dépend	<input type="text"/>
--	----------	-----------------------------------	--	----------------------

Je voudrais maintenant savoir si votre soignant vous a demandé certaines questions spécifiques en rapport à votre maladie.

INTERVIEWER : COMMENCER CHAQUE QUESTION PAR : Est-ce que votre soignant vous avait posé la question sur :

3	Question	Oui = 1 Non = 2 NSP= 9
(a)	Début des plaintes actuelles ?	<input type="text"/>
(b)	Depuis quand vous vous sentez malade ?	<input type="text"/>
(c)	Présence ou non du sang dans les crachats ?	<input type="text"/>
(d)	Episode des respirations courtes ?	<input type="text"/>
(e)	Point de coté ?	<input type="text"/>
(f)	Transpiration nocturne	<input type="text"/>
(g)	Contact avec autres personnes malades de la toux ?	<input type="text"/>
(h)	Perte de poids ?	<input type="text"/>
(i)	Pathologies antérieures y compris le VIH et TBC?	<input type="text"/>
(j)	Histoire d'asthme ?	<input type="text"/>
(k)	Si vous étiez actuellement sous n'importe quel traitement?	<input type="text"/>
(l)	Antécédents de fumeur ?	<input type="text"/>
(m)	Allergies médicamenteuses ?	<input type="text"/>
(n)	Autres antécédents médicaux	<input type="text"/>
(o)	Votre emploi	<input type="text"/>
(p)	Antécédent de consommation d'alcool	<input type="text"/>
(u)	Autres ? (Spécifier)_____	<input type="text"/>

E. Consultations sollicitées ailleurs.

Je voudrais maintenant vous demander si vous êtes allé consulter ailleurs que dans cette formation.

INTERVIEWER : CETTE SECTION (E) DEVRA ABSOLUMENT ETRE OBTENUE DE TOUS LES PATIENTS QUI ACCEPTERONT DE PARTICIPER A L'INTERVIEW.

	Questions	Oui = 1 Non = 2
1	Etes-vous allé consulter d'autres soignants avant de venir ici ?	<input type="checkbox"/> Si NON, STOP

2	Quels autres soignants êtes-vous allé consulter?	
	Formations sanitaires	Oui = 1 Non = 2 NSP = 3
(a)	Autres formations sanitaires	<input type="checkbox"/>
(b)	Dispensaire	<input type="checkbox"/>
(c)	Clinique privée	<input type="checkbox"/>
(d)	Hôpital	<input type="checkbox"/>
(e)	Pharmacie	<input type="checkbox"/>
(f)	Médecine traditionnelle	<input type="checkbox"/>
(g)	Autres formations publiques	<input type="checkbox"/>
(h)	Autres formations privées	<input type="checkbox"/>
(i)	Automédication	<input type="checkbox"/>
(j)	Autre à préciser _____	<input type="checkbox"/>

E. (Suite) Nous aimerions avoir plus de détails sur les formations sanitaires et autres services médicaux que vous avez utilisé dans le passé pour soigner votre maladie actuelle.

1. Année	2. Formation sanitaire (Y compris automédication)	3. Statut de la formation sanitaire	4. Personne qui vous avait orienté vers la formation	5. Sur une échelle de 0 à 10 Où 0 représente la médiocrité et 10 représente l'excellence. Quelle est votre appréciation des soins reçus dans cette formation
		-Formations sanitaires privées confessionnelles.1 - Formations sanitaires privées non confessionnelles.2 - Formations sanitaires publiques3 - Pharmacie4 - Tradi-praticien5 - Eglise (guérison miracle)6 - Automédication7 _ Autres (spécifiez)8 - NSP9	Médecin.....1 Infirmier2 Autres paramédicales.....3 Personnel administratif de la formation sanitaire4 Membres de familles5 Amis6 Autres7 N/A8 NSP9 Moi-même10	
A		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
G		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
I		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Section XIII: Observations Directes

Cette section est à remplir par l'enquêteur lui même. Demander la permission au Responsable du centre de santé pour la visite du centre de santé. Ne pas lui montrer ou lire cette section.

1	Type de Bâtiment	En dur/ briques = 1 Semi-dur = 2 Banco = 3 Autre (Préciser) = 4	<input type="text"/>
2	Nombre de pièces dans le centre de santé		<input type="text"/> <input type="text"/>
3	Y a-t-il une salle d'attente couverte pour accueillir les patients?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
4	Y a-t-il des toilettes ou des latrines fonctionnelles pour les patients?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
5	Les examens sont-ils menés dans un endroit privé ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>

6	Y a-t-il un lavabo pour se laver les mains dans le centre de santé?	Oui = 1	<input type="text"/> Si non >>8
		Non = 2	
7	Y a-t-il des serviettes propres?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>

8	Demander à voir le matériel utilisé pour les injections	Aiguilles jetables = 1 Aiguilles non jetables = 2 Les deux = 3 Pas d'aiguille = 4 Autre = 5	<input type="text"/>
---	---	---	----------------------

9	Y a-t-il un affichage permanent des différents frais de consultation pratiqués dans le CSPS?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/> Si non >> 11
10	Cet affichage est-il bien visible pour tout le monde?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
11	La formation sanitaire dispose-t-elle des médicaments suivants ?		
A	Erythromycine	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
B	Quinine	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>

C	Cotrimoxazole	Oui = 1 Non = 2	__
D	Mebendazole	Oui = 1 Non = 2	__
E	Condom	Oui = 1 Non = 2	__
F	Nevirapine	Oui = 1 Non = 2	__
G	Médicaments contre les MST (ex. Ciprofloxacine, Benzathine, Penicilline, Doxycilline)	Oui = 1 Non = 2	__
H	DOTS contre TBC (ex. Blisterpack, Ethambutol, Isoniazide, Rifampicin)	Oui = 1 Non = 2	__
12	Pouvez-vous voir les bordereaux de réception et transfert des fonds ?	Oui = 1 Non = 2	__
13	Pouvez-vous voir un registre reprenant les malades hospitalisés dans un pavillon?	Oui = 1 Non = 2 >> 15	__
14	Ce registre correspond-il aux malades présents ?	Oui = 1 Non = 2	__
15	Etat du plancher ?	Propres = 1 Plus ou moins propre = 2 Sales = 3 Très sale = 4	__
16	Etat du plafond ?	Propres = 1 Plus ou moins propre = 2 Sales = 3	__

Section XIII: Observations Directes

17	Avez-vous vu des patients assis sur un banc en attendant d'être reçus par le soignant ?	Oui = 1 Non = 2>>19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	Quelle proportion des patients était assise ?	1- 25% = 1 25-50% = 2 51-75% = 3 75-100% = 4	<input type="checkbox"/>
19	VERIFIEZ L'ETAT DE PROPRETE DES TOILETTES	Propres = 1 Plus ou moins Propre = 2 Sales = 3 Très sale = 4	<input type="checkbox"/>

20	La formation sanitaire dispose-t-elle de réfrigérateur (s)?	Oui = 1 Non = 2>>24	<input type="checkbox"/>
21	Tous ces (ou ce) réfrigérateurs sont-ils fonctionnels?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
22	Si non, quelle est la raison de la non fonctionnalité?	Pas de pétrole = 1 Pas d'électricité = 2 En panne = 3 Gaz = 4 NSP = 9	<input type="checkbox"/>
23	Depuis combien de jours est-il non fonctionnel ?	NSP = 999	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VISITE D'UNE SALLE DE CONSULTATION

24	Y a-t-il un lavabo pour se laver les mains dans la salle de consultation ?	Oui = 1 Non = 2>>28	<input type="checkbox"/>		
25	L'eau est-elle propre et potable?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>		
26	Y a-t-il du savon?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>		
27	Y a-t-il des serviettes propres?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>		
28. Salle de consultation	Existe-t-il un ... (1. Oui 2. Non)	Degré de : (Notez de 0 à 5 : 5 étant le plus élevé ; NA=8)			Existence des toiles d'araignée s sur le....
		Humidité	Insalubrité	Dégradation	
1. Plafond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Y a-t-il une table d'examen officielle ?	Oui = 1 Non = 2 >>32	<input type="checkbox"/>		

30	Si oui, observez si la table d'examen présente la poussière ou les toiles d'araignées.	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
31	Dans quel état se trouve la peinture de la table d'examen ? (Notez de 0 à 5 : 5 étant le plus sale, avec des peintures écaillées avancées, le plus rouillé)	Insalubrité	<input type="checkbox"/>
		Peintures écaillées	<input type="checkbox"/>
		Trace des rouilles	<input type="checkbox"/>
32	Dans quel état se trouvent les soudures de la table d'examen ?	Bon état des soudures = 1 Une soudure à refaire = 2 2 ou plus de soudures à refaire = 3	<input type="checkbox"/>
33	Y a-t-il une poubelle ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
34	Etanchéité des fermetures extérieures par rapport : (Notez de 0 à 5 : 0 représente une fermeture la plus hermétique)	Aux vents	<input type="checkbox"/>
		A la pluie	<input type="checkbox"/>
35	Y a-t-il un registre des consultations ?	Oui = 1 Non = 2 >> 36	<input type="checkbox"/>
36	Le registre est-il tenu à jour ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
37	Si le soignant n'a pas porté des gans, a-t-il lavé ses mains entre 2 consultations ?	Oui = 1 Non = 2 >> 37 NA = 8	<input type="checkbox"/>

VISITE DU DEPOT PHARMACEUTIQUE

38	Y a-t-il un affichage permanent des prix des médicaments vendus dans le dépôt pharmaceutique?	Oui = 1 Non = 2 >> 39	<input type="checkbox"/>
39	Cet affichage est-il bien visible pour tout le monde?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
40	La formation sanitaire dispose-t-elle de médicaments ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
41	Les stocks de médicaments sont-ils suivis sur une fiche de stock ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
42	Pour les médicaments suivants	Sur les 3 derniers mois y a-t-il eu ruptures de stock sur les médicaments suivants ? Oui = 1 Non = 2	Si oui, relever sur la fiche de stocks le nombre de jours de rupture
A	Quinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B	Cotrimoxazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C	Mebendazole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D	Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E	Nevirapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Médicaments contre les MST (ex. Ciprofloxacine, Benzathine, Penicilline, Doxycilline) <u>SOULIGNER LE PRODUIT QUI A MANQUE</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44	DOTS contre TBC (ex. Blisterpack, Ethambutol, Isoniazide, Rifampicin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Y a-t-il un réfrigérateur fonctionnel dans le dépôt pharmaceutique ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
46	Si non, demandé ou ils gardent les produits qui nécessitent d'être gardés à de basses températures.	-Dans un réfrigérateur au sein de la formation sanitaire ...1 -Dans le réfrigérateur d'un particulier2 -Ne stockons pas ce genre de produit3 -Gardons provisoirement dans un bocal avec de l'eau4 -Autre (Spécifiez)5	<input type="checkbox"/>
47	Pharmacie	Existe-t-il un ... (1. Oui 2. Non)	Degré de : (Notez de 0 à 5 : 5 étant le plus élevé ; NA=8)
		Humidité	Insalubrité
		Dégradation	Existence des toiles d'araignées sur le....
1. Plafond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Visite de la salle d'observation

48	Pouvez-vous voir un registre reprenant les malades hospitalisés dans un pavillon?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
49	Ce registre correspond-il aux malades présents ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
50	Combien de malades ont quitté la formation sanitaire la semaine dernière ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Combien de malades ayant quitté la formation sanitaire la semaine dernière figurent encore dans la liste des malades en hospitalisation ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52	Nombre de lits par salle		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

53	Nombre de lits occupés		_ _
54	Nombre de lits avec matelas		_ _
55	Nombre de lits occupés avec matelas quand il y a des hospitalisés		_ _
56	Les draps sur les lits appartiennent-ils aux malades ou au CSPS ?	Aux malades = 1 CSPS = 2 Soit aux malades, soit à l'hôpital = 3	_
57	Draps fournis par la formation sanitaire		_ _
58	Drap appartenant aux patients		_ _
59	Quelles sont les heures de visite des malades hospitalisés ?		
60	A l'heure ou l'enquêteur se trouve dans la salle d'hospitalisation, combien y a-t-il en moyenne des visiteurs par malade ?		_ _
61	Quel est l'état des bruits dans la salle d'hospitalisation ?	Très calme = 2 Un peu de bruit = 3 Trop de bruit = 4	_
62	Etat du plancher ?	Propre = 1 Plus ou moins propre = 2 Sale = 3 Très sale = 4	_
63	Etat du plafond ?	Propre = 1 Plus ou moins propre = 2 Sale = 3 Très sale = 4	_
64	Etat des murs	Propres = 1 Plus ou moins propres = 2 Sales = 3 Très sales = 4	_
65	Comment sentait le centre de santé dans son ensemble durant votre parcours (les odeurs) ?	Très bon, désinfecté = 1 Plus ou moins bon = 2 Désagréable = 3	_
66	Existe-t-il des toiles d'araignées ?	Oui = 1 Non = 2	_

VISITE D'UNE SALLE D'ACCOUCHEMENT

67	Y a-t-il un lavabo pour se laver les mains dans la salle d'accouchement?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/> Si non >>71
68	L'eau est-elle propre et potable?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
69	Y a-t-il du savon?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
70	Y a-t-il des serviettes propres?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
71 Salle d'accouchement	Existe-t-il un ... (1. Oui 2. Non)	Degré de : (Notez de 0 à 5 : 5 étant le plus ; NA=8)	Existence des toiles d'araignées sur le....
1. Plafond	<input type="checkbox"/>	Humidité <input type="checkbox"/>	Insalubrité <input type="checkbox"/>
2. Mur	<input type="checkbox"/>	Dégradation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Y a-t-il une table d'examen officielle ?	Oui = 1 Non = 2 >>73	<input type="checkbox"/>
73	Si oui, observez si la table d'examen présente la poussière ou les toiles d'araignées.	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
74	Dans quel état se trouve la peinture de la table d'examen ? (Notez de 0 à 5 : 5 étant le plus sale, avec des peintures écaillées avancées, le plus rouillé)	Insalubrité <input type="checkbox"/> Peintures écaillées <input type="checkbox"/> Trace des rouilles <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75	Dans quel état se trouvent les soudures de la table d'examen ?	-Bon état des soudures = 1 -Une soudure à refaire = 2 -2 ou plus soudures à refaire = 3	<input type="checkbox"/>
76	Etanchéité des fermetures extérieures par rapport : (Notez de 0 à 5 : 0 représente une fermeture la plus hermétique)	Aux vents <input type="checkbox"/> A la pluie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
77	Y a-t-il un registre de maternité ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
78	Le registre est-il tenu à jour ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
79	Existe-t-il des toiles d'araignées ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
80	Y a-t-il des douches pour les accouchées ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
81	Y a-t-il des patients non approprié(e)s dans la salle d'accouchement ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>

STERILISATION DE LA BOITE D'ACCOUCHEMENT

82	Demander à voir le matériel utilisé pour les injections	Aiguilles jetables = 1 Aiguilles non jetables = 2 Les deux = 3 Pas d'aiguille = 4 Autre = 5	<input type="text"/>
83	Combien de fois utilisez-vous une aiguille à usage unique pour le même patient ?		<input type="text"/>
84	Demander à voir comment les aiguilles non jetables et les seringues sont stérilisées	Autoclave = 1 Chauffage à sec = 2 Stérilisation vapeur = 3 Stérilisation chimique = 4 Autre = 5 Non Applicable = 6	<input type="text"/>
85	Avez-vous en ce moment une boîte d'accouchement stérilisée ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
86	Si oui, demandez à la voir. Quand a-t-elle été stérilisée ?	Aujourd'hui = 1 Il y a quelques jours = 2 Il y a une semaine = 3 Moins d'un mois = 4 Plus d'un mois = 5	<input type="text"/>
87	Produit/Technique généralement utilisé pour stériliser la boîte d'accouchement	Autoclave = 1 Chauffage à sec = 2 Poupinel = 3 Alcool = 4 Autre = 5 Non Applicable = 6	<input type="text"/>
88	Les instruments sont-ils enveloppés dans un tissu ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
89	Les instruments sont-ils rangés dans une boîte métallique ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>