



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



ENQUETE DE BASE POUR L'ÉVALUATION D'IMPACT DU PDSS

2015

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX FORMATIONS SANITAIRES

F2: QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL POUR L'AGENT DE SANTE

SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Province :		District :	
		Aire de santé	
Zone de Santé (ZS)		Nom de Fosa	
Village / Quartier :		Type de la Formation sanitaire:	Hôpital 01 Centre de santé 02

Statut de FOSA	Public	1	Categorie de Centre de santé:
	Privé à but lucratif	2	
	Privé à but non-lucratif	3	
	Confessionnel	4	
	Parapublic (Etat-confessionnel, Etat-Privé)	5	
	PMAS	1	
	PMAE	2	

COORDONNEES GPS DE LA FORMATION SANITAIRE

LATITUDE (NORD):							
LONGITUDE (EST):							
MILIEU DE RESIDENCE	Urbain	1					
	Rural	2					

VISITES DES FORMATIONS SANITAIRES

NOM/PRENOM DE L'ENQUÊTEUR:		CODE ENQUÊTEUR:	
Date Visite	JOUR	MOIS	ANNÉE


CONSENTEMENT ECLAIRE, A RECUEILLIR AVANT LE DEBUT DE L'ENTREVUE


ENQUÊTEUR : Bonjour/Bonsoir ! Je m'appelle _____, je travaille pour Médecins d'Afrique (MDA). Le Ministère de la santé publique nous a demandé de mener une étude sur les formations sanitaires dans la province (du)de l'..... . Aujourd'hui, nous allons nous entretenir avec le personnel de la formation sanitaire . Nous voulons déterminer le niveau général et la qualité des prestations de service dans les formations sanitaires dans la province (du)de l'..... Si vous acceptez de prendre part à cet entretien, nous vous assurons que les informations fournies seront traitées confidentiellement. Vous avez le droit de refuser de prendre part à l'entretien au début ou de l'interrompre à n'importe quelle étape. Toutefois, nous vous réaffirmons que les informations que vous allez fournir sont d'une importance capitale pour le Ministère de la santé qui s'en servira dans l'amélioration des services de santé dans cette province . Acceptez-vous prendre part à l'enquête aujourd'hui ?


OUI 1
NON 2

☐

(1)	Informations générales		NOTER LES RÉPONSES
DE FACON GENERALE POUR CE QUESTIONNAIRE, NE LISEZ PAS LES REPONSES POSSIBLES SAUF SI CELA EST INDIQUE			
(1.01)	Quel est votre nom s'il vous plaît?		
(1.02)	REPLIR LE CODE DE L'AGENT DE SANTE A PARTIR DE LA LISTE DU PERSONNEL DU QUESTIONNAIRE F1		
(1.03)	Chef de centre / Directeur	OUI 1 NON 2	_
(1.04)	Chef d'Unité/service	OUI 1 NON 2	_
(1.05)	Sexe	Masculin 1 Féminin 2	_
(1.06)	Quel âge avez-vous?	ANS (écrire le nombre)	_ _
(1.07)	Quel est votre statut matrimonial?	Célibataire 1 ► (1.09) Marié (e) 2 Union libre 3 Veuf(ve) 4 ► (1.09) Divorcé (e)/ séparé(e) 5 ► (1.09)	_
(1.08)	Est ce que vous vivez avec votre conjoint (e)?	Oui 1 Non 2	_
(1.09)	Avez-vous des enfants?	Oui 1 Non 2 ► (1.11)	_
(1.10)	Combien d'enfants de moins de 18 ans vivent-ils avec vous? (écrire le nombre)		_ _
(1.11)	Est ce que vous vivez dans l'enceinte de la formation sanitaire?	Oui Non	_
(1.12)	Quel est votre niveau d'études initiales (formation de base) le plus élevé?	Aucun 1 Primaire 2 cycle d'orientation (1 ere et 2 eme année) 3 cycle humanités (3 eme,4eme,5eme et 6 eme) 4 Supérieur et plus 5	_
(1.13)	Quel est votre grade en tant qu'agent de santé tel que défini par le Ministère de la santé?	Médecin (y compris spécialiste) 01 Administrateur Gestionnaire 02 Chirurgien Dentiste 03 Infirmier L2 04 Infirmier A1 05 Infirmier A2 06 Technicien de Laboratoire A1 07 Kinésithérapeute 08 Technicien de Laboratoire A2 09 Autre, précisez: 97	_ _


(1.14)	Depuis quand êtes-vous dans ce grade ? NOTEZ LA DATE (MOIS (1-12) ET ANNEE) DE DEBUT DU TRAVAIL	a. MOIS	_ _ _
		b. AN	_ _ _ _ _
(1.15)	Depuis quand travaillez-vous comme agent de santé dans cette formation sanitaire ? NOTEZ LA DATE (MOIS (1-12) ET ANNEE) DE DEBUT DU TRAVAIL	a. MOIS	_ _ _
		b. AN	_ _ _ _ _
A présent, je vais vous poser des questions portant sur les services que vous avez fournis durant les 3 derniers mois.			
(1.16)	Durant les 3 derniers mois, avez-vous mené l'une des activités suivantes?	Supervision des Relais communautaires	_
(1.17)		Supervision des accoucheuses traditionnelles	_
(1.18)	LISEZ TOUTES LES OPTIONS DE REPONSES A HAUTE VOIX	Consultation curative pour enfants	_
(1.19)		Consultation curative pour adultes	_
(1.20)		Consultation pour le planning familial	_
(1.21)		Consultation prénatale	_
(1.22)	Oui 1	Consultation pour les soins post partum	_
(1.23)		Accouchements	_
(1.24)	Non 2	Intervention pour hémorragie de délivrance	_
(1.25)		Complications liées à l'avortement	_
(1.26)		Accouchements dystociques ou Eutocique	_
(1.27)		Césarienne	_
(1.28)		Diagnostics/traitement de la tuberculose	_
(1.29)		Vaccinations en stratégie fixe	_
(1.30)		Vaccinations en stratégie avancée (communauté)	_
(1.31)		Suivi de la croissance / conseils nutritionnels	_
(1.32)		Traitement du paludisme	_
(1.33)		Formation des agents de santé communautaire	_
(1.34)		Formation des accoucheurs (ses) traditionnel(les)	_
(1.35)		Traitement d'un handicap et maladies chroniques	_
(1.36)		Traitement de maladies mentales	_
(1.37)		Dépistage	_
(1.38)		Counselling VIH/SIDA	_
(1.39)		Traitement VIH/SIDA (traitement aux Anti rétroviraux, ARV)	_
(1.40)		Circoncision des enfants	_
(1.41)		Sensibilisation de la population sur la promotion de la santé	_
(1.42)		Hospitalisations	_
(1.43)		Soins infirmier	_
(1.43)		Supervision/ formation des activités de Laboratoire	_
(1.44)		Realisation des activités de laboratoire	_

(2) Formation du personnel							
<p>Pour chaque sujet mentionné, j'aimerais savoir la date la plus récente à laquelle vous avez reçu une formation continue, et pour combien de jours. S'il vous plaît n'incluez pas votre formation initiale médicale ou en soins infirmiers. IL S'AGIT EXCLUSIVEMENT DES FORMATIONS REÇUES APRÈS VOS ÉTUDES PROFESSIONNELLES.</p>							
		IL Y A MOINS DE 3 MOIS	IL Y A MOINS D'1 AN (3 à 12 mois Exclu)	IL Y A 1 AN ou PLUS	PAS DE FORMATION	NOTER LA REPONSE	SI IL Y A MOINS DE 3 MOIS, PRECISEZ LA DUREE DE LA FORMATION EN JOURS?
(2.01)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME clinique)	1	2	3	4		
(2.02)	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME communautaire)	1	2	3	4		
(2.03)	Paludisme	1	2	3	4		
(2.04)	Formation TDR (tests de diagnostic rapides du paludisme)	1	2	3	4		
(2.05)	Prise en charge du paludisme communautaire à domicile (PECADOM)	1	2	3	4		
(2.06)	Diagnostic / traitement de la tuberculose	1	2	3	4		
(2.07)	Malnutrition	1	2	3	4		
(2.08)	Prise en charge malnutrition aigue (PCIMA)	1	2	3	4		
(2.09)	Planning Familial	1	2	3	4		
(2.10)	Logistique contraceptive (gestion des stocks)	1	2	3	4		
(2.11)	Santé de la reproduction des adolescents	1	2	3	4		
(2.12)	Réanimation du nouveau-né	1	2	3	4		
(2.13)	CPN recentrée	1	2	3	4		
(2.14)	Evaluation Traitement Urgence (PCIME niveau CS)	1	2	3	4		
(2.15)	Conseil dépistage volontaire VIH	1	2	3	4		
(2.16)	Prévention de la transmission du VIH / SIDA de la mère à l'enfant (PTME)	1	2	3	4		

(3)	Nombre d'heures et fonctions		NOTER LES RÉPONSES
(3.01)	Selon les termes de votre contrat, vous êtes supposé travailler dans ce centre de santé pendant combien d'heures par semaine? Nous sommes intéressés seulement par le temps pendant lequel vous êtes supposé être présent dans la formation sanitaire/votre bureau.	HEURES PAR SEMAINE / MAXIMUM = 168 HEURES	
(3.02)	Selon les termes de votre contrat, vous êtes supposé de travailler dans ce centre de santé pendant combien de jours par semaine? Nous sommes intéressés seulement par le nombre des jours pendant lequel vous êtes supposé être présent dans la formation sanitaire/votre bureau.	JOURS PAR SEMAINE / MAXIMUM = 7 JOURS	
(3.03)	Selon les termes de votre contrat, vous êtes supposé être d'astreinte pendant combien de nuit par mois?	NUITS PAR MOIS / MAXIMUM = 31 NUITS	
(3.04)	Selon les termes de votre contrat, vous êtes supposé d'être d'astreinte pendant combien de jours par mois?	JOURS PAR MOIS / MAXIMUM = 31 JOURS	
(3.05)	Nous avons constaté que les agents de santé font face à certaines contraintes les empêchant de temps en temps de remplir leurs fonctions et respecter leurs heures de travail. EN DEHORS DE JOURS DU REPOS, Durant les 30 derniers jours, vous avez été absent de la formation sanitaire pendant combien de jours?	NOMBRE DE JOURS DURANT LES 30 DERNIERS JOURS	
(3.06)	Combien de <u>jours</u> avez-vous travaillé dans cette formation sanitaire durant les 7 derniers jours? Nous sommes intéressés seulement par les jours pendant lesquels vous avez été présent dans la formation sanitaire/votre bureau.	NOMBRE DE JOURS DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 7.	
(3.07)	Combien d' <u>heures par jour</u> avez-vous travaillé dans cette formation sanitaire durant les 7 derniers jours? Nous sommes intéressés seulement par le temps pendant lequel vous avez été présent dans la formation sanitaire/votre bureau.	NOMBRE D'HEURES MOYEN PAR JOUR DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 24.	
(3.08)	Combien de nuits avez-vous été d'astreinte durant les 7 derniers jours?	NOMBRE DE NUITS DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 7.	
(3.09)	Combien de jours avez-vous été d'astreinte durant les 7 derniers jours?	NOMBRE DE JOURS DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 7.	
(3.10)	Combien de nuits avez-vous été de garde durant les 7 derniers jours?	NOMBRE DE NUITS DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 7.	
(3.11)	Combien de jours avez-vous été de permanence durant les 7 derniers jours?	NOMBRE DE JOURS DURANT LES 7 DERNIERS JOURS MAXIMUM 7.	
(3.12)	Si vous comparez avec les 12 derniers mois, diriez-vous que le nombre d'heures pendant lesquelles vous avez travaillé par semaine a augmenté, s'est réduit ou est resté le même?	Augmenté 1 Réduit 2 Resté le même 3	
(3.13)	Possédez-vous un document écrit indiquant les tâches exactes correspondant à votre poste ?	Oui, vu 1 oui, non vu 2 Non 3	
(3.14)	 <p>Au cours des 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous consacré aux activités suivantes?</p> <p>POUR CHAQUE OPTION, ENREGISTRER LE NOMBRE D'HEURES CONSACRÉES À L'ACTIVITÉ PENDANT LES SEPT DERNIERS JOURS. SI LE RÉPONDANT N'A PAS EFFECTUÉ CES ACTIVITÉS, ÉCRIRE '95'.</p>	Consultation prénatale (CPN)	
(3.15)		Consultations de soins postnatals	
(3.16)		Services de planification familiale	
(3.17)		Accouchement	
(3.18)		Consultations et autres soins (pansements...) aux patients externes adultes et adolescents	
(3.19)		Consultations et autres soins aux enfants externes (PCIME, nourrisson sain...)	
(3.20)		Vaccination	
(3.21)		Soins aux patients hospitalisés	
(3.22)		Services diagnostiques et services de laboratoire	
(3.23)		Activités de sensibilisation et campagnes communautaires	
(3.24)		Comptabilité et rapports	
(3.25)		Tâches ou fonctions de surveillance	

(4)	Salaire	NOTER LES RÉPONSES	
(4.01)	Quel type de contrat avez-vous signé avec votre employeur ?	Permanent (Public) et donnant droit à une pension 1 Permanent (Privé) et donnant droit à une pension 2 Contrat de courte durée (moins de 6 mois) 3 Contrat à durée déterminée (6 mois et plus) 4 Informel (pas de contrat) 5 Bénévole 6 Autre, précisez: 97	_ _ _
(4.02)	Qui est votre employeur?	L'Etat (fonctionnaire, armé, etc) 1 Privé à but lucratif 2 Privé à but non-lucratif 3 Confession religieuse 4 Autre, précisez: 97	_ _ _
CODE UNIQUE:			
(4.03)	Pourriez vous me donner approximativement le montant total de votre salaire mensuel NET (les charges salariales, les paiement des heures supplémentaires, prime de rendement, les indemnités de logement, les autres indemnités et primes, les frais, les prêts, etc.)?	1. Moins de 50 000 2. 50 000 - 90 000 3. 90 001 - 130 000 4. 130 001 - 160 000 9. Aucun	5. 160 001 - 190 000 6. 190 001 - 220 000 7. 220 000 - 250 000 8. Plus de 250 000
(4.04)	Quel était le montant de votre salaire brut mensuel HORMIS les charges salariales, les paiement des heures supplémentaires, prime de rendement, les indemnités, les primes, les frais, les prêts, etc II Y A 1 AN?	1. Moins de 25 000 2. 25 001 - 50 000 3. 50 001 - 75 000 4. 75 001 - 100 000	5. 100 001 - 125 000 6. 125 001 - 150 000 7. 150 001 - 175 000 8. Plus de 150 000
(4.05)	Quel était le montant total de votre salaire mensuel NET les charges salariales, les paiement des heures supplémentaires, lprime de rendement, les indemnités de logement, les autres indemnités et primes, les frais, les prêts, etc. IL Y A 1 AN?	1. Moins de 50 000 2. 50 000 - 90 000 3. 90 001 - 130 000 4. 130 001 - 160 000	5. 160 001 - 190 000 6. 190 001 - 220 000 7. 220 000 - 250 000 8. Plus de 250 000
(4.06)	Combien de fois avez-vous reçu votre salaire, dans les derniers 6 mois ?		_
(4.07)	Pendant les 2 dernières années avez-vous reçu une augmentation de salaire ?	Oui 1 Non 2 ► (4.09)	_
(4.08)	Si Oui pour quelles raisons avez-vous reçu cette augmentation salariale	Routine ou augmentation générale Oui 1 Non 2 Augmentation à cause de la bonne performance (évaluation des contrats de performance) Oui 1 Non 2 Promotion (changement du poste) Oui 1 Non 2 Autre, précisez: Oui 1 Non 2	_
(4.09)	A. Recevez-vous une prime de logement?	Oui 1 Non 2 ► (4.10)	_
	B. Qui paye la prime de logement?	Govt central1 Org. Confessionnelle.....2 Govt provincial.....3 Organisation privée4 Autre.....5	_
	C. Quel est le montant mensuel de cette prime de logement ?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER	
(4.10)	A. Recevez-vous une prime de risque?	Oui 1 Non 2 ► (4.11)	_
	B. Qui paye la prime de risque?	Govt central1 Org. Confessionnelle.....2 Govt provincial.....3 Organisation privée4 Autre.....5	_
	C. Quel est le montant mensuel de cette prime de risque?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER	
(4.11)	A. Recevez vous des honoraires / une prime locale / paiement à partir du partage des recettes de la FoSa?	Oui 1 Non 2 ► (4.12)	_
	B. Quel est le montant mensuel de cette prime ?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER	

(4.12)	A. Recevez-vous des paiements pour des heures supplémentaires / des gardes ?	<div>Oui 1</div> <div>Non 2 ► (4.13)</div>	_
	B. Qui paye cette prime ?	Govt central1 Org. Confessionnelle.....2 Govt provincial.....3 Organisation privée4 FOSA.....5 Autre.....6	_
	C. Quel est le montant mensuel de cette prime ?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER	_ _ _ _ _ _ _
(4.13)	A. Recevez-vous des primes de partenariat / d'appui ?	<div>Oui 1</div> <div>Non 2 ► (5.01)</div>	_
	B. Qui paye cette prime ?	Govt central1 Org. Confessionnelle.....2 Govt provincial.....3 Organisation privée4 Autre.....5	_
	C. Quel est le montant mensuel de cette prime ?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER	_ _ _ _ _ _ _

(5) Autre compensation			NOTER LES RÉPONSES	
(5.01)	Est-ce que vous recevez actuellement l'un des avantages suivants dans le cadre de votre travail principal ? 	Gratuité des soins dans cette Formation Sanitaire	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
(5.02)		Nourriture / Repas gratuits au lieu de service	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
(5.03)		Tenue de travail	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
(5.04)		Chaussures de travail	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
(5.05)		Transport entre votre domicile et le lieu de travail	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
(5.06)	Est-ce que vous recevez actuellement les Primes d'encouragement dans le cadre de votre travail principal ?	Oui 1 Non 2	Si 2 (5.11) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(5.07)	Combien de fois au cours des 12 derniers mois avez-vous reçu les Primes d'encouragement / rendement ?	INDIQUEZ LE NOMBRE DE VERSEMENTS		<input type="text"/>
(5.08)	Quel est le montant que vous avez reçu lors du dernier versement ?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER		<input type="text"/>
(5.09)	Comment les Primes d'encouragement / rendement sont elles réparties entre le personnel de la formation sanitaire ?	A part égale	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
		En fonction du poste	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
		En fonction des résultats du travail	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
		En fonction de l'ancienneté	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
		En fonction de la catégorie	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
		En fonction de l'assiduité	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
		Autres, précisez:	Oui 1 Non 2	<input type="text"/>
		(5.10)	Pensez-vous que la distribution des Primes de rendement entre le personnel de santé est juste, sur une échelle 0 à 10 (0=pas du tout juste, 10=tout à fait juste) ?	Pas du tout juste 0 Juste de niveau 1 1 Juste de niveau 2 2 Juste de niveau 3 3 Juste de niveau 4 4 Juste de niveau 5 5 Juste de niveau 6 6 Juste de niveau 7 7 Juste de niveau 8 8 Juste de niveau 9 9 Tout à fait juste 10
(5.11)	Recevez-vous d'autres avantages en nature (de la FOSA) ?	Oui 1 Non 2	(5.13) <input type="checkbox"/>	
(5.12)	Pouvez vous estimer le montant en Frs Congolais de ces avantage en nature reçu dans les deniers 12 mois?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER		<input type="text"/>
(5.13)	Avez-vous participé à des formations, des ateliers, ou des réunions dans les 3 derniers mois?	Oui 1 Non 2	0.00 <input type="checkbox"/>	
(5.14)	Avez-vous reçu des perdiems (motivation) pour votre participation?	Oui 1 Non 2	(6.01) <input type="checkbox"/>	
(5.15)	Pouvez-vous estimer le montant total de vos perdiems au cours des 3 derniers mois?	INDIQUER LE MONTANT; ECRIRE "999 998" SI LE REpondant NE PEUT PAS ESTIMER		<input type="text"/>

(6) Revenu supplémentaire			
Il est courant que les agents de santé exercent un travail autre que leur principale fonction en dehors de la formation sanitaire. J'aimerais vous poser des questions sur le travail supplémentaire, si vous en faites. Veuillez répondre aux questions suivantes sur vos activités supplémentaires			NOTER LES RÉPONSES
(6.01)	Est-ce que vous exercez un autre travail ou une autre activité en dehors de cette formation sanitaire ?	<div>Oui 1</div> <div>Non 2 ► (7.01)</div>	<input type="checkbox"/>
(6.02)	De quel genre de travail ou d'activité s'agit-il?	Emploi dans une autre formation sanitaire publique	<input type="checkbox"/>
(6.03)	PLUSIEURS OPTIONS POSSIBLE. POUR CHAQUE OPTION, NOTEZ SI L'AGENT DE SANTE A DÉCLARÉ CETTE ACTION OU PAS. MENTIONNÉ 1 PAS MENTIONNÉ ... 2	Emploi dans une clinique privée ou cabinet privé	<input type="checkbox"/>
(6.04)		Emploi dans une pharmacie	<input type="checkbox"/>
(6.05)		Agriculture, petit commerce (y compris entreprise familiale, agriculture de subsistance)	<input type="checkbox"/>
(6.06)		Emploi dans une autre activité non-sanitaire (autre que ce qui est mentionné en 5)	<input type="checkbox"/>
(6.07)		Exercices de collecte de données, études	<input type="checkbox"/>
(6.08)		Autre, précisez:	<input type="checkbox"/>
(6.09)	Quelle est la principale raison pour laquelle vous faites cet autre travail ou activité ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX.	<div>je ne peux pas m'en sortir avec mon salaire principal 1</div> <div>le salaire horaire est mieux dans ce second emploi 2</div> <div>je peux gagner en expérience que je ne peux acquérir dans mon principal lieu de travail 3</div> <div>le deuxième emploi offre un meilleur environnement de travail 4</div> <div>je fais cette activité par plaisir 5</div> <div>je peux offrir un meilleur service à mes patients 6</div> <div>Autre, précisez: 7</div>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6.10)	Combien d'heures avez-vous passé à cet autre travail pendant les 7 derniers jours?	NOMBRE D'HEURES PENDANT LES 7 DERNIERS JOURS (Maximum = 168)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6.11)	Quel est votre revenu mensuel net à cet autre emploi ? (prenez l'exemple du mois dernier)	Frs Congolais	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(7) Evaluation des performances des agents de santé (interne et externe)		
EVALUATION INTERNE		
A présent, j'aimerais que l'on parle de l'évaluation de votre travail par des personnes qui travaillent également dans cette formation sanitaire		NOTER LES RÉPONSES
(7.01)	Y a-t-il dans cette formation sanitaire quelqu'un qui est responsable de l'évaluation de votre travail? Il s'agit entre autre de quelqu'un qui donne un feedback sur votre rendement, vous conseille, parle de votre carrière avec vous ?	Oui 1
		Non 2 ► (7.07)
		Ne sait pas 8 ► (7.07)
(7.02)	Dans cette formation sanitaire qui est responsable de l'évaluation de votre travail ?	Médecin directeur 1
		Médecin chef de staff/Coordonnateur des activités clinique 2
		Directeur de nursing 3
		Chef de service/unité 4
		Infirmiers Titulaires 5
		Autre, précisez: 97
(7.03)	Durant les 12 derniers mois, avez-vous rempli une fiche / grille d'évaluation avec votre évaluateur interne ?	Oui 1
		Non 2
(7.04)	Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu un entretien avec votre évaluateur interne pour discuter de l'atteinte de vos objectifs mentionnés dans la fiche/grille d'évaluation de l'année précédente ?	Oui 1
		Non 2
(7.05)	Durant les 12 derniers mois, avez-vous discuté d'une quelconque difficulté de service avec votre évaluateur interne?	Oui 1
		Non 2 ► (7.07)
(7.06)	Après vos entrevues, avez-vous constaté beaucoup d'améliorations, quelques améliorations ou pas d'améliorations du tout?	beaucoup d'améliorations 1
		Quelques améliorations 2
		Aucune amélioration 3
EVALUATION EXTERNE		
A présent, j'aimerais que l'on parle de l'évaluation de votre travail par des personnes qui travaillent en dehors de cette formation sanitaire		NOTER LES RÉPONSES
(7.07)	Hors de cette formation sanitaire, y a-t-il quelqu'un qui est responsable de l'évaluation de votre travail ? Il s'agit entre autre de quelqu'un qui donne un feedback sur votre rendement, vous conseille, parle de votre carrière avec vous ?	Oui 1
		Non 2 ► (8.01)
		Ne sait pas 8 ► (8.01)
(7.08)	Qui est le principal responsable de l'évaluation de votre travail hors de cette formation sanitaire ?	Responsable du Ministère de la santé 1
		Médecin inspecteur provincial 2
		Médecin chef de zone 3
		Infirmier Superviseur de la zone de santé 4
		Administrateur gestionnaire de la ZS 5
		Autre, précisez: 7
(7.09)	Pendant les 12 derniers mois, combien de fois avez vous discuté avec votre évaluateur externe ?	SI ZERO ► (8.01)
(7.10)	Durant les 12 derniers mois, avez-vous rempli une fiche / grille d'évaluation avec votre évaluateur externe?	OUI 1
		NON 2
(7.11)	Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu un entretien avec votre évaluateur externe pour discuter de l'atteinte de vos objectifs mentionnés dans la fiche/grille d'évaluation de l'année précédente ?	OUI 1
		NON 2

(7.12)	<p>À votre dernière rencontre avec cet évaluateur externe, qu'a-t-il / elle fait dans le cadre de la supervision de votre travail?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. PLUSIEUR RÉPONSES POSSIBLE.</p> <p>ENQUÊTEUR: NOTEZ "1" SI MENTIONNÉ ET "2" SI NON MENTIONNÉ</p>	Apport en matériel / équipement	<input type="checkbox"/>
		Vérification des registres	<input type="checkbox"/>
		Vérification des finances	<input type="checkbox"/>
		Observation des consultations	<input type="checkbox"/>
		Évaluation des connaissances	<input type="checkbox"/>
		Enseignements sur des sujets du domaine de la santé	<input type="checkbox"/>
		Enseignements du domaine administratif	<input type="checkbox"/>
		Directives pour le remplissage des fiches du système de suivi et d'informations sanitaires ou des registres	<input type="checkbox"/>
		Rien	<input type="checkbox"/>
		Entretien sur mon rendement et / ou ma carrière	<input type="checkbox"/>
		Inspection du centre de santé	<input type="checkbox"/>
		Gestion financière	<input type="checkbox"/>
		Gestion de médicaments	<input type="checkbox"/>
		Autre, précisez:	<input type="checkbox"/>
(7.13)	<p>Durant les 12 derniers mois, avez-vous discuté d'une quelconque difficulté de service avec votre évaluateur externe?</p>	Oui 1	<input type="checkbox"/>
		Non 2 ► (8.01)	
(7.14)	<p>Après vos entrevues, avez-vous constaté beaucoup d'améliorations, quelques améliorations ou pas d'améliorations du tout?</p>	Beaucoup d'améliorations 1	<input type="checkbox"/>
		Quelques améliorations 2	
		Aucune amélioration 3	

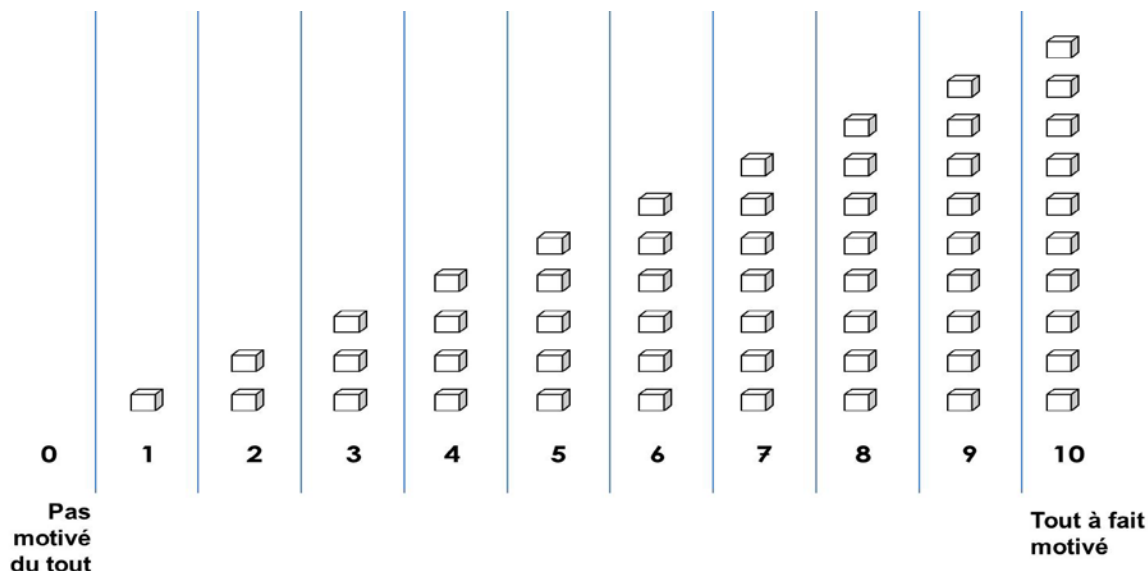
CODE UNIQUE:

(8) Motivation pour le travail

Ce questionnaire contient plusieurs sections et sera administré de différentes manières. Cette partie du questionnaire contient des questions au sujet de votre motivation au travail, sur l'environnement de votre travail et sur votre satisfaction par rapport aux différents aspects de votre travail. Je vais vous lire des affirmations. Vous ne me direz pas votre réponse, mais vous noterez plutôt vous-même la réponse sur la tablette. De cette façon, vos réponses restent privées. Veuillez prendre votre temps pour décider de votre réponse et me signaler lorsque nous pouvons continuer avec l'affirmation suivante. Je vais maintenant vous expliquer comment utiliser la tablette et répondre à ces affirmations. Avez-vous des questions de compréhension ?

ENQUÊTEUR:

- EXPLIQUEZ LES ECHELLES DE REPONSE



Avant de commencer avec les affirmations, je voudrais vous poser une question. Répondez sur l'échelle de 0 à 10 comme indiqué sur la tablette, s'il vous plaît.

[DONNEZ-LUI LA TABLETTE] pour que l'agent regarde les échelles

(8.01)

Au cours des 7 derniers jours, quel a été le degré de votre motivation à travailler dans cette Formation sanitaire?




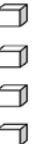






Maintenant, je vais vous lire différentes raisons pour lesquelles vous pourriez être motivés à travailler. Certaines raisons pourront vous sembler personnellement importantes, d'autres par contre non. Les individus diffèrent dans la manière dont ils sont motivés à travailler en fonction de leur situation et de leur personnalité. Il est essentiel de comprendre que toutes les raisons que les individus peuvent avoir sont tout aussi valables et qu'aucune n'est «meilleure» ou «pire» qu'une autre. De ce fait, il est très important pour notre recherche que vous répondiez exactement comme vous vous sentez, même si vous pensez que nous pourrions ne pas partager votre avis.

Avant de commencer, veuillez prendre une minute pour réfléchir sur les raisons les plus importantes pour lesquelles vous travaillez.

[ENQUÊTEUR: VEUILLEZ DONNER UNE MINUTE DE REFLEXION À L'AGENT DE SANTÉ]


Commençons! S'il vous plaît, pensez à la manière dont vous vous êtes senti principalement au cours des quatre dernières semaines lors de la réponse. Pour chacune de ces raisons que je vais vous lire, **veuillez indiquer si elles sont importantes ou non par rapport aux raisons les plus importantes pour lesquelles vous travaillez.**

[ENQUÊTEUR: NE DONNEZ PAS D'EXPLICATION SAUF SI LE PRESTATAIRE NE COMPREND PAS DES MOTS. SI LE PRESTATAIRE DEMANDE UNE EXPLICATION, REPONDEZ QU'IL DEVRAIT REPONDRE AUX AFFIRMATIONS SELON SA COMPREHENSION.]

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										
Raison pas importante du tout pour moi										Raison très importante pour moi (les plus)

CODE UNIQUE:	Version Enquêteur	
Veuillez continuer d'indiquer ce qui est important et ce qui ne l'est pas pour vous. Pourquoi êtes-vous motivé à travailler?		
(8.02)	Parce que je veux changer quelque chose dans la vie des autres.	_ _
(8.03)	Parce qu'être un agent de santé est un élément fondamental de ce que je suis.	_ _
(8.04)	Afin de gagner de l'argent.	_ _
(8.05)	Parce que mon travail est extrêmement important pour mes patients.	_ _
(8.06)	Parce que mon travail me permet d'atteindre mes objectifs dans la vie.	_ _
(8.07)	Pour ne pas laisser tomber mon équipe.	_ _
(8.08)	Parce que ma réputation dépend de mon travail.	_ _
(8.09)	De façon à ne pas recevoir de sanctions (blâme, avertissement, ...).	_ _
(8.10)	Parce que je ne serai pas moi-même si je n'étais pas là pour prendre soin de mes patients.	_ _
(8.11)	Parce que mon travail me procure la sécurité financière.	_ _
(8.12)	Parce que le travail que je fais est très intéressant.	_ _
(8.13)	A cause de la reconnaissance que je reçois de mes patients et de la communauté.	_ _
<p>Nous sommes conscients que votre travail est souvent difficile en raison d'un manque du personnel et des ressources. Je vais vous lire trois affirmations sur la manière dont les individus peuvent se sentir par rapport à cette situation.</p> <p>Nous aimerions savoir à quel point vous êtes personnellement d'accord ou en désaccord avec les affirmations. [ENQUÊTEUR: CHANGEMENT DES ECHELLES!]</p> <p>Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Pour notre recherche, il est très important que vous répondiez exactement comme vous le pensez. Vos réponses ne seront pas vues par moi ou qui que ce soit en dehors de l'équipe de recherche.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>		
(8.14)	J'ai souvent envie de quitter mon poste de travail.	_ _
(8.15)	Accepter de travailler pour cette formation de santé était une erreur.	_ _
(8.16)	Il est fort probable que je quitte mon poste de travail d'ici l'année prochaine.	_ _

CODE UNIQUE:	Version enquêteur	
(9)	Satisfaction des agents de santé	
<p>Dans la section suivante, je vais vous poser des questions concernant votre degré de satisfaction ou insatisfaction par rapport au travail que vous effectuez à présent. Rappelez-vous que toutes les réponses sont confidentielles et ne seront partagées qu'au sein de l'équipe de recherche. La première partie de la section concerne vos relations avec les différents individus et groupes avec lesquels vous interagissez dans le cadre de votre travail. Utilisez l'échelle 'pas satisfait du tout' à 'tout à fait satisfait' comme imprimée sur votre fiche.</p>		
(9.01)	Êtes-vous satisfait de la qualité de l'information que vous recevez sur votre performance ?	<input type="text"/>
(9.02)	Êtes-vous satisfait de votre marge de liberté pour décider de la façon de procéder dans votre travail ?	<input type="text"/>
(9.03)	SI LA FORMATION SANITAIRE N'A PAS DE CODI/COGES, INDIQUEZ '99' Êtes-vous satisfait de votre implication dans la prise de décision au niveau du CODI/COGES ?	<input type="text"/>
(9.04)	Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de votre responsable direct?	<input type="text"/>
(9.05)	Êtes-vous satisfait de la reconnaissance de votre travail par votre responsable direct ?	<input type="text"/>
(9.06)	Êtes-vous satisfait de vos chances de recevoir une récompense après le dur labeur (financièrement ou d'une autre manière) ?	<input type="text"/>
(9.07)	Êtes-vous satisfait des opportunités que vous avez d'utiliser vos compétences dans votre travail ?	<input type="text"/>
(9.08)	Êtes-vous satisfait des opportunités de formation continue ?	<input type="text"/>
(9.09)	Êtes-vous satisfait de votre sécurité au sein de la communauté (par ex vol, agression) ?	<input type="text"/>
<p>Maintenant je vais vous lire quelques questions sur le revenu que vous recevez en retour de votre travail. Veuillez continuer à indiquer votre degré de satisfaction ou d'insatisfaction.</p>		
(9.10)	Êtes-vous satisfait de votre salaire ?	<input type="text"/>
(9.11)	Êtes-vous satisfait de la régularité de versement de votre salaire (salaire versé à temps vs. en retard etc) ?	<input type="text"/>
(9.12)	Êtes-vous satisfait des prime d'encouragement reçue du FOSA ?	<input type="text"/>
(9.13)	Êtes-vous satisfait de vos divers avantages (par ex le logement, les frais de transport, aide maladie) ?	<input type="text"/>
(9.14)	Êtes-vous satisfait de l'ensemble de votre revenu ?	<input type="text"/>
(9.15)	Êtes-vous satisfait de vos chances de monter en grade ?	<input type="text"/>
(9.16)	Êtes-vous satisfait de votre logement ? SI NON APPLICABLE METTEZ "95"	<input type="text"/>

(10) CONNAISSANCES DU PERSONNEL					
IL EST TRÈS IMPORTANT QUE L'AGENT DE SANTÉ N'AI PAS ACCÈS À LA FICHE D'ENQUÊTE OÙ VOUS NOTEZ SES RÉPONSES. PLUSIEURS OPTIONS NE DEVRONT PAS ÊTRE LUES A HAUTE VOIX, D'OÙ L'IMPORTANCE DE LES CACHER. EN CAS DE BESOIN, L'AGENT DE SANTÉ POURRA S'ÉLOIGNER POUR ALLER SOIGNER DES MALADES MAIS SEULEMENT APRES AVOIR RÉPONDU A TOUTES LES QUESTIONS CONCERNANT LE SCÉNARIO. NE LE LAISSEZ PAS PARTIR AVEC UN SCÉNARIO AVANT D'AVOIR POSE TOUTES LES QUESTIONS QUI LUI CORRESPONDENT.					
COMMENCEZ PAR LIRE LES PHRASES SUIVANTES A L'ATTENTION DES AGENTS DE SANTÉ					
Les questions suivantes constituent une évaluation de vos connaissances des protocoles thérapeutiques élémentaires. Cette évaluation n'aura aucune incidence sur votre emploi au sein de cette formation sanitaire ou votre réputation d'agent de santé. Il s'agit simplement d'un outil qui permettra au Ministère de la santé de recueillir des informations en vue d'améliorer la formation des agents de santé dans le futur. Je vais vous présenter des situations susceptibles de se présenter dans une formation sanitaire. Veuillez répondre à ces questions au moyen de vos connaissances.					
(10.01)	A combien de SEMAINES/MOIS l'enfant doit-il recevoir les vaccins suivants?		A. BCG / VPO 0	SEMAINES	<input type="text"/>
			B. VPO 1 / PENTA1	SEMAINES	<input type="text"/>
			C. VPO 2 / PENTA2	SEMAINES	<input type="text"/>
			D. VPO 3 / PENTA3	SEMAINES	<input type="text"/>
			E. Rougeole / Fièvre Jaune	MOIS	<input type="text"/>
(10.02)	A partir de quel âge en mois et jusqu'à quel âge en mois peut-on donner à l'enfant les capsules de vitamine A ?	A. A partir de ... mois	MOIS	<input type="text"/>	
		B. Jusqu'à ... mois	MOIS	<input type="text"/>	
(10.03)	Imaginez qu'une mère vous apporte son bébé âgé de 9 mois pour une vaccination de routine. Vous vous rendez compte que l'enfant fait de la fièvre, a la gorge rouge, et le rhume, mais ne montre pas de signe d'autres maladies. Allez-vous le vacciner?	Oui	1	<input type="text"/>	
Non	2				
LES QUESTIONS SUIVANTES CORRESPONDENT A DES SCÉNARIOS AUXQUELS L'AGENT DE SANTÉ POURRAIT ÊTRE CONFRONTE. LISEZ LES SCENARIOS ET LES QUESTIONS EXACTEMENT TELS QU'ILS ONT ÉTÉ FORMULÉS POUR CHACUN DES SCENARIOS. NE PAS LIRE LES OPTIONS DE RÉPONSES. POUR CERTAINES QUESTIONS, PLUSIEURS RÉPONSES SONT POSSIBLES, DANS CE CAS, ENTOURER TOUTES LES RÉPONSES DONNÉES PAR L'AGENT DE SANTÉ. UNE FOIS QUE L'AGENT DE SANTÉ A FINI DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE: "AVEZ-VOUS AUTRE CHOSE A AJOUTER?" S'IL Y A DES RÉPONSES SUPPLÉMENTAIRES, NOTER LES CONVENABLEMENT SUR LA FICHE D'ENQUÊTE. FAITES ATTENTION, SUIVEZ BIEN LES SAUTS TELS QU'ILS SONT INDiquÉS.					
CODE UNIQUE:					

Scénario 1				
<p>A présent, je vais vous lire le premier scénario.----- Une fillette âgée de 12 mois à 9kg est amenée à la formation sanitaire parce que depuis deux jours elle a la diarrhée. La mère vous répond que les selles sont liquides et mucoides et que elle a la diarrhée juste après avoir mangé. Elle vomit à chaque repas. Elle n'a pas de fièvre et elle n'a pas fait de convulsions. Elle n'a pas de larmes quand elle pleure .L'agent de santé a examiné l'enfant et a confirmé qu'elle était léthargique. L'agent de santé a également pincé la peau et le pli cutané s'est effacé très lentement. Il n'y a pas de choléra dans cette zone à ce moment.</p>				
(10.04)	<p>En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles au sein de la formation sanitaire, et qu'une formation sanitaire de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p>NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION,</p>	1	demandeur que le malade soit référé a l'hôpital	<input type="checkbox"/>
		2	lui administrer un soluté lactate ringer ou soluté salé par voie IV (perfusion)	<input type="checkbox"/>
		3	lui administrer un liquide par sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/>
		4	administrer une dose d'antibiotique injectable	<input type="checkbox"/>
		5	injecter une dose de quinine par voie IV	<input type="checkbox"/>
		6	donner une dose de vitamine A	<input type="checkbox"/>
		7	donner des comprimés de zinc	<input type="checkbox"/>
		8	conseiller de poursuivre l'allaitement maternel	<input type="checkbox"/>
		9	conseiller de donner des aliments et boissons autres que le lait maternel.	<input type="checkbox"/>
		10	demandeur que l'on mette l'enfant au froid	<input type="checkbox"/>

CODE UNIQUE:				
Scénario 2				
<p>Je vais à présent vous lire le deuxième scénario.----- Un papa se présente à la formation sanitaire avec son fils de 35 mois parce qu'il a mal à l'oreille depuis un jour. Il a un écoulement d'oreille jaune. L'enfant n'a pas de la fièvre et mange bien. Il n'a pas vomit et n'a pas eu des convulsions. L'enfant a l'air de bien se porter. Il est alerte, a un poids normal et a reçu toutes les doses de vaccin pour son âge. Il a une température de 37,4 degrés Celsius et il n'y a pas d'autres éléments cliniques anormaux. L'oreille n'est ni enflée, ni sensible.</p>				
(10.05)	<p>En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles dans cette formation sanitaire, et qu'une formation sanitaire de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1</u> ou <u>Non=2</u>, SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE</p>	1	Le référer en urgence vers une formation sanitaire de référence	<input type="checkbox"/>
		2	Lui administrer un soluté lactate ringer ou soluté sale par voie IV (perfusion)	<input type="checkbox"/>
		3	Lui administrer un liquide par sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/>
		4	Une dose d'antibiotique	<input type="checkbox"/>
		5	Prescrire sirop d'amoxicilline (125mg/5ml) pendant 5 jours	<input type="checkbox"/>
		6	Injecter une dose de quinine par voie IV	<input type="checkbox"/>
		7	Donner une dose de paracétamol	<input type="checkbox"/>
		8	Prescrire du paracétamol pour le traitement à domicile	<input type="checkbox"/>
		9	Le papa doit amener l'enfant après 5 jours	<input type="checkbox"/>

CODE UNIQUE:				
Scénario 3				
<p>Je vais à présent vous lire le troisième scénario.-----Une adolescente emmène sa jeune sœur âgée de 13 mois dans votre FORMATION SANITAIRE. Elle déclare que sa sœur tousse depuis 5 jours et fait de la fièvre depuis la veille. Elle se souvient que sa sœur a eu une éruption cutanée généralisée il y a environ 1 mois et que les voisins au village avaient dit qu'elle souffrait de rougeole. Sa mère continue d'allaiter sa sœur au lait maternel. Il n'y a pas de paludisme dans la zone où ils vivent. L'agent de santé a pesé l'enfant (8,5kg) et pris sa température (38,8°C) Il a compté les battements cardiaques par minute et a constaté un tirage sous-costal et aussi de stridor. Pas d'autres découvertes cliniques anormales constatées. La carte de vaccination montre que l'enfant est complètement vacciné et a reçu de la vitamine A il y a 4 mois.</p>				
(10.06)	<p>En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles à la formation sanitaire, et qu'une formation sanitaire de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1</u> ou <u>Non=2</u>, SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE</p>	1	La référer vers une formation sanitaire de référence	<input type="checkbox"/>
		2	Lui administrer un soluté lactate ringer ou soluté sale par voie IV (perfusion)	<input type="checkbox"/>
		3	Lui administrer un liquide par sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/>
		4	Injecter une dose d'antibiotique	<input type="checkbox"/>
		5	Injecter une dose de quinine par voie IV	<input type="checkbox"/>
		6	Conseiller de donner du SRO sur le chemin de l'hôpital	<input type="checkbox"/>
		7	Prescrire du SRO pour le traitement à domicile	<input type="checkbox"/>
		8	Prescrire du paracétamol pour le traitement à domicile	<input type="checkbox"/>
		9	Donner une dose de Vitamine A	<input type="checkbox"/>
		10	Conseiller de poursuivre l'allaitement maternel	<input type="checkbox"/>

CODE UNIQUE:				
Scénario 4				
<p>A présent je vais vous lire le quatrième scénario.-----On vous apporte une petite fille de 5 ans parce que depuis 5 jours elle tousse et a des difficultés à respirer. L'enfant n'a pas fait de convulsions ou vomissements ni de diarrhée. Il se réveille facilement, et n'est pas fatiguée. Sa température est 38,5 degrés Celsius. Sa fréquence cardiaque est normale, et sa fréquence respiratoire est 42 par minute. Son poids est 18kg et sa taille est normale. Vous ne trouvez pas de tirage sous costal, et elle n'a pas de stridor ni des sifflements respiratoires. La gorge et les oreilles sont normales.</p>				
(10.07)	<p>En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles à la formation sanitaire, et qu'une autre formation sanitaire de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER Oui=1 ou Non=2, SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE</p>	1	le référer en urgence vers une formation sanitaire de référence.	<input type="checkbox"/>
		2	lui administrer un soluté lactate ringer ou soluté salé par voie IV (perfusion)	<input type="checkbox"/>
		3	administrer une dose d'antibiotique injectable	<input type="checkbox"/>
		4	donner une dose d'un antibiotique par voie orale	<input type="checkbox"/>
		5	prescrire Amoxicilline ou Cotrimoxazole	<input type="checkbox"/>
		6	injecter une dose de quinine par voie IV	<input type="checkbox"/>
		7	prescrire du SRO pour le traitement à domicile	<input type="checkbox"/>
		8	donner une dose de paracétamol	<input type="checkbox"/>
		9	prendre les mesures requises pour éviter l'hypoglycémie.	<input type="checkbox"/>
		10	surveiller étroitement le patient au centre de santé (admission, observation)	<input type="checkbox"/>
CODE UNIQUE:				
Scénario 5				
<p>A présent je vais vous lire le cinquième scénario.-----On vous apporte une fille de 16 mois. L'enfant a la diarrhée et 38.5C de fièvre. Elle se réveille difficilement, pleure beaucoup et a froid. Sa respiration est normale. Elle n'a pas fait de convulsions. Sa gorge et ses oreilles sont normales. Elle n'a pas de toux et son cou est normale. Son poids et sa taille sont normaux. Elle a mangé normalement et vous ne trouvez pas les signes de déshydratation.</p>				
(10.08)	<p>En supposant que tous les médicaments nécessaires sont disponibles à la formation sanitaire, et qu'une autre formation sanitaire de référence se trouve à une heure de vous, quelles sont TOUTES les actions que vous allez mener et / ou prescriptions que vous allez donner afin d'assurer un traitement approprié à cet enfant?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER Oui=1 ou Non=2, SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE</p>	1	le référer en urgence vers une formation sanitaire de référence.	<input type="checkbox"/>
		2	Faire le test de dépistage du paludisme	<input type="checkbox"/>
		3	administrer une dose d'antibiotique injectable	<input type="checkbox"/>
		4	donner une dose d'un antibiotique par voie orale	<input type="checkbox"/>
		5	prescrire Amoxicilline ou Cotrimoxazole	<input type="checkbox"/>
		6	injecter une dose de quinine par voie IV (si le test est positif)	<input type="checkbox"/>
		7	prescrire du SRO pour le traitement à domicile	<input type="checkbox"/>
		8	donner une dose de paracétamol	<input type="checkbox"/>
		9	prescrire un antipaludiques (Artesunate Lumefantrine, Artesunate- Amodiaquine)	<input type="checkbox"/>
		10	surveiller étroitement le patient au centre de santé (admission, observation)	<input type="checkbox"/>

CODE UNIQUE:			
Scénario 6			
<p>Je vais vous lire le sixième scénario.-----Mme. BOUEYA a 16 ans. Elle est enceinte de 30 semaines et est venue en consultation prénatale trois fois. Tout était dans les limites normales jusqu'à la dernière visite prénatale il y a 1 semaine. Aujourd'hui, sa pression artérielle est de 130/90 mm Hg. Absence de protéine dans les urines (proteinurie négative). Les bruits du cœur du fœtus sont normaux, le fœtus est actif et la taille de l'utérus est cohérente avec l'âge de la grossesse.</p>			
(10.09)	<p>En consultant Mme BOUEYA à propos des signes alarmants, quels signes lui demanderez-vous d'observer et qui signifieront qu'elle doit aller à la formation sanitaire immédiatement, de jour ou de nuit, <u>sans attendre</u>?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER Oui=1 ou Non=2, SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE</p>	1 saignements vaginaux	<input type="checkbox"/>
		2 convulsions	<input type="checkbox"/>
		3 maux de tête sévères ou troubles de la vision	<input type="checkbox"/>
		4 fièvre et trop faible pour se lever du lit	<input type="checkbox"/>
		5 douleurs abdominales sévères	<input type="checkbox"/>
		6 respiration rapide ou difficile	<input type="checkbox"/>
		7 fièvre (seule)	<input type="checkbox"/>
		8 douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>
		9 se sent malade	<input type="checkbox"/>
		10 face, doigts, pieds enflés	<input type="checkbox"/>
CODE UNIQUE:			
Scénario 7			
<p>Je vais vous lire le septième scénario.-----Mme Farida a eu une deuxième étape prolongée de travail. Son bébé a présenté un état de souffrance fœtale et elle a accouché aux forceps. il est flasque et ne respire pas spontanément à l'accouchement.</p>			
(10.10)	<p>Décrivez 3 principales actions que vous allez entreprendre pour réanimer le bébé pendant qu'il ne respire pas</p> <p>ECRIRE/SAISIR LES TROIS ACTIONS A ENTREPRENDRE SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE</p>	1 Garder le bébé au chaud	<input type="checkbox"/>
		2 Ouvrir les voies d'aération	<input type="checkbox"/>
		3 Positionner la tête de façon à ce qu'elle soit légèrement surélevée	<input type="checkbox"/>
		4 Aspirer d'abord la bouche et ensuite le nez	<input type="checkbox"/>
		5 Ventiler le bébé	<input type="checkbox"/>
		6 Placer un masque pour couvrir le menton, la bouche et le nez (si disponible)	<input type="checkbox"/>
		7 Faire un massage cardiaque	<input type="checkbox"/>
		8 Le référer en urgence vers une formation sanitaire de référence	<input type="checkbox"/>
		9 Donner hydrocortisone	<input type="checkbox"/>
		10 Donner bicarbonate de soude	<input type="checkbox"/>
		11 Autre: Spécifier:	<input type="checkbox"/>

(10.11)	Malheureusement, si après 20 minutes de réanimation, le bébé ne commence pas à respirer ou à haleter qu'allez vous faire? ECRIR/SAISIR LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE	1	Arrêter les tentatives de réanimation (le bébé est décédé)	<input type="checkbox"/>
		2	Expliquer ce qui s'est passé à la mère	<input type="checkbox"/>
		3	Administrer des soins de soutien et réconforter la mère (ex. lui	<input type="checkbox"/>
		4	Enregistrer le cas	<input type="checkbox"/>
		5	Augmenter la fréquence de ventilation et massage cardiaque	<input type="checkbox"/>
		6	Transférer le bébé dans un autre hôpital	<input type="checkbox"/>
		7	Autre: Spécifier:	<input type="checkbox"/>
CODE UNIQUE:				
Scénario 8				
<p>Je vais vous lire le huitième scénario.-----Mme Ouattara est âgée de 39 ans et a donné naissance à une fille, il y a une semaine de cela. Elle a eu cinq grossesses dans sa vie et la fille est son quatrième enfant. Elle vient pour sa première visite post-natale avec la sœur de son bébé qui sont tous les deux en bonne santé. En tenant compte de l'allaitement, Mme Ouattara mentionne qu'elle envisage allaiter son enfant jusqu'à 12 mois. Durant la consultation post-natale, vous devez donner à Mme Ouattara des informations sur les choix en matière de planification familiale. Mme Ouattara est vraiment intéressée de savoir davantage sur les différentes méthodes de planification familiale qui seraient disponibles ou non dans la formation sanitaire. Elle affirme qu'elle et son mari ont décidé de ne plus avoir d'enfant dans l'avenir, mais ils ne sont pas familiers avec les méthodes contraceptives modernes.</p>				
(10.12)	Donner la liste de toutes les méthodes contraceptives modernes que vous voulez suggérer à Mme OUATTARA qu'elle peut commencer à utiliser dès aujourd'hui au regard de sa situation actuelle et baser sur les informations que vous avez obtenues. NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1 ou Non=2</u> , SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE	A.	Contraceptif oral (combinée ou progestatif "Minidril")	<input type="checkbox"/>
		B.	Patch hormonal	<input type="checkbox"/>
		C.	Collier	<input type="checkbox"/>
		D.	Hormone contraceptif injectable (combinée ou progesterone, ex. "DennProvera")	<input type="checkbox"/>
		E.	Implants (ex. Norplant et Jadel)	<input type="checkbox"/>
		F.	Condoms masculins (ex. OK, Prudence)	<input type="checkbox"/>
		G.	Condoms féminins (ex. OK, Prudence)	<input type="checkbox"/>
		H.	Diaphragme	<input type="checkbox"/>
		I.	Ligature des trompes (stérilisation féminine)	<input type="checkbox"/>
		J.	Vasectomie (stérilisation masculine)	<input type="checkbox"/>
		K.	Pas de méthode appropriée / allaitement uniquement	<input type="checkbox"/>
		L.	DIU (Ex. Sterilet)	<input type="checkbox"/>
(10.13)	Lorsque vous informiez Mme OUATTARA sur les méthodes contraceptives modernes, quelles informations spécifiques lui avez-vous donné au regard des caractéristiques de chaque méthode comparée aux autres méthodes dans le but d'aider Mme OUATTARA à prendre une meilleure décision de planning familial ? NE LISEZ PAS LES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1 ou Non=2</u> , SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE	A.	informations sur l'efficacité relative de la méthode (ex: pourcentage de grossesses inattendues au cours de la première année d'utilisation)	<input type="checkbox"/>
		B.	informations sur le mécanisme de fonctionnement des méthodes et comment l'utiliser correctement	<input type="checkbox"/>
		C.	information sur les risques de santé et les bénéfices de chaque méthode	<input type="checkbox"/>
		D.	information sur les possibilités de fécondation après un usage discontinu de la méthode	<input type="checkbox"/>
		E.	information sur la protection contre les IST	<input type="checkbox"/>

(11) Vignettes portant sur les protocoles

J'aimerais à présent m'entretenir avec vous sur certaines situations susceptibles de se présenter à la formation sanitaire. Ces situations peuvent être vrai ou pas pour la formation sanitaire où vous travaillez. Pour chacune des situations, j'aimerais savoir quel genre d'action vous allez entreprendre. Toutes les réponses sont confidentielles. Tout d'abord, j'aimerais qu'on parle des visites prénatales. Je vais lire la situation et ensuite vous demander ce que vous ferez.



Mme MUWUDI, une femme mariée âgée de 26 ans, vient de s'installer dans la localité et vient vous voir pour la première fois. Elle est visiblement enceinte et déclare n'avoir pas encore reçu de soins prénataux pour cette grossesse. Pouvez vous me dire quelles sont les questions que vous allez poser à Mme MUWUDI, et quelles actions allez-vous entreprendre.

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES
(11.01)	Quelles sont les questions que vous allez poser à Mme MUWUDI sur ses grossesses <u>antérieures</u> ? LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER Oui=1 ou Non=2 , SELON LA RÉPONSE DE L'AGENT DE SANTÉ	A	Nombre de gestations	_
		B	Nombre de naissance	_
		C	Nombre d'avortements spontanés / mort-nés / nombre d'avortements provoqués	_
		D	Y a-t-il eu des saignements pendant le dernier travail?	_
		E	Comment est ce que le dernier enfant est-il né? (voies naturelles?cesarienne? Forceps?)	_
		F	Poids a la naissance du dernier enfant	_
		G	Antécédents d'anomalies génétiques	_
		H	Vaccination contre le tétanos?	_
(11.02)	Quelles sont les questions que vous allez poser à Mme MUWUDI sur sa grossesse <u>actuelle</u> ? LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER Oui=1 ou Non=2 , SELON LA RÉPONSE DE L'AGENT DE SANTÉ	A	Date des dernières règles?	_
		B	Avez vous un quelconque problème de sante en ce moment?	_
		C	Sentez vous des contractions?	_
		D	Avez vous des saignements vaginaux?	_
		E	Perte / gain de poids ?	_
		F	Nausée ou vomissement?	_
		G	Prenez vous des médicaments actuellement?	_
		H	Vaccination contre le tétanos?	_

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES	INSCRIRE LES RÉPONSES		
(11.03)	<p>Quelles sont les questions que vous allez poser à Mme MUWUDI sur ses antécédents médicaux ?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1</u> ou <u>Non=2</u> SELON LA RÉPONSE DE L'AGENT DE SANTÉ</p>	A Avez vous un antécédent de HTA?	<input type="checkbox"/>		
		B Antécédent de diabète?	<input type="checkbox"/>		
		C Antécédents d' IST y compris le VIH?	<input type="checkbox"/>		
		D Utilisation de DIU ou contraceptifs?	<input type="checkbox"/>		
		E Frotis Cervico Vaginal Anormal (FCV)?	<input type="checkbox"/>		
		F Maladie cardiaque, du foie, paludisme, goitre?	<input type="checkbox"/>		
		G Antécédents familiaux de maladies héréditaires?	<input type="checkbox"/>		
		H Allergies à un médicaments?	<input type="checkbox"/>		
		I Fumeur actuel ou par le passé?	<input type="checkbox"/>		
		J Antécédent de consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/>		
		K Antécédent de consommation de drogue illicite?	<input type="checkbox"/>		
		L GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RHESUS	<input type="checkbox"/>		
(11.04)	<p>Quels sont les examens physiques que vous allez passer à Mme MUWUDI ?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1</u> ou <u>Non=2</u> SELON LA RÉPONSE DE L'AGENT DE SANTÉ</p>	A TAILLE	<input type="checkbox"/>		
		B POIDS	<input type="checkbox"/>		
		C PRESSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/>		
		D PRISE DE TEMPÉRATURE	<input type="checkbox"/>		
		E AUSCULTATION	<input type="checkbox"/>		
		F PALPER L'ABDOMEN	<input type="checkbox"/>		
		G ÉCOUTER LES BATTEMENTS DE CŒUR DU FŒTUS	<input type="checkbox"/>		
		H EXAMEN PELVIEN	<input type="checkbox"/>		
		I CONTRÔLER LES OEDEMES	<input type="checkbox"/>		
		J MESURER LA TAILLE DE L'UTÉRUS	<input type="checkbox"/>		
		(11.05)	<p>Quel sont les examens de laboratoire que vous ferez faire à Mme MUWUDI ?</p> <p>LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1</u> ou <u>Non=2</u> SELON LA RÉPONSE DE L'AGENT DE SANTÉ</p>	A TEST DE GROSSESSE	<input type="checkbox"/>
				B TEST D'HÉMOGLOBINE	<input type="checkbox"/>
C RECHERCHE DU SUCRE DANS LES URINES (GLYCOSURIE)	<input type="checkbox"/>				
D PROTÉINE DANS L'URINE	<input type="checkbox"/>				
E TEST D'EMMEL	<input type="checkbox"/>				
F NUMÉRATION GLOBULAIRE PLAQUETTAIRE	<input type="checkbox"/>				
G ENZYMES HEPATIQUES	<input type="checkbox"/>				
H URÉE ET CRÉATININE	<input type="checkbox"/>				
I TEST VIH	<input type="checkbox"/>				
J RECHERCHE DES IST - SYPHILLIS	<input type="checkbox"/>				
K ANTICORPS CONTRE LA RUBÉOLE	<input type="checkbox"/>				
L GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RHESUS	<input type="checkbox"/>				

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES		INSCRIRE LES RÉPONSES
(11.06)	Qu'allez-vous <u>prescrire/ donner</u> à Mme MUWUDI, en attendant le résultat des examens ? LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1 ou Non=2</u> SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE	A	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDES	<input type="checkbox"/>
		B	FER / SUPPLÉMENT D'ACIDE FOLIQUE	<input type="checkbox"/>
		C	TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME (fansidar)	<input type="checkbox"/>
		D	MEBENDAZOLE	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
(11.07)	Quels type de <u>conseils</u> allez vous donner à Mme MUWUDI ? LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1 ou Non=2</u> SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE	A	NUTRITION	<input type="checkbox"/>
		B	FER/ SUPPLÉMENT D'ACIDE FOLIQUE	<input type="checkbox"/>
		C	SIGNES ALARMANTS D'APPEL D'URGENCE A L'AIDE	<input type="checkbox"/>
		D	ALLAITEMENT MATERNEL	<input type="checkbox"/>
		E	CONTRACEPTION	<input type="checkbox"/>
		F	Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) DU VIH	<input type="checkbox"/>
		G	UTILISATION D'UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE	<input type="checkbox"/>
(11.08)	Quelle <u>action de suivi</u> allez vous entreprendre pour Mme MUWUDI ? LISEZ CHACUNE DES OPTIONS À HAUTE VOIX. POUR CHAQUE OPTION, MENTIONNER <u>Oui=1 ou Non=2</u> SELON LA REPONSE DE L'AGENT DE SANTE	A	REPLIR UNE CARTE DE CONSULTATIONS PRENATALES	<input type="checkbox"/>
		B	PROGRAMMER UNE AUTRE CONSULTATION PRÉNATALE	<input type="checkbox"/>
		C	PROGRAMMER UN ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

RESULTAT DE L'INTERVIEW

ENTIEREMENT REMPLI	1	<input type="checkbox"/>
PARTIELLEMENT REMPLI	2	
LE RESPONSABLE A REFUSÉ L'ENTREVUE	3	
LE RESPONSABLE EST ABSENT (LE PERSONNEL PRESENT N'EST PAS /	4	
LA FORMATION SANITAIRE EST VIDE (AUCUN MEMBRE DU PERSONNEL	5	
AUTRE, PRÉCISER: _____	6	

Merci de votre disponibilité