

**MINISTERE DE LA SANTE ET DU PLANNING FAMILIAL
(MSPF)**

**ENQUÊTE AU NIVEAU DES CENTRES DE SANTE
(AVRIL-MAI 2007)**

Visite 2ème jour

	Nom	Code
Région		
Fivondronana		
Commune		[][][][][]
Fokontany		
CSB1/CSB2 <input type="checkbox"/> 1. CSB1 2. CSB2		[][][][][][][]
Répondant:		
Occupation 1. Médecin - chef de centre 2. Chef de centre 3. Autre agent de santé (paramédicaux)		<input type="checkbox"/>

	Date de réalisation			Nom du responsable
	Jour	Mois	Heure début enquête	
Interview				
Supervision				

Visa de l'établissement visité :

A. Centre de Santé

1. Le centre a-t-il accès à l'eau ? ☐ 1. Oui 2. Non>>5

2. Quelle en est la source ? ☐

1. Pompe/robinet à l'intérieur du centre
2. Pompe/robinet à l'extérieur du centre
3. Eau de puits protégée
4. Eau de puits non-protégée
5. Rivière/Lac/Marigot

3. Distance entre le centre et la source d'eau (en km, 0 si dans le centre) : _____

4. Temps pour atteindre la source d'eau (en minutes, 0 si dans le centre) : _____

5. Le centre a-t-il accès à l'électricité ? ☐ 1. Oui 2. Non>>7

6. Combien d'heures par jour en moyenne fonctionne-t-elle avec (*Exclues les heures en dehors des horaires de travail*)

a. le générateur du centre: Nombre : _____

b. l'électricité publique Nombre : _____

7. Comment le centre se débarrasse-t-il des ordures ? ☐

1. Jeté dans la nature
2. Fosse à ordures/enfouissement
3. Incinération

8. Le centre dispose-t-il de moyens de transports fonctionnels ?

☐ 1. Oui 2. Non>>10

9. Lesquels et combien ?

	Nombre
a. Voitures	
b. Ambulance	
c. Motocyclette	
d. Bicyclettes	
e. Charrettes	

10. Le centre dispose-t-il de ligne téléphonique fonctionnelle ☐ 1. Oui 2. Non

11. Le centre dispose-t-il de récepteur radio ? ☐ 1. Oui 2. Non

12. Combien de lits le centre dispose-t-il ? Nombre : _____

13. Combien de matelas dispose-t-il ? Nombre : _____

14. Combien de matelas en bon état dispose-t-il ? Nombre : _____

15. Le centre dispose-t-il de toilettes ? ☐ 1. Oui 2. Non>>17

16. Quel type de toilettes ? ☐

1. Toilettes avec chasse d'eau
2. Latrines creusées
3. Tinettes (pot de toilette)
4. Autres

17. Quels sont les horaires normaux d'ouverture du centre ?

a. Matinée : de ☐☐ : ☐☐ à ☐☐ : ☐☐

b. Après-midi : de ☐☐ : ☐☐ à ☐☐ : ☐☐

18. Combien de jours par semaine le Centre fonctionne-t-il ? Nombre : _____

19. Recevez-vous des visites du Médecin Inspecteur ou de votre superviseur ? ☐ 1. Oui 2. Non>>B

19a. En 2006, avez-vous reçu des supervisions/visites du Médecin inspecteur ou de votre supervision venu du SSD ? ☐ 1. Oui 2. Non

20. A quand remonte la dernière visite ? Depuis ☐☐ semaines

21. Combien de visites avez-vous reçu les six derniers mois ? Nombre : _____

21a. Combien de visites avez-vous reçu en 2006 (demander à voir le cahier de charge) nombre : _____

B. FANOME

1. Est-ce que ce centre pratique la FANOME ? ☐ 1. Oui 2. Non>>FIN

2. Depuis la mise en place de la FANOME, un comité de gestion (COGE) a-t-il été créé ? ☐ 1. Oui 2. Non

3. Pendant les six derniers mois, avez-vous eu des réunions de travail avec le COGE ? ☐ 1. Oui 2. Non

4. Pendant les six derniers mois, avez-vous eu des conflits avec le COGE ? ☐ 1. Oui 2. Non

5. Pendant les six derniers mois, avez-vous eu des réunions de travail avec le responsable de la commune/Maire ? ☐ 1. Oui 2. Non

6. Pendant les six derniers mois, avez-vous eu des conflits avec le responsable de la commune/Maire ? ☐ 1. Oui 2. Non

7. Combien de cartes d'indigents/personnes inscrites dans la liste des indigents ont été distribuées dans cette commune ? Nombre : _____ (999=ne sait pas)

8. Qui a fait le choix des indigents ? ☐

1. Le maire/commune
2. Le COGE

3. COSAN
4. chef de centre

5. combinaison
6. Autre _____

7. pas de carte

(Parler en préférence avec le dispensateur des médicaments)

9. Combien d'indigents, qui ne doivent pas payer pour les médicaments, passent en moyenne chez vous :
Nombre : _____ par période : ☐

1. Jour
2. Semaine
3. Mois
4. Semestre

10. Depuis quelle année le dispensateur travaille-t-il dans le CSB/PhaGCom ?
Depuis: ☐☐☐☐

11. Est-il rémunéré ? ☐ 1. Oui 2. Non>>Section C

12. Par qui ? ☐
1. Sur les recettes de la FANOME
2. Par la commune
3. Paiements par les usagers autres que la FANOME
4. Autres, à préciser : _____

13. Est-ce que les paiements sont réguliers tous les mois ? ☐ 1. Oui 2. Non

C. Situation des médicaments

1. Rupture de stock et prix auprès des patients

1. Molécule/médicament	Rupture de stock					Prix au patient		
	2. Disponible aujourd'hui ? 1. <i>Oui</i> >> 5 2. <i>Non</i>	3. Depuis combien de jours pas disponible ?	4. Pourquoi ? 1. Pas commandé - pas besoin 2. Pas commandé - utilise autre médicament 3. Commandé mais pas livré	5. Toujours disponible pendant les 3 derniers mois ? 1. <i>Oui</i> >> 7 2. <i>Non</i>	6. Nombre de jours de rupture de stock pendant les 3 derniers mois (90 jours)	7. Quantité	8. Unité	9. Prix unitaire (ariary)
a. Acetylsalicylique acide 100mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
b. Acetylsalicylique acide 500mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
c. Chloroquine 150 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
d. Cotrimoxazole 100-20 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
e. Cotrimoxazole 200-40 mg/5 ml – SUSP BUV	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CC	
f. Cotrimoxazole 400-80 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
g. Amoxicilline 250 mg - GEL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		GEL	
h. Amoxicilline 250 mg – 5 ML SUSP BUV	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		FLACON	
i. Amoxicilline 500 mg - GEL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		GEL	
j. Fer acide folique 200mg – 0,2mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
k. Ibuprofene 200 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
l. Mébendazole 100 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
m. Paracétamol 100 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
n. Paracétamol 500 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	
o. Quinine 100 mg/ML injectable – AMP 1ML	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		AMP	
p. Quinine 300 mg/ML injectable – AMP 2 ML	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		AMP	
q. Rétinol (Vitamine A) 60 mg/100 000 UI – CAPS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CAPS	
r. Rétinol (Vitamine A) 60 mg/200 000 UI – CAPS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CAPS	
s. SRO (Sels de hydratation orale) sachet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sachet	
t. Tétracycline 1% pommade OPHT – Tube 5g	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tube	
u. Tétracycline 250 mg – CP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		CP	

CP : comprimé ; AMP : Ampoule ; CAPS : capsule ; GEL : Gellule

2. Commandes et livraison par le PhageDis (enregistrer seulement les commandes pour lesquelles les livraisons ont été faites)

	Conditionnés en	DERNIERE LIVRAISON				AVANT – DERNIERE LIVRAISON			
		Dernière commande	Dernière livraison			Avant-dernière commande	Avant-dernière livraison		
		Date : [][]-[][]-[][] Jour - Mois	Date : [][]-[][]-[][] Jour - Mois			Date : [][]-[][]-[][] Jour - Mois	Date : [][]-[][]-[][] Jour - Mois		
		Quantité	Prix Unit en Ariary	Quan-tité	Valeur (Ariary)	Quantité	Prix Un. en Ariary	Quan-tité	Valeur (Ariary)
a. Acetylsalicylique acide 100mg – CP	BTE de [][][][]								
b. Acetylsalicylique acide 500mg – CP	BTE de [][][][]								
c. Chloroquine 150 mg – CP	BTE de [][][][]								
d. Cotrimoxazole 100-20 mg – CP	BTE de [][][][]								
e. Cotrimoxazole 200-40 mg/5 ml – SUSP BUV	BTE de [][][][]								
f. Cotrimoxazole 400-80 mg – CP	BTE de [][][][]								
g. Amoxicilline 250 mg - GEL	BTE de [][][][]								
h. Amoxicilline 250 mg – 5 ML SUSP BUV FL 60 ML	BTE de [][][][]								
i. Amoxicilline 500 mg - GEL	BTE de [][][][]								
j. Fer acide folique 200mg – 0,2mg – CP	BTE de [][][][]								
k. Ibuprofene 200 mg – CP	BTE de [][][][]								
l. Mébendazole 100 mg – CP	BTE de [][][][]								
m. Paracétamol 100 mg – CP	BTE de [][][][]								
n. Paracétamol 500 mg – CP	BTE de [][][][]								
o. Quinine 100 mg/ML injectable – AMP 1ML	BTE de [][][][]								
p. Quinine 300 mg/ML injectable – AMP 2 ML	BTE de [][][][]								
q. Retinol (Vitamine A) 60 mg/100 000 UI – CAPS	BTE de [][][][]								
r. Retinol (Vitamine A) 60 mg/200 000 UI – CAPS	BTE de [][][][]								
s. SRO (Sels de hydratation orale) sachet	BTE de [][][][]								
t. Tetracycline 1% pommade OPHT – Tube 5g	BTE de [][][][]								
u. Tetracycline 250 mg – CP	BTE de [][][][]								
Valeur totale médicaments et consommables médicaux									
Surcharge PhaGDis	%								
Total payé à PhaGDis									

C1 - GESTION DES INTRANTS

Note : Demander à voir la fiche de suivi des matériels et consommables

Pour les équipements suivants, rapporter le nombre que vous avez reçu du SSD pour l'année 2006

	Equipements et consommables	a- Quantité reçue	a1- Unité
(1)	Savon poudre	□□□□□□	□□
(2)	Savon de ménage	□□□□□□	□□
(3)	Savon toilette	□□□□□□	□□
(4)	Crésyl	□□□□□□	□□
(5)	Eau de javel	□□□□□□	□□
(6)	Insecticides	□□□□□□	□□
(7)	Pétrole	□□□□□□	□□
(8)	Rames de 500 papiers A4	□□□□□□	□□
(9)	Blouse Médecin	□□□□□□	□□
(10)	Blouse infirmier	□□□□□□	□□
(11)	Blouse chirurgien	□□□□□□	□□
(12)	Blouse/combinaison manœuvre	□□□□□□	□□
(13)	Matelas	□□□□□□	□□
(14)	Draps	□□□□□□	□□
(15)	Couverture	□□□□□□	□□
(16)	Tables de bureau :	□□□□□□	□□
(17)	Chaises (de toute sorte)	□□□□□□	□□
(18)	Champs opératoires:	□□□□□□	□□
(19)	Moustiquaires	□□□□□□	□□
(20)	Lit	□□□□□□	□□
(21)	Registres de consultation	□□□□□□	□□
(22)	Autres : _____	□□□□□□	□□
(23)	Autres : _____	□□□□□□	□□
(24)	Autres : _____	□□□□□□	□□
(25)	Autres : _____	□□□□□□	□□
(26)	Autres : _____	□□□□□□	□□
(27)	Autres : _____	□□□□□□	□□
(28)	Autres : _____	□□□□□□	□□
(29)	Autres : _____	□□□□□□	□□

Code unité : 1. gramme 2. Kilo 3. Pièce 4. cc (cl) 5. litre 6. rame

SECTION : ACTIVITES DE MOBILISATION ET SUPERVISION

1 Combien de mobilisations sociales (tam tam) le SSD a mené pour l'année 2006, sur les questions suivantes ?			
Activité	Nombre	Activité	Nombre
(1) Planning familial	□□□	(6) Sensibilisation au Palustop	□□□
(2) MST et VIH/SIDA	□□□	(7) Sensibilisation sur la tuberculose	□□□
(3) Immunisation PEV	□□□	(8) Sensibilisation sur la peste	□□□
(4) Nutrition des enfants	□□□	(9) Sensibilisation sur le choléra	□□□
(5) Maternité sans risque	□□□	(10) Sensibilisation sur l'assainissement	□□□
(11) autres (a spécifier) _____	□□□		□□□

D. Enquête COGE (Comité de Gestion)

(Enquête auprès d'un membre du CoGe, préférable le trésorier)

1. Combien de personnes sont membres du COGE ? _____
2. Comment le Président et le Trésorier du CoGE ont été nommés ? ☐
 1. *Par élection de l'assemblée de la CoSan*
 2. *Nommé par le Maire/autorités communales*
 3. *Nommé par le Médecin Inspecteur du SSD*
 4. *Nommé par le Chef de Centre*
 5. *Autres, à préciser : _____*
3. Est-ce qu'il existe un CoSan au sein de votre commune ? ☐ 1. *Oui* 2. *Non*>>8
4. Combien de personnes sont membres du CoSan ? ☐☐
5. Est-ce que tous les fokontany sont représentés dans ce CoSan ? ☐ 1. *Oui* 2. *Non*
6. Combien de membres au sein du CoSan sont des chefs de fokontany ? ☐☐
7. Combien de réunions le CoSan a organisé pendant les 6 derniers mois ?
Nombre : _____ par période : ☐
 1. *Semaine*
 2. *Mois*
 3. *An*
8. Est-ce que une fiche FANOME (avec les revenus et les dépenses) est disponible ? ☐ 1. *Oui* 2. *Non*
9. Est-ce que l'utilisation des revenus du FANOME est affichée? ☐ 1. *Oui* 2. *Non*>>11
10. A quel endroit ? ☐
 1. *A l'intérieur du CSB*
 2. *A l'extérieur du CSB*
 3. *Autres, à spécifier : _____*
11. Est-ce que les revenus et les dépenses sont tenus dans une comptabilité/livre ? ☐ 1. *Oui* 2. *Non*
12. Est-ce que le Fonds d'équité était suffisant pour payer la demande de tous les gens qui sont sur la liste des indigents ou qui tenait une carte d'indigents ? ☐ 1. *Oui*>14 2. *Non*
13. Si pas suffisant, qu'est-ce que vous avez fait ? _____

14. Quels étaient les revenus et les dépenses de la Fanome pendant les trois derniers mois?

	Mois 1 (dernier) De : [][]-[][] à [][]-[][]	Mois 2 De : [][]-[][] à [][]-[][]	Mois 3 (premier) De : [][]-[][] à [][]-[][]
	En Ariary	En Ariary	En Ariary
Avoirs au début du mois	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]
Vente des médicaments	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]
Achat des médicaments	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]
Fonds d'équité	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]
Autres dépenses	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]	[][][][], [][][][], [][][][]

15. Quels sont les détails des 'autres dépenses' pendant le dernier mois ?

	Mois De : [][]-[][] à [][]-[][]
	En Ariary
Dépenses transport des médicaments/charges bancaires/	[][][][], [][][][], [][][][]
Achat outils de gestion (livres, recus, ...) et fourniture	[][][][], [][][][], [][][][]
Achat consommables soins de santé préventifs	[][][][], [][][][], [][][][]
Fonds de réserve pour augmentation des prix de médicaments	[][][][], [][][][], [][][][]
Indemnités pour Président et Trésorier de la CoGe	[][][][], [][][][], [][][][]
Amélioration de l'environnement du CSB	[][][][], [][][][], [][][][]
Amélioration de la qualité des services donnés	[][][][], [][][][], [][][][]
Autres à spécifier _____	[][][][], [][][][], [][][][]
Total	[][][][], [][][][], [][][][] (*)

(*) Ce montant doit être le même que le total des « autres dépenses » dans la colonne « mois 1 » de la question 14