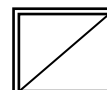


ETUDE POUR LA MISE EN PLACE
D'UN SYSTEME DE SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES
SENEGAL – SECTEUR DE LA SANTE -

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 _____	
4. COMMUNE/CR _____	9. NOM DU RESPONSABLE DU CENTRE OU POSTE SANTÉ : _____
5. MILIEU (Urbain..1 Rural..2) _____	
6. NOM DU CENTRE OU POSTE SANTÉ: _____	

II. OPERATIONS

TERRAIN		CODE
1. NOM DE L'ENQUETEUR : _____	_____	
Visite 1	Visite 2	Visite 3
_____ j.j mm Code Résultat	_____ j.j mm Code Résultat	_____ j.j mm Code Résultat
SAISIE DES DONNÉES		CODE
2. NOM DE L'AGENT DE SAISE : _____	_____	
_____ j.j mm		
SUPERVISION		CODE
3. NOM DU SUPERVISEUR : _____	_____	
_____ 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="text"/>	
2.	Quel âge avez-vous ?		<input type="text"/>	
3.	Quel poste occupez-vous dans ce Poste de Santé ?	Définir les codes	<input type="text"/>	
4.	Avez-vous jamais été à l'école ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	Si non → 6
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 ^{er} cycle = 3 Enseignement Secondaire 2 ^e cycle = 4 Enseignement Technique = 5 Enseignement Technique médicale = 6 Enseignement Supérieur = 7 Autre (préciser) _____ = 8	<input type="text"/>	
6.	Avez-vous reçu une formation médicale ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	Si non → 11
7.	Combien de mois de formation médicale avez-vous reçus ?		<input type="text"/>	
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="text"/>	
10.	Quelle qualification avez-vous obtenue ?		<input type="text"/>	
11.	Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur de la Santé ?	1. Année 2. Mois	<input type="text"/>	
12.	Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce Poste de Santé ?	1. Année 2. Mois	<input type="text"/>	
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="text"/>	
14.	Etes-vous né dans ce district ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	
15.	Votre famille vit-elle dans ce district ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	
16.	Vos parents vivent-ils dans ce district ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	





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

Si non
→ 26

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

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

Formations et Stages

41.	Avez-vous reçu une formation en 2001 ?		Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	Si non → 46
42.	Qui a assuré la formation ?	DDS/DPS/Ministère de la Santé = 1 ONG ou Donneur = 2 Autre _____ = 3 NSP = 8	<input type="text"/>		
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	<input type="text"/>		
44.	Sur quels thèmes la formation a-t-elle porté ?		Oui = 1 Non = 2		
1.	Vaccination / Gestion de la Chaîne de Froid		<input type="text"/>		
2.	Traitement / Diagnostic des Infections Respiratoires Aiguës		<input type="text"/>		
3.	Traitement / Diagnostic de la Diarrhée		<input type="text"/>		
4.	Traitement / Diagnostic de la malaria		<input type="text"/>		

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

Perceptions et morale

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

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

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
61.	Quelle en a été l'issue ?	Sanctions/ Pénalité = 1 Primes/ Récompenses = 2 Remontrances = 3 Formation supplémentaire à prendre = 4 Autre = 5	<input type="text"/>
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="text"/>
63.	Les agents du Poste de Santé sont-ils capables d'influencer les conclusions des superviseurs ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
64.	Y a-t-il un syndicat ou une association personnel médicale au sein du Poste de Santé ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
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="text"/>
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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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="text"/>

68.	Sur quel type de diagnostic basez-vous votre examen du patient ?		Oui = 1 Non = 2	
		Diagnostic étiologique		
		Diagnostic Syndromique		
		Autre		
69.	Ets-vous tenu de respecter un protocole de traitement ?	Oui = 1 Non = 2		
70.	Avez-vous l'habitude de référer les malades les plus atteints vers un autre Centre médicale plus compétent ?	Oui = 1 Non = 2		Si non → 72
71.	Quel est ce Centre médicale de référence ?			
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		
73.	Donnez-vous une spéciale éducation/ des conseils à vos malades ?	Oui = 1 Non = 2		Si non FIN Ques
74.	Quels conseils ?		Oui = 1 Non = 2	
1.	Prendre correctement leurs médicaments			
2.	Hygiène			
3.	Conseiller aux autres membres de la famille de se faire soigner pour toute maladie grave/chronique			
4.	Contraception et planing familial			
5.	Santé maternelle et infantile			
6.	Autre (préciser)			

FIN DU QUESTIONNAIRE

