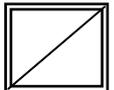


ETUDE POUR LA MISE EN PLACE  
D'UN SYSTEME DE SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES  
SENEGAL – SECTEUR DE LA SANTE -

**QUESTIONNAIRE N°4**  
**PERSONNEL DU CENTRE / POSTE DE SANTÉ**  
**2002**

(2 personnes par Poste de Santé)



**I. IDENTIFICATION DU PERSONNEL DU CENTRE /POSTE DE SANTE**

1. REGION _____	7. TYPE : 1. CENTRE 2. POSTE SANTÉ: _____
2. DEPARTEMENT _____	8. ADRESSE : _____
3. ARRONDISSEMENT _____	9. NOM DU RESPONSABLE DU CENTRE OU POSTE SANTÉ : _____
4. COMMUNE/CR _____	
5. MILIEU (Urbain..1 Rural..2) _____	
6. NOM DU CENTRE OU POSTE SANTÉ: _____	

**II. OPERATIONS**

<b>TERRAIN</b>		CODE																											
1. NOM DE L'ENQUETEUR : _____	_____																												
<b>Visite 1</b>	<b>Visite 2</b>	<b>Visite 3</b>																											
<table border="0"> <tr> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td>j.j</td> <td>mm</td> <td>Code</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Résultat</td> </tr> </table>	____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____	j.j	mm	Code	Résultat			<table border="0"> <tr> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td>j.j</td> <td>mm</td> <td>Code</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Résultat</td> </tr> </table>	____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____	j.j	mm	Code	Résultat			<table border="0"> <tr> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td>j.j</td> <td>mm</td> <td>Code</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Résultat</td> </tr> </table>	____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____	j.j	mm	Code	Résultat		
____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____																											
j.j	mm	Code																											
Résultat																													
____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____																											
j.j	mm	Code																											
Résultat																													
____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____																											
j.j	mm	Code																											
Résultat																													
<b>SAISIE DES DONNÉES</b>		CODE																											
2. NOM DE L'AGENT DE SAISE : _____	_____																												
<table border="0"> <tr> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td>j.j</td> <td>mm</td> </tr> </table>		____ ____ ____	____ ____ ____	j.j	mm																								
____ ____ ____	____ ____ ____																												
j.j	mm																												
<b>SUPERVISION</b>		CODE																											
3. NOM DU SUPERVISEUR : _____	_____																												
<table border="0"> <tr> <td>____ ____ ____ </td> <td>____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td>j.j</td> <td>mm</td> </tr> </table>		____ ____ ____	____ ____ ____	j.j	mm																								
____ ____ ____	____ ____ ____																												
j.j	mm																												

**OBSERVATIONS :**

**Code Résultat :**

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| 1. Questionnaire complète  | 4. Absence prolongée |
| 2. Questionnaire incomplet | 5. Indisponibilité   |
| 3. Absence temporaire      | 6. Refus de répondre |

## Section 1: Informations sur vous, votre formation et votre famille

1.	Quel est votre genre ?	Masculin = 1 Féminin = 2	<input type="checkbox"/>
2.	Quel âge avez-vous ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Quel poste occupez-vous dans ce Poste de Santé ?	Définir les codes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Avez-vous jamais été à l'école ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
5.	Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint, non compris votre formation médicale ?	Analphabétisé = 1 Enseignement Primaire. = 2 Enseignement Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle = 3 Enseignement Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle = 4 Enseignement Technique = 5 Enseignement Technique médicale = 6 Enseignement Supérieur = 7 Autre (préciser) _____ = 8	<input type="checkbox"/>
6.	Avez-vous reçu une formation médicale ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
7.	Combien de mois de formation médicale avez-vous reçus ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Dans quelle école/institut avez-vous reçu cette formation ? (Si formé dans différents lieux, mentionner le lieu où vous avez passé le plus de temps)		
9.	En quelle année avez-vous terminé votre formation médicale ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Quelle qualification avez-vous obtenue ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur de la Santé ?	1. Année	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		2. Mois	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.	Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce Poste de Santé ?	1. Année	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		2. Mois	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Pour quelles raisons êtes-vous devenu un professionnel de la santé ?	Bonnes opportunités d'emploi = 1 Bon salaire = 2 Désir d'aider les gens = 3 Pas le choix/juste comme ça = 4 Autre _____ = 5	<input type="checkbox"/>
14.	Etes-vous né dans ce district ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
15.	Votre famille vit-elle dans ce district ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
16.	Vos parents vivent-ils dans ce district ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>

**Si non**  
→ 6

**Si non**  
→ 11





## Section 2: Informations sur votre travail et votre habitat

### Salaire, autres sources de revenus et biens personnels.

17.	Etes-vous payé par l'Etat ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
18.	Quel est votre salaire mensuel ?		<input type="checkbox"/>
19.	Quel jour du mois êtes-vous censé recevoir votre salaire ?	Définir les codes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20.	Recevez-vous normalement votre salaire ce jour ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
21.	Recevez-vous votre salaire en totalité ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
22.	Avez-vous reçu la totalité de votre salaire sur les 12 derniers mois en 2001 ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
23.	Combien de mois de salaire avez-vous reçus ?		<input type="checkbox"/>
24.	Dans le cas où vous n'avez pas reçu votre salaire en totalité ou que vous avez des mois d'arriérés, avez-vous reçu une compensation subséquente les mois suivants ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
25.	Quel a été le retard maximum que vous avez rencontré dans la perception de votre salaire en 2001 ? (nombre de jours)		<input type="checkbox"/>
26.	Combien recevez-vous, en moyenne, des sources suivantes chaque mois ?		
1.	Subventions de voyage		<input type="checkbox"/>
2.	Bonus du District		<input type="checkbox"/>
3.	Dons en nature (nourriture et médicaments) du Centre de Santé		<input type="checkbox"/>
4.	Don en nature et autres paiements directs des patients		<input type="checkbox"/>
5.	Subventions de ONGs ou de Bailleurs de Fonds		<input type="checkbox"/>
6.	Subventions de la Communauté		<input type="checkbox"/>
7.	Autre _____		<input type="checkbox"/>
10	Total		<input type="checkbox"/>

**Si non**  
→ 26



27.	Vivez-vous dans une maison qui appartient au Centre ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	<b>Si non</b> → 28
28.	Quel montant payez-vous comme loyer ? Mettre 0 si aucun loyer n'est payé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.	Recevez-vous une quelconque de ces gratuités de part votre travail à ce Poste de Santé ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	
1.	Soins de santé gratuits		<input type="checkbox"/>	
2.	Médicaments gratuits		<input type="checkbox"/>	
3.	Nourriture gratuite		<input type="checkbox"/>	
4.	Ecolage gratuit pour les enfants		<input type="checkbox"/>	
5.	Autre (préciser) _____		<input type="checkbox"/>	
30.	Complétez-vous votre revenu par des activités hors du Poste de Santé	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	<b>Si non</b> → 33
31.	Quelle sorte de travail faites-vous en dehors du Poste ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	
1.	Emploi agricole salarié		<input type="checkbox"/>	
2.	Travail dans un Centre de Santé/Clinique privé		<input type="checkbox"/>	
3.	Donne des soins de santé payants hors du Poste		<input type="checkbox"/>	
4.	Ventes de médicaments		<input type="checkbox"/>	
5.	Autre (préciser) _____		<input type="checkbox"/>	
32.	A peu près combien tirez-vous de ces activités hors du Poste de Santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33.	Possédez-vous un champ ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	<b>Si non</b> → 37
34.	A peu près quelle proportion de ce que vous produisez dans votre champ consommez-vous chaque mois ?	Moins de 25% = 1 25 - 50% = 2 50 - 75% = 3 75-100% = 4	<input type="checkbox"/>	
35.	Vendez-vous une partie de votre production ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	<b>Si non</b> → 37
36.	A peu près quel montant tirez-vous de la vente de ces produits chaque mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37.	Un autre membre de votre ménage perçoit-il un salaire quelconque ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	<b>Si non</b> → 39



38.	A peu près combien les autres membres salariés de votre ménage gagnent-ils chaque mois					
39.	Vous ou un membre quelconque de votre ménage possède-t-il de ces biens ?				Oui = 1 Non = 2	
1.	Fer à repasser électrique					
2.	Frigidaire / congélateur					
3.	Télévision					
4.	Lit ou matelas					
5.	Radio					
6.	Montre					
7.	Machine à coudre					
8.	Poêle électrique ou à gaz					
9.	Bicyclette					
10.	Mobylette					
11.	Car/Camionnette					
40.	De quoi sont faits les murs de votre habitat ?	En Banco = 1 En Ciment = 2 En Tuile = 3 En Zinc = 4 En Bambou = 5 Autre = 6				

### Formations et Stages

41.	Avez-vous reçu une formation en 2001 ?	Oui = 1 Non = 2			Si non → 46
42.	Qui a assuré la formation ?	DDS/DPS/Ministère de la Santé = 1 ONG ou Donneur = 2 Autre _____ = 3 NSP = 8			
43.	Où avez-vous reçu cette formation ?	Dans ce Poste = 1 Dans le Centre du District = 2 Dans la capitale régionale = 3 Dans la capitale = 4			
44.	Sur quels thèmes la formation a-t-elle porté ?		Oui = 1 Non = 2		
1.	Vaccination / Gestion de la Chaîne de Froid				
2.	Traitement / Diagnostic des Infections Respiratoires Aiguës				
3.	Traitement / Diagnostic de la Diarrhée				
4.	Traitement / Diagnostic de la malaria				



5.	Nutrition		<input type="checkbox"/>
6.	Soins de la mère/santé maternelle		<input type="checkbox"/>
7.	Planing Familial		<input type="checkbox"/>
8.	Usage et Gestion des Stocks de Médicaments		<input type="checkbox"/>
9.	MSTs ou VIH / SIDA		<input type="checkbox"/>
10.	Autre (préciser) _____		<input type="checkbox"/>
45.	Qui a décidé de cette formation ?	<b>Initiative Propre = 1</b> <b>Chef de Département/section = 2</b> <b>Gestionnaire du Centre = 3</b> <b>DDS = 4</b> <b>DPS = 5</b> <b>ONG = 6</b> <b>Autre _____ = 7</b> <b>DK = 9</b>	<input type="checkbox"/>

### Perceptions et morale

46.	Selon vous, quelle partie de votre potentiel productif utilisez-vous en travaillant dans ce Poste de Santé ?	<b>Moins de 25% = 1</b> <b>25 – 50% = 2</b> <b>50 - 75% = 3</b> <b>75-100% = 4</b>	<input type="checkbox"/>
47.	Quelles sont les raisons les plus importantes qui vous empêchent d'utiliser au maximum votre potentiel productif ?	<b>Très important = 1</b> <b>Important = 2</b> <b>Peu d'importance = 3</b> <b>Sans importance = 4</b>	
1.	Je n'aime pas mon environnement de travail (autre collègue gestionnaire, etc.)		<input type="checkbox"/>
2.	Ne m'entends pas avec les gens de la Communauté		<input type="checkbox"/>
3.	Travail d'équipe inexistant ou mal coordonné		<input type="checkbox"/>
4.	Dispute fréquente entre le personnel / mauvaise atmosphère au travail		<input type="checkbox"/>
5.	Manque de morale de la part des autres collègues et mauvais traitement des malades		<input type="checkbox"/>
6.	Manque d'outils de travail / outils en mauvais état		<input type="checkbox"/>
7.	Nombre de patients trop élevé		<input type="checkbox"/>
8.	Habitat délabré		<input type="checkbox"/>
9.	Vivre près de la famille et des amis		<input type="checkbox"/>
10.	Manque d'opportunités et de perspectives de carrière dans le secteur médical		<input type="checkbox"/>
11.	Désir d'avoir de meilleures opportunités de gagner de l'argent		<input type="checkbox"/>
12.	Désir d'avoir de meilleures opportunités de formations		<input type="checkbox"/>
13.	Veux vivre près des villes et des cités		<input type="checkbox"/>
14.	Autre (préciser) _____		<input type="checkbox"/>



48.	Comment vous sentez-vous en travaillant dans ce Poste de Santé ?	Très content = 1	_
		Content = 2	
49.	Si vous le pouvez-vous, seriez-vous parti travailler dans un autre Poste ?	Indifférent = 3	_
		Mécontent = 4	
50.	Quelles sont les raisons les plus importantes qui motivent votre envie de partir ?	Très mécontent = 5	_
		Oui = 1	
1.	Je n'aime pas mon environnement de travail (autre collègue gestionnaire, etc.)	Non = 2	_
		Très important = 1	
2.	Ne m'entends pas avec les gens de la Communauté	Important = 2	_
		Peu d'importance = 3	
3.	Travail d'équipe inexistant ou mal coordonné	Sans importance = 4	_
4.	Dispute fréquente entre le personnel / mauvaise atmosphère au travail		_
5.	Manque de services (écoles, eau, etc.)		_
6.	Manque de morale de la part des autres collègues et mauvais traitement des malades		_
7.	Habitat délabré		_
8.	Vivre près de la famille et des amis		_
9.	Désir d'avoir de meilleures opportunités de gagner de l'argent		_
10.	Désir d'avoir de meilleures opportunités de recevoir des formations		_
11.	Veux vivre près des villes et des cités		_
12.	Autre (préciser) _____		_



**Supervision, évaluation de la performance et audit**

51.	Votre performance a-t-elle été évaluée par le gestionnaire du Poste de Santé ?	Oui = 1 Non = 2	_ _
52.	Quelle est la dernière fois où votre performance a été évaluée ?	_ _ / _ _ / _ _  jj mm aa	
53.	Sous quelle forme cette évaluation a-t-elle été menée ?	Contrôle des connaissances médicales = 1 Evaluation de la performance au travail (temps/nombre de patients soignés, qualités des soins) = 2 Autre = 3	_ _
54.	Quelle a été le résultat de cette évaluation ?	_____	_ _ _
55.	Quelle en a été l'issue ?	Sanctions/Pénalités = 1 Primes/Récompenses = 2 Remontrances = 3 Formation supplémentaire A prendre = 4 Autre = 5	_ _
56.	Pensez-vous que cette évaluation du personnel par le gestionnaire contribue à améliorer l'efficacité du Poste et la qualité des soins offerts ?	Oui = 1 Non = 2	_ _
57.	Votre performance a-t-elle été évaluée par un membre du DDS ?	Oui = 1 Non = 2	_ _
58.	Quelle est la dernière fois où votre performance a été évaluée ?	_ _ / _ _ / _ _  jj mm aa	
59.	Sous quelle forme cette évaluation a-t-elle été menée ?	Contrôle des connaissances médicales = 1 Evaluation de la performance au travail (temps/nombre de patients soignés, qualités des soins) = 2 Autre (préciser) = 3	_ _



60.	Quel a été le résultat de cette évaluation ?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61.	Quelle en a été l'issue ?	Sanctions/ Pénalité = 1 Primes/ Récompenses = 2 Remontrances = 3 Formation supplémentaire à prendre = 4 Autre = 5	<input type="checkbox"/>
62.	Pensez-vous que cette évaluation du personnel par la DDS contribue à améliorer l'efficacité du Centre et la qualité des soins offerts ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
63.	Les agents du Poste de Santé sont-ils capables d'influencer les conclusions des superviseurs ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
64.	Y a-t-il un syndicat ou une association personnel médicale au sein du Poste de Santé ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
65.	Ce syndicat : cette association est-il capable d'influencer les décisions (de tout genre) du Gestionnaire et des organismes de tutelles ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
66.	Quelles questions posez-vous quand un patient se plaint d'une maladie ?	Demander d'après les symptômes présents = 1 Demander d'après la durée des symptômes = 2 Demander d'après les Eventuels traitements = 3 Autre (préciser) = 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
67.	Procédez-vous à un examen physique des patients en leur demandant par exemple de se déshabiller ou de montrer le torse ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>

68.	Sur quel type de diagnostic basez-vous votre examen du patient ?		Oui = 1 Non = 2		
		Diagnostic étiologique		<input type="checkbox"/>	
		Diagnostic Syndromique		<input type="checkbox"/>	
		Autre		<input type="checkbox"/>	
69.	Ets-vous tenu de respecter un protocole de traitement ?	Oui = 1 Non = 2		<input type="checkbox"/>	
70.	Avez-vous l'habitude de référer les malades les plus atteints vers un autre Centre médicale plus compétent ?	Oui = 1 Non = 2		<input type="checkbox"/>	<b>Si non → 72</b>
71.	Quel est ce Centre médicale de référence ?			<input type="checkbox"/>	
72.	Selon votre expérience, quel est le premier choix dans les traitements que vous prescrivez pour les maladies suivantes :	1. Paludisme ; 2. diarrhée 3. IRA ; 4. MSTs/VIH-SIDA 5. Contraception 6. Autre		<input type="checkbox"/>	
73.	Donnez-vous une spéciale éducation/ des conseils à vos malades ?	Oui = 1 Non = 2		<input type="checkbox"/>	<b>Si non FIN Ques</b>
74.	Quels conseils ?		Oui = 1 Non = 2		
1.	Prendre correctement leurs médicaments			<input type="checkbox"/>	
2.	Hygiène			<input type="checkbox"/>	
3.	Conseiller aux autres membres de la famille de se faire soigner pour toute maladie grave/chronique			<input type="checkbox"/>	
4.	Contraception et planing familial			<input type="checkbox"/>	
5.	Santé maternelle et infantile			<input type="checkbox"/>	
6.	Autre (préciser)			<input type="checkbox"/>	

## FIN DU QUESTIONNAIRE

