

## Questionnaire du District Sanitaire 2003

### Section 0 : Informations Préliminaires

		Nom	Code
1	Enquêteur 1		_ _
2	Enquêteur 2		_ _
3	Superviseur		_ _
4	Opérateur de Saisie		_ _
5	Délégation Régionale		_ _
6	Ancienne Préfecture		_ _
7	District Sanitaire		_ _
8	Nom du Médecin-Chef de District		

	Date de la Visite	Jour	Mois	Début de l'Enquête hh : mn	Fin de l'enquête hh : mn	Résultat
9	Première Visite	_ _	_ _	_ _ : _ _	_ _ : _ _	_
10	Deuxième Visite	_ _	_ _	_ _ : _ _	_ _ : _ _	_

Enregistrement des données	Jour	Mois	Résultat
Date d'entrée des données	_ _	_ _	_
Supervision	Jour	Mois	Initiales
Confirmation	_ _	_ _	_ _
Enquête complète	_ _	_ _	_ _
Entrée des données complète	_ _	_ _	_ _

#### Code Résultat

Questionnaire complété = 1  
 Questionnaire incomplet = 2  
 Absence Temporaire = 3  
 Absence prolongée = 4  
 Indisponibilité = 5  
 Refus de répondre = 6

## Section 1: Caractéristiques du District Sanitaire

**Vérifier que le Répondant est bien le Médecin-Chef du District. Ne pas commencer l'interview si le Médecin Chef du District n'est pas présent.**

### Caractéristiques du district

1	Quelle est approximativement la population desservie dans l'aire d'activité du district de santé?			_ _ _ _ _ _ _	
2	Quelle est la superficie de votre district (en km2) ?			_ _ _ _ _ _ _	
3	A quelle distance se trouve le centre de santé le plus éloigné du bureau du médecin-chef de district ? (en kilomètres)			_   _   _   _	
4	Combien de temps vous faut-il pour vous rendre au centre de santé le plus éloigné en voiture ?	a)	Saison sèche	Heure et minutes Hh :mm	_   _ : _   _
		b)	Saison pluvieuse <b>Si inaccessible → INAC</b>		_   _ : _   _

5	Combien de centres de santé et hôpitaux publics y a-t-il dans ce District sanitaire?			Fonctionnels	Non Fonctionnels
		(a)	Hôpital de District	_   _	_   _
		(b)	Centre de Santé	_   _	_   _

6	Combien de centres de santé et hôpitaux privés y a-t-il dans ce District sanitaire?			A but non lucratif	A but lucratif
		(a)	Hôpital	_   _	_   _
		(b)	Centre de Santé	_   _	_   _

7	Pouvez-vous nous donner les noms de tous ces centres de santé (publics et privés) ?				
	Nom du Centre de Santé ou de l'Hôpital	Code	Type	Appartenance	Fonctionnel
			Hôpital =1 Centre de Santé =2	Public = 1 Privé = 2 Confessionnel = 3 ONG = 4 Autre = 5	Oui = 1 Non = 2
(a)		_ _ _	_	_	_
(b)		_ _ _	_	_	_
(c)		_ _ _	_	_	_
(d)		_ _ _	_	_	_
(e)		_ _ _	_	_	_
(f)		_ _ _	_	_	_
(g)		_ _ _	_	_	_
(h)		_ _ _	_	_	_
(i)		_ _ _	_	_	_
(j)		_ _ _	_	_	_
(k)		_ _ _	_	_	_
(l)		_ _ _	_	_	_
(m)		_ _ _	_	_	_
(n)		_ _ _	_	_	_
(o)		_ _ _	_	_	_
(p)		_ _ _	_	_	_
(q)		_ _ _	_	_	_
(r)		_ _ _	_	_	_
(s)		_ _ _	_	_	_
(t)		_ _ _	_	_	_
(u)		_ _ _	_	_	_
(v)		_ _ _	_	_	_
(w)		_ _ _	_	_	_
(x)		_ _ _	_	_	_
(y)		_ _ _	_	_	_

<b>8</b>	<b>Pour les centres de santé privés, est-ce que le District sanitaire:</b>	<b>Systématiquement = 1</b> <b>Souvent = 2</b> <b>Sur requête = 3</b> <b>Non = 4</b>
(a)	Procure du personnel ?	<input type="checkbox"/>
(b)	Procure des médicaments ?	<input type="checkbox"/>
(c)	Procure des vaccins ?	<input type="checkbox"/>
(d)	Procure du financement ?	<input type="checkbox"/>
(e)	Supervise et contrôle les activités?	<input type="checkbox"/>
(f)	Reçoit des Rapports d'Activités?	<input type="checkbox"/>
(g)	Perçoit des contributions financières?	<input type="checkbox"/>
(h)	Autre_(Préciser)_____	<input type="checkbox"/>

<b>9</b>	<b>Le DS dispose t-il des équipements suivants ?</b>	<b>Oui = 1</b> <b>Non = 2</b>	<b>Nombre en état de fonctionnement</b>
(a)	Camionnette/bus/ambulance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b)	Véhicule 4x4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c)	Voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d)	Motocyclette ou Mobylette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e)	Bicyclette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(f)	Radio pour la communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(g)	Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(h)	Fax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(i)	Autre (Préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>10</b>	<b>Combien de fois durant les trente derniers jours avez-vous:</b>	<b>Jamais = 0</b> <b>Entre 1 et 2 fois = 1</b> <b>Entre 3 et 5 fois = 2</b> <b>Entre 6 et 10 fois = 3</b> <b>Plus de 10 fois = 4</b>
(a)	Parlé à un représentant de la DRS par radio ou par téléphone ?	<input type="checkbox"/>
(b)	Reçu la visite d'un membre de la DRS ?	<input type="checkbox"/>
(c)	Visité la DRS ?	<input type="checkbox"/>
(d)	Rencontré le Préfet ou le Sous-Préfet ?	<input type="checkbox"/>
(e)	Rencontré des groupes communautaires pour discuter des activités du district (exemple: comités de santé, ONGs) ?	<input type="checkbox"/>

**Perception des problèmes et des priorités:**

11	Selon vous, quels sont les facteurs qui empêchent l'amélioration de la qualité des services de soins de santé fournis dans le district?	Très important = 1 Important = 2 Assez important = 3 De peu d'importance = 4 Sans importance = 5 <b>NON APPLICABLE = 9</b>
(a)	Manque de médicaments	__
(b)	Manque de matériels	__
(c)	Manque de personnel qualifié	__
(d)	Manque de personnel en général	__
(e)	Manque d'eau potable	__
(f)	Manque d'électricité	__
(g)	Manque de compétence de la part du personnel	__
(h)	Manque de recyclage du personnel	__
(i)	Manque d'infrastructures	__
(j)	Manque de moyens de communication	__
(k)	Difficulté de redéploiement aux autres centres	__
(l)	Autre (Préciser) _____	__



**Achats Centralisés : Consommables et autres Equipements.  
Provenant de la Direction Générale**

7	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(5)
	<b>Equipements et consommables non médicaux</b>	<b>Unité</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitaire (en 000 FCFA)</b>	<b>Date de Réception jj/mm</b>	<b>Valeur Totale (en 000 FCFA)</b>
(a)	Matelas	<b>Unité</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(b)	Draps	<b>Unité</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(c)	Couvertures	<b>Unité</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(d)	Lits	<b>Unité</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(e)	Blouse Infirmier	<b>Unité</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(f)	Blouse sage femme	<b>Unité</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(g)	Savon Linge	<b>Carton</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(h)	Vim	<b>Carton</b>	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ / _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(i)	<b>Total Global de toutes les réceptions</b>					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

8	Quels sont les critères d'allocations des ressources entre les différents centres de santé?	Requêtes/demandes des CS = 1 Décision du district = 2 Décision de la DRS = 3 Autre _Préciser_____ = 4	_ _
---	---	--	-----

9	<b>POUR CES EQUIPEMENTS RAPPORTER LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENVOYE AUX DIFFERENTS CENTRES DE SANTE DE VOTRE DISTRICT SANITAIRE DURANT L'ANNEE 2003 SUR LA BASE DES BORDEREAUX D'ENVOI (UTILISER LES MEMES UNITES)</b>									
	(1)	(2)	(3)							(4)
	Nom du Centre de Santé	Code CS	Quantité Envoyée pour Equipements et Consommables non Médicaux							Date d'Envoi jj/mm
		_ _ _	Matelas	Draps	Couvertures	Lits	Blouses Infirmier	Savon Linge	Vim	
(a)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(b)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(c)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(d)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(e)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(f)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(g)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(h)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(i)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(j)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _

9 (bis)	<b>POUR CES EQUIPEMENTS RAPPORTER LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENVOYE AUX DIFFERENTS CENTRES DE SANTE DE VOTRE DISTRICT SANITAIRE DURANT L'ANNEE 2003 SUR LA BASE DES BORDEREAUX D'ENVOI (UTILISER LES MEMES UNITES)</b>									
	(1)	(2)	(3)							(4)
	Nom du Centre de Santé	Code CS	Quantité Envoyée pour Equipements et Consommables non Médicaux							Date d'Envoi jj/mm
		_ _ _	Voitures	Moto	Tables de Chevet	Lits	Blouses Infirmier	Savon Linge	Vim	
(k)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(l)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(m)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(n)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(o)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(p)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(q)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(r)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(s)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _
(t)		_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _ / _ _

12	Avez-vous reçu un soutien financier ou en nature d'organisme autre que le gouvernement en 2003 ?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si Non → Section 3	
13	<b>Soutien Financiers et en Nature reçus d'Organismes autres que le Gouvernement</b>				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pouvez vous svp donner les noms des organismes autre que le Gouvernement qui vous ont soutenu financièrement ou en nature durant l'exercice 2003 ?	Quel est le type de cet Organisme (Voir Codes)	Pouvez vous donner la valeur du soutien financier que vous procure cet organisme (en 000 de FCFA)	Pouvez vous donner la valeur approximative du soutien total en nature que vous procure cet organisme (en 000 de FCFA)	Quel est le soutien en nature le plus important que vous donne cet organisme ? (Voir Codes)
(a)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _	<input type="checkbox"/>
(b)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _	<input type="checkbox"/>
(c)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _	<input type="checkbox"/>
(d)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _	<input type="checkbox"/>
(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _	<input type="checkbox"/>
(f)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _	<input type="checkbox"/>
(g)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _	<input type="checkbox"/>

**Code Type Organisme :**

ONG = 1 ; Bailleur de Fonds=2

Autre (Préciser) = 3

**Code Soutien en Nature :**

Personnel =1 Médicaments =2 Stages / Formations = 3

Matériels et Equipements = 4 Autre (Préciser) = 5

**Préciser les dons en nature :** \_\_\_\_\_

## Section 3: Supervision et Contrôle

1	Les structures sanitaires de votre district ont-elles été supervisées en 2003?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si Non > FIN
2	Le DS a t-il un calendrier de supervision des Hôpitaux ou Centres de Santé qu'il veut visiter à des dates choisies?	Oui = 1 Non = 2	<input type="checkbox"/>	Si Non → 4
3	Le calendrier a t-il été respecté ?	Totalement=1 Partiellement=2 Pas du tout = 3	<input type="checkbox"/>	
4	Que font normalement les superviseurs du district durant ces visites ?		Oui =1 Non=2	
(a)		Consulter les registres des patients	<input type="checkbox"/>	
(b)		Consulter la feuille de température du réfrigérateur	<input type="checkbox"/>	
(c)		Vérifier les montants et les reçus des frais des usagers	<input type="checkbox"/>	
(d)		Vérification des recouvrements de coûts	<input type="checkbox"/>	
(e)		Vérifier l'utilisation des revenus issus de la vente des médicaments	<input type="checkbox"/>	
(f)		Vérifier le matériel et stock de médicaments	<input type="checkbox"/>	
(g)		Autre _____	<input type="checkbox"/>	
5	Quelles mesures prises à l'endroit d'un centre de santé qui ne remplit pas les critères de la supervision?	Sanctions disciplinaires = 1 Avertissement verbal = 2 Conseils = 3 Aucune Mesure = 4 Autre (Préciser) _____ = 5	<input type="checkbox"/>	
6	Quelles mesures prises à l'endroit d'un centre de santé qui a bien rempli les critères de la supervision?	Félicitations = 1 Promotions = 2 Primes = 3 Aucune Mesure = 4 Autre (Préciser) _____ = 5	<input type="checkbox"/>	

7	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	<b>Nom des Centres de Santé ou hôpitaux du District</b>	<b>Code du CS</b>	Le centre de santé ou hôpital a-t-il été supervisé par le District durant les six derniers mois de 2003 ?	Combien de visites de supervisions avez-vous effectué dans ce centre durant les 6 derniers mois de 2003	Le District a-t-il reçu des plaintes provenant de la population concernant ce centre de santé ?	Un agent du centre de santé a-t-il été licencié, muté ou rappelé à l'ordre suite à une telle plainte ?
			Oui = 1 Non = 2 Si Non → (5)		Oui = 1 Non = 2 Si Non → Suite	Oui = 1 Non = 2
(a)		_ _	_	_ _	_	_
(b)		_ _	_	_ _	_	_
(c)		_ _	_	_ _	_	_
(d)		_ _	_	_ _	_	_
(e)		_ _	_	_ _	_	_
(f)		_ _	_	_ _	_	_
(g)		_ _	_	_ _	_	_
(h)		_ _	_	_ _	_	_
(i)		_ _	_	_ _	_	_
(j)		_ _	_	_ _	_	_

7	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	<b>Nom des Centre de Santé ou Hôpitaux du District</b>	<b>Code du CS</b>	Le centre de santé ou hôpital a-t-il été supervisé par le District durant les six derniers mois de 2003 ?	Combien de visites de supervisions avez-vous effectué dans ce centre durant les 6 derniers mois de 2003	Le District a-t-il reçu des plaintes provenant de la population concernant ce centre de santé ?	Un agent du centre de santé a-t-il été licencié, muté ou rappelé à l'ordre suite à une telle plainte ?
			Oui = 1 Non = 2 Si Non → (5)		Oui = 1 Non = 2 Si Non → Suite	Oui = 1 Non = 2
(k)		_ _	_	_ _	_	_
(l)		_ _	_	_ _	_	_
(m)		_ _	_	_ _	_	_
(n)		_ _	_	_ _	_	_
(o)		_ _	_	_ _	_	_
(p)		_ _	_	_ _	_	_
(q)		_ _	_	_ _	_	_
(r)		_ _	_	_ _	_	_
(s)		_ _	_	_ _	_	_
(t)		_ _	_	_ _	_	_