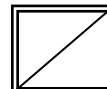


ETUDE POUR LA MISE EN PLACE
D'UN SYSTEME DE SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES
SENEGAL – SECTEUR DE LA SANTE -

QUESTIONNAIRE N°2
CENTRE / POSTE DE SANTÉ

2002



IDENTIFICATION 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

TERRAIN		CODE																		
1. NOM DE L'ENQUETEUR : _____	_____																			
Visite 1	Visite 2	Visite 3																		
<table border="1"> <tr> <td>____ ____ / ____ </td> <td>____ </td> </tr> <tr> <td>j.j mm</td> <td>Code</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Résultat</td> </tr> </table>	____ ____ / ____	____	j.j mm	Code	Résultat		<table border="1"> <tr> <td>____ ____ / ____ </td> <td>____ </td> </tr> <tr> <td>j.j mm</td> <td>Code</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Résultat</td> </tr> </table>	____ ____ / ____	____	j.j mm	Code	Résultat		<table border="1"> <tr> <td>____ ____ / ____ </td> <td>____ </td> </tr> <tr> <td>j.j mm</td> <td>Code</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Résultat</td> </tr> </table>	____ ____ / ____	____	j.j mm	Code	Résultat	
____ ____ / ____	____																			
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 : _____	_____																			
<table border="1"> <tr> <td>____ ____ / ____ </td> <td></td> </tr> <tr> <td>j.j mm</td> <td></td> </tr> </table>		____ ____ / ____		j.j mm																
____ ____ / ____																				
j.j mm																				
SUPERVISION		CODE																		
1. NOM DU SUPERVISEUR : _____	_____																			
<table border="1"> <tr> <td>____ ____ / ____ </td> <td></td> </tr> <tr> <td>j.j mm</td> <td></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: Caractéristiques du Centre/Poste de Santé et de son Environnement opérationnel.

Vérifier que le répondant est bien le Responsable du Centre/Poste de Santé. Ne pas commencer l'interview si le Responsable n'est pas présent.

Bâtiments et Infrastructures.

1	Nombre de lits pour les malades	_ _
2	Nombre de lits pour les femmes enceintes	_ _
3	Nombre de logements disponibles pour le personnel du Centre/Poste de Santé	_ _

4	Le Centre/Poste de Santé a-t-il accès à l'eau potable ?	Oui = 1 Non = 2	_	Si non → 8
5	Quelle en est la source?	Pompe/ eau de robinet = 1 Eau de puits protégée = 2 Eau de puits non protégée = 3 Rivière/ lac/ Marigot = 4 Autre _____ = 5	_	
6	Temps pour atteindre la source d'eau?	Minutes (0 si dans le Centre/Poste)	_ _	
7	Disponibilité de la source d'eau?	Toujours = 1 La plupart du Temps = 2 Parfois = 3 Rarement = 4 Autre _____ = 5	_	

8	Le Centre/Poste de Santé dispose-t-il de l'électricité?	Oui = 1 Non = 2	_	Si non → 10
9	Disponibilité de l'électricité?	Toujours = 1 La plupart du temps = 2 Parfois = 3 Rarement = 4 Jamais = 5	_	
10	De quel système d'évacuation des déchets dispose le Centre/Poste?	Brûles dans un incinérateur = 1 Brûles dans un trou = 2 Enterrée dans un trou = 3 Jetés à l'air libre = 4 Autre _____ = 5	_	



11	Ce Centre/Poste de Santé possède - t-il une pharmacie (c'est à dire vend-il ou donne-t-il des médicaments) ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
----	--	--------------------	--------------------------

12	Le Centre/Poste de Santé dispose-t-il d'un quelconque moyen de transport?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si non → 15
----	---	--------------------	--------------------------	------------------------

13	De quel type de moyen de transport le Centre/Poste dispose-t-il?		Oui = 1 Non = 2
		Bicyclette	<input type="checkbox"/>
		Motocyclette	<input type="checkbox"/>
		Véhicule	<input type="checkbox"/>
		Ambulance	<input type="checkbox"/>
Autre _____		<input type="checkbox"/>	

14	Quel est le degré d'accès du Centre/Poste a ces moyens de transport?	Permanent - Propriété du Centre/Poste de Santé = 1 Accès quand le besoin se fait sentir = 2 Usage en cas d'urgence seulement = 3 Autre _____ = 4	<input type="checkbox"/>
----	--	---	--------------------------

15	Le Centre/Poste de Santé dispose-t-il de téléphone?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si non → 17
----	---	--------------------	--------------------------	------------------------

16	Disponibilité d'un contact téléphonique avec le DDS et les autres organes de tutelle.	Toujours = 1	<input type="checkbox"/>
		La plupart du temps = 2	
		Parfois = 3	
		Rarement = 4	
		Autre _____ = 5	

17	Le Centre/Poste de Santé dispose - t-il d'un poste -radio pour communiquer avec le DDS et les autres organes de tutelle?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si non → 19
----	--	--------------------	--------------------------	------------------------

18	Disponibilité d'un contact radiophonique avec la DDS et les autres organes de tutelle.	Toujours = 1	<input type="checkbox"/>
		La plupart du temps = 2	
		Parfois = 3	
		Rarement = 4	
		Jamais = 5	



Contexte opérationnel

19	Quelle est la durée du trajet pour se rendre en automobile à la capitale de la région ?	Saison sèche	Heures	_ _
		Saison pluvieuse		_ _
20	Quelle est la durée du trajet pour se rendre en automobile au DDS?	Saison sèche	Heures	_ _
		Saison pluvieuse		_ _
21	Quelle est la durée du trajet pour se rendre à pied à la plus proche école primaire?		Heures	_ _
22	Quelle est la durée du trajet pour se rendre à pied au plus proche marché?		Heures	_ _

23	Ou transférez/ référez-vous les cas graves, compliqués ou urgents?	HC de haut niveau (National)	= 1	_
		Hôpital départemental	= 2	
		Hôpital Général ou régional	= 3	
		Autre _____	= 4	
24	Quelle est la durée du trajet pour se rendre en automobile au Centre/Poste de Santé de référence?	Saison sèche	Heures	_ _
		Saison pluvieuse		_ _

25	Sources alternatives de soins dans un rayon de 2 heures de marche (au-delà de 3h, classer par durée du voyage) (2 heures de marche = 30 Km/s)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Nom de la structure de Santé	Type	Agence de tutelle	Durée du trajet (à pied)
		Poste de Santé = 1 Centre de Santé = 2 Pharmacie = 3 Maternité = 4 Autres (à préciser) = 5	Gouvernement = 1 NGO/Organisme Religieux = 2 A but lucratif = 3	Heures
1.	_____	_ _	_ _	_ _ _
2.	_____	_ _	_ _	_ _ _
3.	_____	_ _	_ _	_ _ _

26	Quelle est approximativement la population polarisée par le Centre/Poste de Santé?	_ _ _ _ _ _ _
----	--	---------------



Heures d'Ouverture et Services Offerts.

27	Pendant combien de jours dans la semaine le Centre/Poste de Santé est-il ouvert?			__ __
28	Quelles sont les horaires d'ouverture du Centre/Poste?			
		(1)	(2)	(3)
		Heure d'Ouverture	Heure de Fermeture	Dernière Heure pour l'arrivée des patients
1.	Jours ouvrables	__ __ h __ __ mn	__ __ h __ __ mn	__ __ h __ __ mn
2.	Samedi	__ __ h __ __ mn	__ __ h __ __ mn	__ __ h __ __ mn
3.	Dimanche	__ __ h __ __ mn	__ __ h __ __ mn	__ __ h __ __ mn
29	Y a-t-il un membre de ce Centre/Poste qui travaille hors de ce Centre/Poste pendant les heures d'ouverture?		Oui, 24 heures par jour = 1 Oui parfois = 2 Non en général = 3	__ __
30	Lesquels parmi les services suivants sont offerts dans ce Centre/Poste de Santé?			Oui = 1 Non = 2
1.	Premiers secours et soins d'urgence			__ __
2.	Soins curatifs des Enfants			__ __
3.	Soins curatifs des Adultes			__ __
4.	Soins Pré -natals			__ __
5.	Soins Post-natals			__ __
6.	Accouchements			__ __
	Planning Familial /contraceptifs			
7.	Contraceptifs Oraux			__ __
8.	DUI ⁽¹⁾			__ __
9.	Contraceptifs Injectables			__ __
10.	NORPLANT			__ __
11.	Stérilisation pour Hommes			__ __
12.	Services de MSTs			__ __
13.	Immunisation des Enfants			__ __
14.	Immunisation des Femmes Enceintes			__ __
15.	I.E.C ⁽²⁾			__ __
16.	Activités hors du Centre/Poste de Santé			__ __
	Services de Laboratoire			
17.	Test de Paludisme			__ __
18.	Sputum examination			__ __
19.	Feces examination			__ __
20.	Test de Grossesse			__ __

NB : (1) Voir explication dans les annexes du guide et manuel d'instructions de l'enquêteur

(2) Voir signification dans les annexes du guide et manuel d'instructions



21.	Test de sang pour anémie	<input type="checkbox"/>
22.	Test d'Hépatite B	<input type="checkbox"/>
23.	Test de HIV	<input type="checkbox"/>
24.	Test de Syphilis	<input type="checkbox"/>
25.	Test de Gonorrhée	<input type="checkbox"/>
26.	Hospitalisation	<input type="checkbox"/>
27.	Santé Environnementale (Hygiène, promotion & inspection, contrôle de la qualité de l'eau)	<input type="checkbox"/>

Identification des Problèmes

31	Quelles sont les contraintes qui empêchent l'amélioration de la qualité des soins?	Très important = 1 Important = 2 Peu d'importance = 3 Sans importance = 4
1.	Manque de médicaments	<input type="checkbox"/>
2.	Manque d'autres produits/ matériels	<input type="checkbox"/>
3.	Manque de personnel qualifié	<input type="checkbox"/>
4.	Manque d'eau potable	<input type="checkbox"/>
5.	Manque d'électricité	<input type="checkbox"/>
6.	Manque de coordination dans le travail d'équipe du personnel	<input type="checkbox"/>
7.	Manque de moyens financiers	<input type="checkbox"/>
8.	Manque de suivi du protocole et du système de référence	<input type="checkbox"/>
9.	Lourdeur administrative	<input type="checkbox"/>
10.	Trop lourde supervision de la part du DEO ⁽¹⁾ et des organes de tutelles	<input type="checkbox"/>
11.	Démotivation et manque de morale de la part du personnel	<input type="checkbox"/>
12.	Les malades ne suivent pas les prescriptions à la lettre ou arrivent à un stade avancé de leur maladie	<input type="checkbox"/>
13.	Autre _____	<input type="checkbox"/>

NB : (1) Voir signification dans les annexes du guide et manuel d'instructions de l'enquêteur

Section 2 : Paiement pour les prestations des services rendus.

32		Combien a été payé pour :			
		(1)	(2)	(3)	(4)
		Les patients paient-ils pour ce service?	Frais à payer normalement	Les prix des médicaments prescrits sont-ils inclus dans ces frais?	Les frais des visites suivantes sont-ils inclus dans ce prix?
		Oui = 1 Non = 2		Oui = 1 Non = 2	Oui = 1 Non = 2
1.	Consultations des Enfants	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
2.	Consultations des Adultes	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
3.	Consultations Pré -natales	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
4.	Consultations Post-natales	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
5.	Accouchements	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
6.	Visites de Planning Familial	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
7.	Consultations pour MSTs	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
8.	Immunisations des Enfants	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
9.	Tests de Laboratoire	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
10.	Hospitalisation	_	_ _ _ _ _ _ _	_	_
20.	Total		_ _ _ _ _ _ _		

33	Quels sont les groupes et services de soins qui sont exempts de paiement?	Frais de Consultation.	Médicaments
		Oui = 1 Non = 2	Oui = 1 Non = 2
	Les groupes suivants:		
1.	Les vieux	_	_
2.	Les cas sociaux (très pauvres)	_	_
3.	Le personnel du Centre/Poste	_	_
4.	Les relations du personnel du Centre/Poste	_	_
5.	Les Officiels du District ou du poste administratif	_	_
6.	Les relations des Officiels	_	_
7.	Les membres du Comité de Gestion du Centre/Poste	_	_
8.	Les gravement malades	_	_
9.	Autre _____	_	_



	Les services suivants:	Frais de Consultation.		Médicaments	
		Oui = 1	Non = 2	Oui = 1	Non = 2
1.	Tuberculose	_	_	_	_
2.	Paludisme	_	_	_	_
3.	Infections respiratoires aiguës	_	_	_	_
4.	Diarrhée infantile	_	_	_	_
5.	Soins Pré-natals	_	_	_	_
6.	Soins Post-natals	_	_	_	_
7.	Accouchements	_	_	_	_
8.	Autre (à préciser) _____	_	_	_	_

34	Pour chaque 100 patients, combien ne paient pas de frais de consultation?	_	_	_
35	Pour chaque 100 patients, combien ne paient pas de frais de médicaments?	_	_	_



Section 3: Ressources Humaines.

36	Combien d'agents de santé de ce Centre/Poste ont été sanctionnés?	Ne sais pas = 98	
37	Combien d'agents de santé sont employés dans ce Centre/Poste?		
38	Combien parmi eux sont payés par le District?		
39	Combien d'agents de santé ont été recrutés ou transférés à ce Centre/Poste au cours de l'année 2001?		
40	Combien d'agents ont été renvoyés en 2001?		
41	Combien d'agents de santé de ce Centre/Poste ont pris leur retraite au cours de l'année 2001?		
42	Combien d'agents de ce Centre/Poste ont été transférés ou affectés dans d'autres Centre/Postes ou ont démissionné en 2001?		

Remplir le tableau du Personnel en utilisant les codes ci-dessous. Comparer avec la liste du Personnel fourni par le DDS et s'informer sur les agents manquants ou en surplus.

Genre	
Masculin	= 1
Féminin	= 2
Catégorie de Personnel	
Médical	= 1
Technique	= 2
Agent	= 3
Infirmier général/ spécialisé	= 4
Infirmier d'état	= 5
Infirmier élémentaire	= 6
Infirmier SMI	= 7
Servant	= 8
APE	= 9
Matrone	= 10
Autre agent non technique	= 11
Sage femme d'état	= 12
Fonctions de base	
Soins préventifs	= 1
Soins curatifs	= 2
Administratif	= 3
Autres tâches non médicales	= 4
Autres tâches médicales	= 5

Raison de l'absence	
Malade	= 1
En stage/ formation	= 2
Fonction Officielle	= 3
Départ approuvé	= 4
Départ non approuvé	= 5
Autre (spécifier)	= 6
Ne sais pas	= 7
Source	
District	= 1
NGO/organisme religieux	= 2
Communauté	= 3
Revenus des frais des usagers	= 4
Administration	= 5
Commune	= 6
Autre (spécifier)	= 7



43 Personnel de santé										
N° ordre	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	
	Nom de l'agent	Genre	Catégorie de l'agent	Fonction de base	Présent	Raison de l'absence	Salaire mensuel	Autres rémunérations	Source	
	Surnom, Initiales	Masculin Féminin	Voir code	Voir code	Oui = 1	Voir code			Voir code	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
40.	Total									



Section 4A: Inputs – Equipements et Matériels

44	Disponibilité du matériel et de l'équipement	Observé = 1	Reporté = 2	Nombre en bon état de marche
		Non disponible= 3		
		(1)		(2)
Général				
1.	Générateur	_		_ _
2.	Stérilisateur / autoclave	_		_ _
3.	Bassin/ table pour se laver les mains	_		_ _
4.	Nécessaire pour se laver les mains (savon et serviettes)	_		_ _
5.	Source de lumière (projecteur et stroboscope) pour les examens	_		_ _
6.	Tensiomètre	_		_ _
7.	Stéthoscope	_		_ _
8.	Poids à bascule/ balance de pesée	_		_ _
9.	Appareil de mesure de taille	_		_ _
10.	Thermomètre	_		_ _
11.	Plateaux	_		_ _
12.	Ciseaux	_		_ _
13.	Scalpels	_		_ _
14.	Microscopes	_		_ _
Consultations des Enfants				
15.	Basculer pour bébés	_		_ _
16.	Basculer pour enfants	_		_ _
Planning familial et santé maternelle				
17.	Tables et outils pour les examens gynécologiques	_		_ _
18.	Forceps	_		_ _
Matériel de laboratoire				
19.	Microscope	_		_ _
20.	Urinomètre et kits de tests d'urine	_		_ _
21.	Hémoglobinomètre , pipette et tube de mesure	_		_ _
Vaccinations				
22.	Réfrigérateur	_		_ _
23.	Glacières	_		_ _
24.	Trousses et glacières pour équipes mobiles	_		_ _
25.	Autre	_		_ _

40.	Total	_ _ _ _ _
-----	-------	-----------

45	Le Centre/Poste de Santé a-t-il demandé des équipements de la DDS durant les trois derniers mois? Spécifier les équipements	Oui = 1	_ _	Si non → 51
		Non = 2		

	1. _____	_ _	
	2. _____	_ _	
	3. _____	_ _	
46	Date de soumission de la dernière requête approuvée	jj/mm/aa Pas d'enregistrement= 99	_ _ / _ _ / _ _ jj mm aa
47	Combien de jours se sont écoulés avant que la requête ne soit approuvée?		_ _
48	Ce délai est-il normal?	Plus court que d'habitude = 1 Normal = 2 Plus long que d'habitude = 3 Ne sais pas = 8	_
49	La requête a-t-elle été entièrement satisfaite?	25% = 1 50% = 2 75% = 3 En totalité= 4	_
50	Y a-t-il des dispositions pour la maintenance?	Oui = 1 Non = 2	_



Section 4B: Inputs – Consommables

51	Disponibilité des consommables	Observé = 1 Reporté = 2 Non disponible = 3	Total utilisé	Unités	Nombre de semaines de rupture de stock durant les trois derniers mois (2002)
	Consommables médicaux	(1)	(2)	Définir	(4)
1.	Antiseptiques (betadine ou alcool)	_	_ _		_
2.	Antiseptiques (désinfectants) pour la peau	_	_ _		_
3.	Gants stériles	_	_ _		_
4.	Bandages	_	_ _		_
5.	Bdage en platre	_	_ _		_
6.	Aiguilles jetables	_	_ _		_
7.	Seringues	_	_ _		_
	Matériel de Suture				
8.	1. Agrafe	_	_ _		_
	2. Fils	_	_ _		_
9.	Paludisme	_	_ _		_
10.	Solution de Benedict	_	_ _		_
11.	Tests de grossesse (kits)	_	_ _		_
	Consommables non médicaux				
1.	Fuel pour générateur	_	_ _		_
2.	Fuel pour véhicules	_	_ _		_
3.	Kerozène pour frigidaire	_	_ _		_
4.	Matériel de nettoyage	_	_ _		_
5.	Autre	_	_ _		_
20.	Total		_ _ _ _		_ _ _

NB : (1) Voir signification dans les annexes du guide et manuel d'instructions de l'enquêteur

52	Le Centre/Poste de Santé a-t-il demandé d'autres consommables du DDS durant les trois derniers mois? Spécifier les autres consommables	Oui = 1 Non = 2	_ _
	1. _____ 2. _____ 3. _____		_ _ _ _ _ _
53	Date de soumission de la dernière requête approuvée	<i>jj/mm/aa</i> Pas d'enregistrement = 99	_ _ / _ _ / _ _ jj mm aa
54	Combien de jours se sont écoulés avant que la requête ne soit approuvée? (médicaments reçus à la pharmacie du DDS)		_ _
55	Ce délai est-il normal?	Plus court que d'habitude = 1 Normal = 2 Plus long que d'habitude = 3 Ne sais pas = 8	_ _
56	La requête a-t-elle été entièrement satisfaite?	25% = 1 50% = 2 75% = 3 En totalité = 4	_ _

Si non
→ 57



Section 4C: Inputs – Médicaments et Vaccins

57	Nombre de kits de médicaments reçus en 2001 <i>Déterminer la période appropriée</i>						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Mois reçu	Jour reçu	A⁽¹⁾	B⁽¹⁾	C⁽¹⁾	Les kits étaient - ils ouverts?	Les kits étaient -ils complets
	1 à 12	1 à 31	Nombre			Oui = 1 Non = 2	Oui = 1 Non = 2

1.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
2.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
3.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
4.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
5.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
6.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
7.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
8.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
9.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
10.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
11.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
12.	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_
20.	Total		_ _ _	_ _ _	_ _ _		

NB : (1) Voir signification dans les annexes du guide et manuel d'instructions de l'enquêteur

58	Nombre de vaccins reçus en 2001 <i>Déterminer la période appropriée</i>						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Mois reçu	Jour reçu	BCG	DTCP	Polio	Fièvre jaune	Tétanos
	1 à 12	1 à 31	Nombre				

1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
20.	Total						



Disponibilité des médicaments	
Observé	= 1
Reporté	= 2
Non disponible	= 3

59	Médicaments	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		Disponibilité du médicament	Total utilisé (Mars)	Unités	Nombre de semaines de rupture de stock durant les trois derniers mois	Prix chargés	Unités
	Liste à définir ; exemple:	voir code		Définir			Définir
1.	ORS ⁽¹⁾						
2.	Cotrimoxazole (tablettes.)						
3.	Procaine pénicilline injectable						
4.	Chloroquine (tablettes.)						
5.	Sel ferreux						
6.	Acide Folique (tablettes.)						
7.	Mebendazole (tablettes.)						
8.	Tétracycline (onguent pour yeux)						
9.	Désinfectant de peau						
10.	Aspirine ou paracétamol						
11.	...						
20.	Total						

NB : (1) Voir signification dans les annexes du guide et manuel d'instructions de l'enquêteur

60	Vaccins utilisés & stocks	(1)	(2)	(3)	(4)
		Disponibilité du vaccin	Total utilisé	Unités	Nombre de semaines de rupture de stock durant les trois derniers mois
		<i>voir code</i>		Définir	
1.	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
2.	DTCP	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
3.	Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
4.	Fièvre jaune	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
5.	Tétanos	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
6.		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
7.		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
8.		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

10	Total	<input type="text"/>		<input type="text"/>
----	-------	----------------------	--	----------------------

61	A votre avis, les médicaments sont-ils appropriés au profil épidémiologique de votre Communauté?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	Si oui → 66
62	Y a-t-il des médicaments en trop dans les kits que vous recevez?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	Si non → 64
63	Quels médicaments?	1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
64	Y a-t-il des médicaments en moins dans les kits que vous recevez?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>	Si non → 66
65	Quels médicaments?	1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



66	Le Centre/Poste de Santé reçoit -il souvent des médicaments non emballés dans des kits du DDS?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
67	Le Centre/Poste de Santé reçoit -il souvent des médicaments d'autres sources?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
68	Quelles sources?	ONG/Org Religieux/ Donneur = 1 Achats propres = 2 Autre _____ = 3	<input type="checkbox"/>

Si non
→ 69

69	Le Centre/Poste de Santé a-t-il demandé des médicaments du DDS les trois derniers mois? Médicaments à spécifier.	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
----	--	--------------------	--------------------------

Si non
→ 74

	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
70	Date de soumission de la dernière requête approuvée Pas d'enregistrement = 99	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> jj mm aa
71	Combien de jours se sont écoulés avant que la requête ne soit approuvée? (médicaments reçus à la pharmacie du DDS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
72	Ce délai est-il normal?	Plus court que d'habitude = 1 Normal = 2 Plus long que d'habitude = 3 Ne sais pas = 8
73	La requête a-t-elle été entièrement satisfaite?	25% = 1 50% = 2 75% = 3 En totalité = 4



Section 5: Financement du Centre/Poste de Santé

Revenus du Centre/Poste de Santé

74	Revenus du Centre/Poste de Santé pour la période de Janvier à Mars 2002?			
		(1)	(2)	(3)
		Janvier	Février	Mars
	Montant reçu			
1.	Consultations	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
2.	Médicaments	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
	Montant retenu			
3.	Consultations	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
4.	Médicaments	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
10.	Total	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _

75	Qui décide de l'utilisation du montant retenu sur le revenu des frais des usagers?	Gouvernement Central = 1 DPS = 2 DDS = 3 Gestionnaire/manager du Centre/Poste de Santé = 4 Personnel du Centre/Poste de Santé = 5 Communauté = 6 Autre = 7	_ _
----	---	---	-----

76	Le mois dernier (spécifier), quel montant des revenus du Centre/Poste a été dépensé pour:	
1.	Acheter des médicaments	_ _ _ _ _ _ _ _
2.	Acheter d'autres inputs récurrents (eau de javel, savon, etc.)	_ _ _ _ _ _ _ _
3.	Maintenance des bâtiments et des équipements	_ _ _ _ _ _ _ _
4.	Paiement du salaire du Personnel (personne prise directement par le Centre)	_ _ _ _ _ _ _ _
5.	Acheter des fournitures pour le personnel	_ _ _ _ _ _ _ _
6.	Autre _____	_ _ _ _ _ _ _ _
10.	Total	_ _ _ _ _ _ _ _

Paiement des salaires du Personnel

77	Comment les salaires des agents sont-ils payés?	Chèque envoyé à l'agent = 1 En espèces à l'agent = 2	_	Si 1 → 78 <hr/> Si 2 → 81
78	Qui collecte les chèques auprès du DDS?	Chèques livrés par le personnel du DDS = 1 Un représentant du Centre/Poste les collectes = 2 Chaque agent se rend en personne au DDS pour prendre son chèque = 3 Autre = 4	_	
79	Où les chèques sont-ils touchés?	Capitale Région = 1 Capitale du Département = 2	_	
80	Qui encaisse les chèques?	Personnel de la DDS = 1 Représentant du Centre/Poste = 2 Chaque agent en personne = 3	_	
81	Qui collecte l'argent auprès du DDS?	Argent livré par le personnel de la DDS = 1 Un représentant du Centre/Poste le collecte = 2 Chaque agent se rend en personne à la DDS pour prendre son salaire = 3 Autre = 4	_	
82	Quel date le salaire est-il normalement versé?	Jour mois _ _ / _ _		



Support financier et dons en nature

83	Le Centre/Poste de Santé reçoit -il des transferts financiers d'un individu ou d'un groupe particulier?	Oui = 1 Non = 2	_	Si non → 89
84	Type d'individu ou de groupe?		Oui = 1 Non = 2	
	1. ONG	_		2. Org caritative/religieux
	3. Individu privé	_		4. Autre _____
85	Combien le Centre/Poste de Santé a-t-il reçu en 2001?	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
86	Combien le Centre/Poste de Santé a-t-il reçu en 2002:	1. Janvier	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	2. Février
		3. Mars	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
87	Comment ces ressources ont-elles été utilisées?		Oui = 1 Non = 2	
	1. Médicaments	_		2. Vaccins
	3. Equipement Médical	_		4. Equipement Non Médical
	5. Consommables	_		6. Réhabilitation des infrastructures et des bâtiments
	7. Paiement du salaire du Personnel	_		8. Autre _____
88	Qui décide de l'utilisation de ces ressources?	Gouvernement Central = 1 DPS = 2 DDS = 3 Bénéficiaire = 4 Gestionnaire/manager du Centre/Poste de Santé = 5 Personnel du Centre/Poste de Santé = 6 Communauté = 7 Autre _____ = 8	_	



89	Le Centre/Poste de Santé reçoit -il des dons en nature d'un individu ou d'un groupe particulier?		Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>
90	Type d'individu ou de groupe?			Oui = 1 Non = 2
		1.	ONG	<input type="checkbox"/>
		2.	Org caritative/ religieux	<input type="checkbox"/>
		3.	Individu privé	<input type="checkbox"/>
		4.	Autre _____	<input type="checkbox"/>
91	Nature des dons			Oui =1 Non=2
		1.	Médicaments	<input type="checkbox"/>
		2.	Vaccins	<input type="checkbox"/>
		3.	Equipement Médical	<input type="checkbox"/>
		4.	Equipement Non Médical	<input type="checkbox"/>
		5.	Consommables	<input type="checkbox"/>
		6.	Réhabilitation des infrastructures et des bâtiments	<input type="checkbox"/>
		7.	Autre _____	<input type="checkbox"/>
92	Valeur totale des dons en 2001?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si non
→ 93



Section 6: Institutions et Gouvernance

Gestion du Centre/Poste de Santé

93	Le Centre/Poste de Santé a-t-il un Comité de Gestion ou un Conseil de Direction?	Oui = 1 Non = 2	_	Si non → 98
94	Combien de personnes composent ce Conseil ou ce Comité?	1. Hommes	_ _	

		2.	Femmes	_ _
95	Lesquelles parmi les catégories suivantes sont représentées dans ce Comité ou ce Conseil?			Oui =1 Non=2
		1.	Gouvernement de District	_
		2.	Représentant de Poste Administratif	_
		3.	ONG	_
		4.	Organisme Caritatif/ Religieux	_
		5.	Représentant de la Communauté	_
		6.	Représentant du Personnel	_
		7.	Autre _____	_
96	Combien de fois le Conseil ou le Comité s'est-il réuni durant les 6 derniers mois?			_ _
97	Quels changements ont-ils été introduits dans le Centre/Poste, suite à des décisions prises lors de la dernière réunion du Conseil ou du Comité?	1. _____ 2. _____ 3. _____		_ _ _ _ _ _

Participation Communautaire

98	Les membres du Centre/Poste de Santé ont-ils des contacts avec des Représentants de la Communauté pour discuter de sujets relatifs aux activités et à la gestion du Centre/Poste?	Oui = 1 Non = 2	_	Si non → 101
99	Combien de fois les membres du Centre/Poste se sont-ils réunis avec les Représentants de la Communauté durant les 6 derniers mois?		_ _	
100	Quels changements ont-ils été introduits dans le Centre/Poste, suite à des décisions prises lors de la dernière réunion avec ces Représentants?	1. _____ 2. _____ 3. _____		_ _ _ _ _ _



Relations avec la DDS

101	Combien de fois un Représentant du Centre/Poste de Santé a-t-il visité le DDS les deux derniers mois?		<input type="text"/>
102	Combien de fois un Représentant du Centre/Poste de Santé a-t-il parlé au personnel du DDS les deux derniers mois?		<input type="text"/>
103	Combien de fois un Représentant du DDS a-t-il visité le Centre/Poste de Santé les deux derniers mois?		<input type="text"/>
104	Les membres du Centre/Poste de Santé ont-ils des rencontres régulières et planifiées à l'avance avec les Représentants du DDS pour discuter des activités du Centre/Poste?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
105	Combien de rencontres programmées les membres du Centre/Poste de Santé ont-ils eues avec les Représentants du DDS?		<input type="text"/>
106	Durant ces entretiens, le Personnel du Centre/Poste est-il capable d'influencer:	Pas d'influence = 1 Quelque influence = 2 Beaucoup d'influence = 3	
1.	Le nombre d'employés du Centre/Poste de Santé		<input type="text"/>
2.	Le stock de médicaments alloués au Centre/Poste		<input type="text"/>
3.	Le stock de vaccins alloués au Centre/Poste		<input type="text"/>
4.	Le stock de carburant ou autres ressources récurrentes		<input type="text"/>
5.	La maintenance ou les activités de réhabilitation		<input type="text"/>
6.	Les nouveaux investissements dans les bâtiments ou les équipements		<input type="text"/>
10.	Autre		<input type="text"/>

Si non
→ 107

Evaluation du Personnel

107	La performance du Personnel du Centre/Poste de Santé est-elle souvent évaluée par le responsable du Centre/Poste?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>
108	Combien de fois la performance du Personnel a-t-elle été évaluée l'année dernière?		<input type="text"/>
109	Ces évaluations sont-elles écrites?	Oui = 1 Non = 2	<input type="text"/>

Si non
→ 114



Demander à voir un rapport d'évaluation

110	Rapport visualisé ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si non → 114
111	Ces rapports d'évaluation sont-ils communiqués au DDS?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	
112	Un agent du Centre/Poste a-t-il été licencié ou rappelé à l'ordre suite à une évaluation l'année dernière?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	
113	Quels autres changements ont-ils été introduits dans le Centre/Poste, suite à la dernière évaluation?	1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
114	La performance du Personnel du Centre/Poste de Santé est-elle souvent évaluée par le DDS?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si non → 118
115	Combien de fois la performance du Personnel a-t-elle été évaluée par le DDS l'année dernière ? 2001		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
116	Un agent du Centre/Poste a-t-il été licencié ou rappelé à l'ordre suite à une évaluation du DDS l'année dernière?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	
117	Quels autres changements ont-ils été introduits dans le Centre/Poste, suite à la dernière évaluation?	1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
118	Le DDS a-t-elle reçu des plaintes des patients et/ou de la communauté concernant le comportement du Personnel du Centre/Poste de Santé en 2001?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si non → 120
119	Un agent du Centre/Poste a-t-il été licencié ou rappelé à l'ordre suite à une plainte?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	



Supervision

120	Le Centre/Poste de Santé reçoit-il régulièrement des visites de supervision de la part du DDS?	Oui = 1 Non = 2	_
121	Combien de visites de supervision ont-elles été menées durant les 6 derniers mois?		_ _
122	Que fait normalement le Superviseur?		Oui =1 Non=2
		1. Vérifier les registres des patients	_
		2. Vérifier les registres de stock	_
		3. Vérifier les reçus des frais des usagers	_
		4. Discuter des protocoles médicaux	_
		5. Discuter de questions administratives	_
		6. Tenir une réunion formelle avec le personnel du Centre/Poste	_
		7. Autre _____	_
123	Avez-vous le sentiment que ces visites de supervision améliorent la performance du Centre/Poste?	Pas tellement = 1 Quelque peu = 2 Beaucoup = 3	_
124	Quels changements ont-ils été introduits dans le Centre/Poste suite à la dernière visite de supervision?	1. _____ 2. _____ 3. _____	_ _ _ _ _ _

Si non
→ 125



125	Le Centre/Poste de Santé reçoit-il régulièrement des visites de supervision de la part de ONGs/Organismes Religieux et caritatives/ bailleurs de Fonds ou autres agences de tutelle?		Oui = 1 Non = 2	_	Si non → 130
126	Combien de visites de supervision ont-elles été menées durant les 6 derniers mois?			_ _	
127	Que fait normalement le Superviseur?			Oui =1 Non=2	
		1.	Vérifier les registres des patients	_	
		2.	Vérifier les registres de stock	_	
		3.	Vérifier les reçus des frais des usagers	_	
		4.	Discuter des protocoles médicaux	_	
		5.	Discuter de questions administratives	_	
		6.	Tenir une réunion formelle avec le personnel du Centre/Poste	_	
	7.	Autre _____	_		
128	Avez-vous le sentiment que ces visites de supervision améliorent la performance du Centre/Poste?		Pas tellement = 1 Quelque peu = 2 Beaucoup = 3	_	
129	Quels changements ont-ils été introduits dans le Centre/Poste suite à la dernière visite de supervision ?	1. _____ 2. _____ 3. _____		_ _ _ _ _ _	



Section 7: Observations Directes

130	Type de Bâtiment	En dur = 1 Banco = 2	_ _
131	Surface approximative du Centre/Poste de Santé	Mètres carrés	_ _ _ _ m ²
132	Nombre de Chambres		_ _ _
133	Y a-t-il un endroit abrité pour accueillir les patients?	Oui = 1 Non = 2	_ _
134	Y a-t-il des toilettes ou des latrines fonctionnelles pour les patients?	Oui = 1 Non = 2	_ _
135	Les examens sont-ils menés dans un endroit privé/ protégé?	Oui = 1 Non = 2	_ _

136	Y a-t-il un lavabo pour se laver les mains dans le Centre/Poste?	Oui = 1 Non = 2	_ _	Si non → 140
137	L'eau est-elle propre et potable?	Oui = 1 Non = 2	_ _	
138	Y a-t-il du savon?	Oui = 1 Non = 2	_ _	
139	Y a-t-il des serviettes propres?	Oui = 1 Non = 2	_ _	



140	Demander à voir le matériel utilisé pour injecter les patients	Aiguilles jetables = 1 Aiguilles non jetables = 2 Les deux = 3 Pas d'aiguille = 4 Autre = 5	_
141	Demander à voir comment les aiguilles non jetables et les seringues sont stérilisées	Autoclave = 1 Chauffage à sec = 2 Stérilisation à la vapeur = 3 Bouillonnement = 4 Stérilisation chimique = 5 Autre _____ = 6	_
142	Demander à voir comment les vaccins sont stockés	Frigidaire électrique/ frigo pour vaccins = 1 Frigidaire multi-usage = 2 Frigidaire non électrique = 3 Espace de stockage non réfrigéré = 4 Pas de vaccins = 5	_
143	Prendre la température du réfrigérateur et de la glacière	En Degrés Celsius Pas de frigidaire ni de glacière = 98 Frigidaire mais pas de thermomètre = 99	_ _

144	Y a-t-il un affichage permanent des différents frais pratiqués dans le Centre/Poste?	Oui = 1 Non = 2	_	Si non → 146
145	Cet affichage est-il bien visible pour tout le monde?	Oui = 1 Non = 2	_	
146	Y a-t-il un affichage permanent des prix des médicaments vendus dans le Centre/Poste?	Oui = 1 Non = 2	Si non → 125	Si non FIN Q.2
147	Cet affichage est-il bien visible pour tout le monde?	Oui = 1 Non = 2	_	

FIN DU QUESTIONNAIRE

