



Evaluation d'impact du Financement de la Santé Basé sur les Résultats

RWANDA

FOLLOW-UP SURVEY 2013

Questionnaire établissement de santé

CODE DE L'AGENT DE SANTE (A
PARTIR DU ROSTER DU CENTRE
DE SANTE)

F2 - Questionnaire individuel agent de santé-Consultation curative des enfants de moins de 5 ans

NOM PROVINCE	CODE PROVINCE	NOM DISTRICT	CODE DISTRICT	NOM SECTEUR	CODE SECTEUR

NOM DU CENTRE DE SANTÉ	TELEPHONE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

NOM D'ENQUÊTEUR	CODE	VISITE 1	JOUR	MOIS	ANNÉE
		VISITE 2	JOUR	MOIS	ANNÉE
		VISITE 3	JOUR	MOIS	ANNÉE

INTERVIEW A COMMENCE A:

INTERVIEW EST TERMINEE A:

NOM DU SUPERVISEUR	CODE	JOUR	MOIS	ANNÉE	NOM DE L'OPÉRATEUR DE SAISIE	CODE	JOUR	MOIS	ANNÉE

RÉSULTAT DE L'ENTRETIEN	ENTRETIEN RÉALISÉ	01
	ENTRETIEN PARTIELLEMENT RÉALISÉ	02
	ENTRETIEN REFUSÉ PAR LE RESPONSABLE	03
	RESPONSABLE ABSENT (PERSONNEL PRÉSENT NON HABILITÉ À RÉPONDRE)	04
	ÉTABLISSEMENT VIDE (AUCUN PERSONNEL PRÉSENT)	05
	ÉTABLISSEMENT INTROUVABLE	06
AUTRE, PRÉCISER :		96
LANGUE		
KINYARWANDA 01		
FRANCAIS 02		
ANGLAIS 03 AUTRE, PRÉCISER 96		
ENQUÊTEUR	RÉPONSES	Interprète utilisé ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		JAMAIS 01
		PARFOIS 02
		TOUT LE TEMPS 03

(1)	Informations générales		NOTER LA RÉPONSE
(1.01)	Pourriez-vous m'indiquer votre nom ?		
(1.02)	ENQUÊTEUR : NOTER LE CODE D'IDENTIFICATION DE L'AGENT DE SANTÉ FIGURANT DANS LA LISTE DU PERSONNEL (SECTION 3 DE LA QUESTIONNAIRE ETABLISSEMENT DE SANTE)		
(1.03)	SEXE	<div>HOMMES 01</div> <div>FEMMES 02</div>	
(1.04)	Quel âge avez-vous ?	ANNÉES	
(1.05)	Quelle est votre statut marital ?	<div>Célibataire 01 ► (1.07)</div> <div>Marié(e)/vie maritale 02</div> <div>Veuf/veuve 03 ► (1.07)</div> <div>Divorcé(e)/séparé(e) 04 ► (1.07)</div>	
(1.06)	Vivez-vous avec votre conjoint ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>	
(1.07)	Avez-vous des enfants ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (1.09)</div>	
(1.08)	Combien d'enfants scolarisés vivent avec vous ?		
(1.09)	Êtes vous né(e) dans ce district ?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2</div>	
(1.10)	Qui est votre employeur ?	<div>Gouvernement central 01</div> <div>Établissement de santé 02</div> <div>Organisation non gouvernementale (ONG) 03</div> <div>Armée 04</div> <div>Organisme confessionnel 05</div> <div>Travailleur indépendant 06</div> <div>Communauté locale 07</div> <div>Autre, spécifier: 96</div>	
(1.11)	Quel type de contrat de travail avez-vous avec votre employeur ?	<div>Contrat à durée indéterminée, ouvrant droit à pension 01</div> <div>Contrat à durée déterminée de courte durée (< 6 mois) 02</div> <div>Contrat à durée déterminée de longue durée (≥ 6 mois) 03</div> <div>Pas de contrat 04</div> <div>Bénévole 05</div> <div>Autre, spécifier: 96</div>	

(1) Informations générales		NOTER LA RÉPONSE
(1.12)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété, et combien d'années d'études (ou de classes) avez-vous complétées au sein de ce niveau ?	Creche 01
		Maternelle 02
		Primaire 03
		Secondaire 04
		Classe préparatoire 05
		Premier cycle supérieur 06
		Deuxième cycle supérieur 07
		Troisième cycle supérieur 08
		Aucun 09 ► (1.13)
		Autre, spécifier: 96
		NOMBRE D'ANNÉES ACCOMPLIES DANS CE NIVEAU
	(1.13)	Quand est-ce que vous avez commence a travailler apres vous avez obtenu votre diplôme le plus élevé ?
b. MOIS (DE 0 À 11) MM		
(1.14)	Quand est-ce que vous avez commence a travailler comme agent de santé dans cet établissement ?	a. ANNÉE AAAA
		b. MOIS (DE 0 À 11) MM

(1) Informations générales		NOTER LA RÉPONSE
(1.15)	Quel poste d'agent de santé occupez-vous tel que défini par le ministère de la Santé ?	Médecin 01
		Assistant medical 02
		Administrateur de l'hôpital 03
		Infirmier 04
		Sage-femme 05
		Pharmacien 06
		Technicien d'hygiène du milieu 07
		Aide-soignant 08
		Distributeur en pharmacie 09
		Laborantin 10
		Technicien de laboratoire 11
		Employé journalier classifié 12
		Autre, spécifier: 96
Je vais maintenant vous poser des questions sur les services que vous avez assurés au cours des 3 derniers mois.		
(1.16)	<p>Au cours des 3 derniers mois, quels services avez-vous assurés parmi les suivants ?</p> <p>ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI L'AGENT DE SANTÉ A ASSURÉ CE SERVICE AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS, SINON "2".</p> <p>SI L'AGENT DE SANTÉ TRAVAILLE DANS L'ÉTABLISSEMENT DEPUIS MOINS DE 3 MOIS, DEMANDER LES SERVICES QU'IL A ASSURÉS DANS CET ÉTABLISSEMENT PENDANT CETTE PÉRIODE.</p>	a Supervision d'agents de santé communautaires
		b Consultation curative pédiatrique
		c Consultation curative adultes
		d Consultation de planification familiale
		e Consultation prénatale
		f Consultation postnatale
		g Accouchement en milieu médical
		h Accouchement à domicile
		i Diagnostic/traitement de la tuberculose
		j Vaccinations
		k Suivi de la croissance / conseils nutritionnels
		l Formation d'agents de santé communautaires
		m Prise en charge de handicaps et de maladies chroniques
		n Traitement de troubles mentaux
		o Conseil et dépistage du VIH/sida
		p Traitement du VIH/sida (traitement antirétroviral, ART)
		q Circoncision
r Autre, spécifier:		
	OUI 1	
	NON 2	

(2) Formation de personnel					
(2.01) Pour chacun des sujets que je vais mentionner, j'aimerais savoir à quand remonte la dernière formation en cours d'emploi que vous avez reçue. Ne tenez pas compte de votre formation médicale ou paramédicale initiale. ENQUÊTEUR : LA QUESTION PORTE UNIQUEMENT SUR LES FORMATIONS REÇUES APRÈS L'ACHÈVEMENT DES ÉTUDES. PAR EXEMPLE, UNE FORMATION REÇUE DANS LE CADRE DES ÉTUDES DE MÉDECINE OU DE CHIRURGIE NE DOIT PAS ÊTRE NOTÉE ICI. LIRE À HAUTE VOIX LES SUJETS. POUR CHACUN D'EUX, NOTER "1" SI L'AGENT DE SANTÉ A BÉNÉFICIÉ D'UNE FORMATION IL Y A MOINS D'UN AN, "2" S'IL Y A PLUS D'UN AN, ET "3" SI L'AGENT N'A JAMAIS ÉTÉ FORMÉ SUR CE SUJET APRÈS SES ÉTUDES. NOTER "1" OU "2" POUR TOUT SUJET "AUTRE", DANS LA LIMITE DE 3 SUJETS, ET PRÉCISER LESQUELS.					
		FORMATION IL Y A MOINS D'1 AN	FORMATION IL Y A PLUS D'1 AN	PAS DE FORMATION	NOTER LA RÉPONSE
a	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	1	2	3	
b	Paludisme	1	2	3	
c	Diagnostic et traitement de la tuberculose	1	2	3	
d	Santé procréative / planification familiale	1	2	3	
e	Soins prénatals	1	2	3	
f	Travail et accouchement	1	2	3	
g	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence	1	2	3	
h	Soins néonataux	1	2	3	
i	Soins postnatals / post-partum	1	2	3	
j	Allaitement maternel, y compris allaitement écologique	1	2	3	
k	Santé mentale	1	2	3	
l	Nutrition et suivi de la croissance	1	2	3	
m	Conseil et dépistage du VIH/sida	1	2	3	
n	Traitement et suivi du VIH/sida (traitement antirétroviral, ARV)	1	2	3	
o	Prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant (PTME)	1	2	3	
p	Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST)	1	2	3	
q	Vaccination	1	2	3	
r	Soins curatifs de l'adulte	1	2	3	
s	Gestion et administration	1	2	3	
t	Santé communautaire / interventions sur le terrain	1	2	3	
u	Autre, spécifier:	1	2	3	

				NOTER LA RÉPONSE
(2.02)	Y a-t-il d'autres formations dont vous ressentez personnellement le besoin dans votre poste actuel ?	OUI	1	
		NON	2 ► (3.01)	
(2.03)	De quelles autres formations estimez-vous avoir besoin dans votre poste actuel ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" SI ELLE EST CITÉE, "2" SI ELLE N'EST PAS CITÉE.			NOTER LA RÉPONSE
		OUI	NON	
a	PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT (PCIME)	1	2	
b	PALUDISME	1	2	
c	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE	1	2	
d	SANTÉ PROCRÉATIVE / PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	
e	SOINS PRÉNATALS	1	2	
f	TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT	1	2	
g	SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE	1	2	
h	SOINS NÉONATALS	1	2	
i	SOINS POSTNATALS / POST-PARTUM	1	2	
j	ALLAITEMENT MATERNEL, Y COMPRIS ALLAITEMENT ÉCOLOGIQUE	1	2	
k	SANTÉ MENTALE	1	2	
l	NUTRITION ET SUIVI DE LA CROISSANCE	1	2	
m	CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH/SIDA	1	2	
n	TRAITEMENT ET SUIVI DU VIH/SIDA (TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL, ARV)	1	2	
o	PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA DE LA MÈRE À L'ENFANT (PTME)	1	2	
p	PRISE EN CHARGE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (MST)	1	2	
q	VACCINATION	1	2	
r	SOINS CURATIFS DE L'ADULTE	1	2	
s	GESTION ET ADMINISTRATION	1	2	
t	SANTÉ COMMUNAUTAIRE / INTERVENTIONS SUR LE TERRAIN	1	2	
u	AUTRE, SPÉCIFIER:	1	2	

(3) Horaires et fonctions			NOTER LA RÉPONSE
(3.01)	Au cours des 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous travaillé dans cet établissement au total ?	NOMBRE D'HEURES SUR LES 7 DERNIERS JOURS. 168 MAXIMUM.	
(3.02)	Nous savons bien que les agents de santé ne peuvent pas toujours assurer leurs fonctions et respecter leurs horaires. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été absent(e) du travail ?	NOMBRE DE JOURS SUR LES 30 DERNIERS JOURS SI NOMBRE DE JOURS=0 ► (3.05)	
(3.03)	La dernière fois que vous avez été absent(e) du travail, quelle en était la raison ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI L'AGENT DE SANTÉ L'A CITÉE OU NON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	a. J'AI EU DES PROBLÈMES DE TRANSPORT POUR VENIR AU TRAVAIL	
		b. J'ÉTAIS MALADE	
		c. JE M'OCCUPAIS D'UN MEMBRE DE MA FAMILLE MALADE	
		d. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À UN AUTRE TRAVAIL (RÉMUNÉRÉ)	
		e. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À UN AUTRE TRAVAIL (NON RÉMUNÉRÉ)	
		f. JE M'OCCUPAIS D'ENFANTS	
		g. J'ÉTAIS OCCUPÉ(E) À DES TÂCHES MÉNAGÈRES	
		h. J'ÉTAIS FATIGUÉ(E) DE MA JOURNÉE DE LA VEILLE	
		i. AUTRE, SPÉCIFIER:	
(3.04)	Lorsque vous êtes absent(e) de l'établissement, que se passe-t-il ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	a. Le directeur / responsable de l'établissement vous contacte	
		b. Votre salaire / indemnité / prime est réduite	
		c. Le responsable en discute avec vous	
		d. Les absences sont prises en compte dans votre évaluation	
		e. Vos collègues vous en parlent	
		f. Autre, spécifier:	
(3.05)	Combien de patients individuels avez-vous vus pendant votre dernière journée de travail complète ? ENQUÊTEUR : NE PAS COMPTER LES SÉANCES COLLECTIVES D'INFORMATION ORGANISÉES POUR LES MÈRES OU LES PATIENTS	NOMBRE DE PATIENTS	

(4) Salaire		NOTER LA RÉPONSE
(4.01)	Sur les 2 dernières années, votre salaire a-t-il augmenté?	<div>OUI 1</div> <div>NON 2 ► (4.03)</div>
(4.02)	Sur les 2 dernières années, votre salaire a-t-il augmenté pour l'une des raisons suivantes ? ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	<div>a. Augmentation périodique ou générale</div> <div>b. Performances individuelles</div> <div>c. Promotion</div> <div>d. Autre, spécifier:</div>
(4.03)	Au cours de 12 derniers mois, avez-vous reçu sans retard tous les salaires qui vous étaient dus ?	<div>OUI 1 ► (4.06)</div> <div>NON 2</div>
(4.04)	Le mois dernier, avec combien de jours de retard votre salaire a-t-il été versé ?	<div>ENQUÊTEUR : INSCRIRE UN NOMBRE ENTRE 01 ET 31.</div> <div>PAS ENCORE REÇU 77</div> <div>REÇU LE JOUR NORMAL 0</div>
(4.05)	Au cours des 12 derniers mois, les fois où vous n'avez pas reçu l'intégralité de votre salaire à la date normale, quelle raison vous a généralement été donnée ? ENQUÊTEUR : NE PAS LIRE LES RÉPONSES POSSIBLES À HAUTE VOIX. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER SI LA PERSONNE A CITÉ OU NON CETTE RAISON. CITÉ.....1 NON CITÉ.....2	<div>a. MANQUE DE FONDS</div> <div>b. RETARD SYSTÉMIQUE / PROBLÈME ADMINISTRATIF</div> <div>c. SALAIRE SUSPENDU POUR PAYER DES DETTES</div> <div>d. PAS DE RAISON DONNÉE AU NON-PAIEMENT</div> <div>e. LIÉ AUX PERFORMANCES / ABSENCES</div> <div>f. AUTRE, SPÉCIFIER:</div>
(4.06)	Si vous deviez quitter votre emploi actuel, où iriez-vous ?	<div>ONG DU SECTEUR SANTÉ 01</div> <div>À L'ÉTRANGER 02</div> <div>ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ 03</div> <div>ORGANISME CONFESIONNEL 04</div> <div>STRUCTURE HORS DU SECTEUR SANTÉ 05</div> <div>POUR CONTINUER LES ETUDES 07 ► (5.01)</div> <div>STRUCTURE GOUVERNEMENTALE 06</div> <div>AUTRE, SPÉCIFIER: 96</div>
(4.07)	Quel serait le niveau de salaire mensuel le plus bas que vous accepteriez pour l'emploi qui vous intéresserait le plus ?	FRW

(5) Autres éléments de rémunération et avantages		NOTER LA RÉPONSE
(5.01)	Recevez-vous actuellement certains des avantages suivants au titre de votre emploi actuel ?	a. Logement gratuit ou subventionné
		b. Couverture de santé et/ou médicaments
		c. Repas/nourriture gratuits au travail
		d. Vêtements de travail
		e. Chaussures de travail
		f. Transport entre le domicile et le travail
		g. Scolarité gratuite ou subventionnée pour les enfants
	ENQUÊTEUR : LIRE À HAUTE VOIX LES RÉPONSES POSSIBLES. POUR CHACUNE D'ELLES, NOTER "1" POUR OUI, OU "2" POUR NON.	
(5.02)	Recevez-vous actuellement une allocation de logement ?	OUI 1
		NON 2 ► (5.03)
(5.03)	Recevez-vous actuellement une indemnités de brousse (pour tenir compte des conditions de vie difficiles) ?	OUI 1
		NON 2 ► (5.05)
(5.04)	Quel montant d'indemnités de brousse avez-vous reçu au cours de la dernière période ou lors du dernier versement ponctuel en frw ?	FRW
(5.05)	Recevez-vous normalement une indemnité de déplacement pour les activités sur le terrain ?	OUI 1
		NON 2 ► #REF!
(5.06)	Au cours des 3 derniers mois, quel montant d'indemnité de déplacement avez-vous reçu pour les activités sur le terrain en frw ?	FRW

(7) Études de situation portant sur des protocoles-CONSULTATION DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

(7.01)	ENQUÊTEUR: Est-ce que cet agent de sante fait les consultations pour les enfants de moins de 5 ans ?	OUI 1	► STOP
		NON 2	

ENQUÊTEUR: Administrer cette partie UNIQUEMENT a l'agent de sante qui fait les consultations curatives pour les enfants de moins de 5 ans

INSTRUCTIONS DE L' ENTRETIEN

LISEZ DEUX FOIS LE CAS ET ENSUITE POSEZ LES QUESTIONS 7.02-7.06.

J'aimerais maintenant examiner un exemple de situation qui pourrait se produire dans ce centre de santé. Cette situation peut ou non être vraie aujourd'hui dans ce centre de santé où vous travaillez. Pour cette situation, je souhaiterais savoir le type de mesures que vous prendriez. Toutes les réponses sont confidentielles. Le type de situation que je souhaiterais aborder avec vous est une consultation curative d'un enfant de moins de 5 ans. Je vais vous lire le cas, puis je vous demanderai ce que vous feriez.

Mme Munyambanza, une femme mariée de 26 ans, vient à votre formation sanitaire avec sa fille de 8 mois. Elle dit que sa fille a eu la diarrhée et les vomissements.

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES	NOTER LA RÉPONSE
(7.02)	<p>Quelles sont les 13-14 questions importantes que tu dois poser sur la diarrhée et les vomissements?</p> <p>ENQUÊTEUR: ENCERCLER LA BONNE REPONSE</p> <p>CITE1</p> <p>NON CITE2</p>	a. Quand est ce que la diarrhée a débuté?Quelle est la frequence de la diarrhee?	
		b. Quand est-ce que les vomissements ont debute?Quelle la frequence des vomissement?	
		c. Y-a t'il du sang dans ce qui a été vomit?Quelle est la frequence des vomissements?	
		d. Y-a t'il du sang dans les selles?	
		e. La fièvre?	
		f. Niveau d'activité?	
		g. Est-ce que l'enfant tête et boit?	
		h. Avez-vous déjà donné les médicaments?	
		i. Y-a t'il une évidence de la déshydratation?	
		j. L'enfant vomit-il tout?	
		k. A t'il des convulsions?	
		l. N'a rien mangé de consistant?	
		m. N'a pas de contact avec une maladie quelconque ou des personnes malades?	
		n. N'a rien mange d'anormal?	
(7.03)	<p>Qu'est ce que vous demandez à propos de l'histoire médicale et environnementale de cet enfant?</p> <p>CITE1</p> <p>NON CITE2</p>	a. Histoire d'une maladie similaire?	
		b. Allergies médicamenteuses?	
		c. Une autre histoire médicale ou chirurgicale? Histoire de HIV?	
		d. Une complication de l'accouchement? Ou une prematurite	
		e. Accès à l'eau et aux sanitaires?	
		f. Histoire de la vaccination?	
		g. Allaitement/ autres fluides/autres aliments solides?	

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES	NOTER LA RÉPONSE
(7.04)	Que faites-vous lorsque vous conduisez l'examen physique de cet enfant? CITE1 NON CITE2	a. Vérifier son apparence/ signe d'alerte?	
		b. Prendre sa température?	
		c. Examiner la fontanelle?	
		d. Prendre la pulsation (pouls)	
		e. Poids?	
		f. Mesurer la taille?	
		g. Déterminer le temps de recoloration cutanée	
		h. Examiner les yeux?	
		i. Observer la peau et les muqueuses?	
		j. Ausculter l'abdomen pour le péristaltisme?	
		k. Palper l' abdomen?	
		l. Vérifier s'il y a du sang dans le selles ou du mucus?	
		m. Vérifier les mains et les plantes des pieds?	
		n. Vérifier s'il y a les oedèmes des pieds?	
(7.05)	Quel examen de laboratoire allez-vous demander? CITE1 NON CITE2	a. Examens sanguins de routine/ Numération Formule Sanguine (NFS)?	
		b. Culture des selles?	
		c. Examen direct des selles	
		d. Frottis sanguin/ Test rapide pour le paludisme?	
		e. Autre (spécifier.....)?	
		f. Autre (spécifier.....)?	
(7.06)	Si cet enfant avait une déshydratation modérée d'origine virale, que feriez-vous? CITE1 NON CITE2	a. Recommander l'augmentation des liquides?	
		b. Fournir les solutions de réhydratation orale (SRO) dans la clinique?	
		c. Montrer comment/ recommander la solution de réhydratation orale	
		d. Recommander les suppléments vitaminiques?	
		e. Recommander les antipyrétiques (médicaments contre la fièvre)?	
		f. Donner l'instruction de retourner à la clinique si l'état de santé de l'enfant se détériore?	
		g. Mettre à jour la vaccination?	
		h. Administrer les liquides en Intraveineuse (IV)?	
		i. Recommander les antibiotiques?	
		j. Hospitaliser?	
		k. Continuer à allaiter?	
		MERCİ DE VOTRE COOPÉRATION	