

# Questionnaire Employé 2003

## Section 0 : Informations Préliminaires

|   |                                | Nom   | Code                         |
|---|--------------------------------|---|------------------------------|
| 1 | Enquêteur                      |   | _ _ _                        |
| 2 | Superviseur                    |   | _ _ _                        |
| 3 | Opérateur de Saisie            |   | _ _ _                        |
| 4 | Délégation Régionale           |   | _ _ _                        |
| 5 | Ancienne Préfecture            |   | _ _ _                        |
| 6 | District Sanitaire             |   | _ _ _                        |
| 7 | Nom du centre de santé/Hôpital |   | _ _ _                        |
| 8 | Appartenance                   | Public = 1<br>Confessionnel = 3<br>Autre (Préciser) = 5 _____ | Privé = 2<br>ONG = 4<br> _ _ |
| 9 | Nom de l'employé               |   |                              |

|    | Date de la Visite | Jour | Mois | Début de l'Enquête<br>hh : mm | Fin de l'enquête<br>hh : mm | Résultat |
|----|-------------------|------|------|-------------------------------|-----------------------------|----------|
| 10 | Première Visite   | _ _  | _ _  | _ _ : _ _                     | _ _ : _ _                   | _        |
| 11 | 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

### Code données

Non-applicable : NA    Ne sait pas : NSP    Refus de répondre : RR    Inaccessible : INAC

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

|    |  |  |   |       |                |
|----|--|--|---|-------|----------------|
| 1  | Quel est votre genre?<br>(NE PAS POSER LA QUESTION)  |  | Masculin = 1<br>Féminin = 2   | _     |                |
| 2  | Quel âge avez-vous?  |  |   | _   _ |                |
| 3  | Quel est votre statut matrimonial ?  |  | Marié(e)=1 Divorcé(e)=2<br>Veuf (ve) = 3 Célibataire = 4  | _     |                |
| 4  | Quel poste occupez-vous dans ce Centre de Santé ?  |  | Médecin = 1<br>Pharmacien = 2<br>Technicien Supérieur = 3<br>Sage Femme Diplômée d'État = 4<br>Infirmier Diplômé d'État = 5<br>Infirmier Qualifié = 6<br>Agent Technique = 7<br>Matrone = 8<br>Garçon/fille de Salle = 9<br>Manœuvre = 10<br>Autre (Précisez)_____ = 11               | _   _ |                |
| 5  | Avez-vous été à l'école?   |  | Oui = 1<br>Non = 2  | _     | Si Non<br>→ 7  |
| 6  | Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint, non compris votre formation médicale ?  |  | Alphabétisé = 1<br>Enseignement Primaire. = 2<br>Enseignement Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle = 3<br>Enseignement Secondaire 2 <sup>e</sup> cycle = 4<br>Enseignement Technique = 5<br>Enseignement Technique médical = 6<br>Enseignement Supérieur = 7<br>Autre (Précisez)_____ = 8 | _     |                |
| 7  | Avez-vous reçu une formation médicale?   |  | Oui = 1<br>Non = 2  | _     | Si Non<br>→ 12 |
| 8  | Combien de mois de formation médicale avez-vous reçus?   |  |   | _   _ |                |
| 9  | 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) |  |   |       |                |
| 10 | En quelle année avez-vous terminé votre formation médicale?  |  |   | _ _ _ |                |

|    |   |   |        |         |
|----|---|---|--------|---------|
| 11 | Quelle qualification avez-vous obtenue?                         | Médecin = 1<br>Pharmacien = 2<br>Technicien Supérieur = 3<br>Sage Femme Diplômée d'État = 4<br>Infirmier Diplômé d'État = 5<br>Infirmière Qualifiée = 6<br>Agent Technique = 7<br>Autre = 8 |        | _       |
| 12 | Depuis quelle date travaillez-vous dans le secteur de la Santé? | (a)   | Années | _ _ _ _ |
|    |   | (b)   | Mois   | _       |
| 13 | Depuis quelle date travaillez-vous dans ce Centre de Santé?     | (a)   | Années | _ _ _ _ |
|    |   | (b)   | Mois   | _       |

|    |  |  |  |   |
|----|--|--|--|---|
| 14 | Pour quelles raisons êtes -vous devenu un professionnel de la santé? | Bonnes opportunités d'emploi = 1<br>Bon salaire = 2<br>Désir d'aider les gens = 3<br>Pas le choix/ juste comme ça = 4<br>Autre (précisez)_____ = 5 |  | _ |
|----|--|--|--|---|

|    |  |                    |   |
|----|--|--------------------|---|
| 15 | Etes-vous né dans ce district?                     | Oui = 1<br>Non = 2 | _ |
| 16 | Votre famille vit-elle dans ce district?           |                    | _ |
| 17 | Votre mari (femme) vit-il (elle) dans ce district? |                    | _ |
| 18 | Vos parents vivent-ils dans ce district?           |                    | _ |

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

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

|     |  |   |                      |                      |                |
|-----|--|---|----------------------|----------------------|----------------|
| 1   | Etes-vous payé par l'Etat?   |   | Oui = 1<br>Non = 2   | <input type="text"/> | Si Non<br>→ 3  |
| 2   | Si oui, quel est votre numéro de matricule ?   |   | <input type="text"/> |                      |                |
| 3   | Quel est le salaire mensuel brut d'un agent de votre grade ? (CFA)   |   | <input type="text"/> |                      |                |
| 4   | Quel jour du mois êtes-vous censé recevoir votre salaire?  |   | Ne sais pas = NSP    | <input type="text"/> | Si NSP<br>→ 6  |
| 5   | Recevez-vous normalement votre salaire ce jour-là?   | Toujours ou la plupart du temps = 1<br>Parfois = 2<br>Rarement ou très rarement = 3 |                      | <input type="text"/> |                |
| 6   | Recevez-vous votre salaire en totalité ?   |   | Oui = 1<br>Non = 2   | <input type="text"/> |                |
| 7   | Avez-vous reçu la totalité de votre salaire des 12 mois en 2003?   |   | Oui = 1<br>Non = 2   | <input type="text"/> | Si Oui<br>→ 10 |
| 8   | Combien de mois de salaire avez-vous reçu?   |   | <input type="text"/> |                      |                |
| 9   | 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<br>Non = 2   | <input type="text"/> |                |
| 10  | Combien recevez-vous, en moyenne, des sources suivantes par mois?  |   | (CFA)                |                      |                |
| (a) | Subventions de voyage / mission  |   | <input type="text"/> |                      |                |
| (b) | Bonus du Comité de santé ou de gestion   |   | <input type="text"/> |                      |                |
| (c) | Dons en nature (nourriture et médicaments) du Centre de Santé  |   | <input type="text"/> |                      |                |
| (d) | Dons en nature et autres paiements directs des patients  |   | <input type="text"/> |                      |                |
| (e) | Subventions d'ONGs   |   | <input type="text"/> |                      |                |
| (f) | Subventions de Bailleurs de Fonds  |   | <input type="text"/> |                      |                |
| (g) | Subventions de la Communauté   |   | <input type="text"/> |                      |                |
| (g) | Autre_(spécifiez)_____   |   | <input type="text"/> |                      |                |
| 11  | Vivez-vous dans une maison qui appartient au Centre de santé?  |   | Oui = 1<br>Non = 2   | <input type="text"/> | Si oui<br>→ 13 |

|     |   |   |                                  |   |                                     |
|-----|---|---|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| 12  | <b>Sinon, quel montant payez-vous comme loyer? ('CFA)</b><br><i>Mettre 0 si aucun loyer n'est payé.</i>   |   | _ _ _ _ _ _ _                    |   |                                     |
| 13  | <b>Recevez-vous certaines des gratuités suivantes en raison de votre travail à ce Centre de santé?</b>    |   | <b>Oui = 1</b><br><b>Non = 2</b> |   |                                     |
| (a) | Soins de santé gratuits   |   | _                                |   |                                     |
| (b) | Médicaments gratuits  |   | _                                |   |                                     |
| (c) | Nourriture gratuite   |   | _                                |   |                                     |
| (d) | Ecolage gratuit pour les enfants  |   | _                                |   |                                     |
| (e) | Autre_(spécifiez)_____  |   | _                                |   |                                     |
| 14  | <b>Complétez-vous votre revenu par des activités hors du Centre de Santé?</b>                             |   | <b>Oui = 1</b><br><b>Non = 2</b> | _ | <b>Si Non</b><br><b>→18</b>         |
| 15  | <b>Quelle sorte de travail faites-vous en dehors du Centre?</b>   |   | <b>Oui = 1</b><br><b>Non = 2</b> |   |                                     |
| (a) | Emploi agricole salarié   |   | _                                |   |                                     |
| (c) | Travail dans un Centre de Santé/ Clinique privé   |   | _                                |   |                                     |
| (d) | Donne des soins de santé payants hors du Centre   |   | _                                |   |                                     |
| (e) | Ventes de médicaments   |   | _                                |   |                                     |
| (f) | Autre_(spécifiez)_____  |   | _                                |   |                                     |
| 16  | <b>Environ combien d'heures par semaine travaillez-vous en dehors du Centre ?</b>                         |   | _ _ _                            |   |                                     |
| 17  | <b>A peu près combien tirez-vous de ces activités hors du Centre de Santé par semaine? (CFA)</b>          |   | _ _ _ _ _ _ _                    |   |                                     |
| 18  | <b>Possédez-vous un champ ?</b>   |   | <b>Oui = 1</b><br><b>Non = 2</b> | _ | <b>Si Non</b><br><b>→ 22</b>        |
| 19  | <b>A peu près quelle proportion de ce que vous produisez dans votre champ consommez-vous chaque mois?</b> | <b>Moins de 25% = 1</b><br><b>25-50% = 2</b><br><b>50-75% = 3</b><br><b>75-100% = 4</b> | _                                |   |                                     |
| 20  | <b>Vendez-vous une partie de votre production?</b>  |   | <b>Oui = 1</b><br><b>Non = 2</b> | _ | <b>Si Non</b><br><b>→ 22</b>        |
| 21  | <b>A peu près quel montant tirez-vous de la vente de ces produits chaque mois ? (CFA)</b>                 |   | _ _ _ _ _ _ _                    |   |                                     |
| 22  | <b>Un autre membre de votre ménage gagne-t-il un revenu quelconque?</b>                                   |   | <b>Oui = 1</b><br><b>Non = 2</b> | _ | <b>Si Non</b><br><b>→24</b>         |
| 23  | <b>A peu près combien les autres membres de votre ménage gagnent-ils chaque mois? (CFA)</b>               |   | _ _ _ _ _ _ _                    |   | <b>Si Ne sait pas</b><br><b>NSP</b> |

|           |   |  |                         |
|-----------|---|--|-------------------------|
| <b>24</b> | <b>Vous ou un membre quelconque de votre ménage possède-t-il un de ces biens?</b> |  | <b>Oui=1<br/>Non= 2</b> |
| (a)       | Voiture /camionnette  |  | __                      |
| (b)       | Motocyclette  |  | __                      |
| (c)       | Bicyclette  |  | __                      |
| (d)       | Lit ou matelas  |  | __                      |
| (e)       | Radio   |  | __                      |
| (f)       | Montre  |  | __                      |
| (g)       | Machine à coudre  |  | __                      |
| (h)       | Poêle électrique ou à gaz   |  | __                      |
| (i)       | Télévision  |  | __                      |
| (j)       | Frigidaire/ congélateur   |  | __                      |
| (k)       | Fer à repasser électrique/charbon   |  | __                      |
| <b>25</b> | <b>De quoi sont faits les murs de votre habitat?</b>                              | En dur/briques = 1<br>Boue/paille = 2<br>Autre (précisez) = 3                                | __                      |
| <b>26</b> | <b>Mode d'éclairage</b>   | Electricité =1<br>Lampe à pétrole =2<br>Bois/tige/paille =3<br>Autre (précisez) =4           | __                      |
| <b>27</b> | <b>Caractéristiques du logement : Toit</b>  | Tôle =1<br>Ciment/Béton =2<br>Nattes =3<br>Terre battue =4<br>Autre (à préciser) =5          | __                      |
| <b>28</b> | <b>Caractéristiques du logement : Sol</b>   | Carreau =1<br>Ciment/Béton =2<br>Terre battue =3<br>Autre (à préciser) =4                    | __                      |
| <b>29</b> | <b>Source d'eau</b>   | Robinet =1<br>Eau de surface =2<br>Puits =3<br>Revendeur =4<br>Autre (à préciser) =5         | __                      |
| <b>30</b> | <b>Type de toilette</b>   | Avec chasse d'eau =1<br>Latrine moderne =2<br>Trou dans la parcelle =3<br>Pas de toilette =4 | __                      |
| <b>30</b> | <b>Source de combustible</b>  | Electricité / Gaz =1<br>Charbon de bois =2<br>Pétrole =3<br>Bois =4<br>Autre (à préciser) =5 | __                      |

### Formations et stages

|     |  |  |                    |     |                |
|-----|--|--|--------------------|-----|----------------|
| 31  | Avez-vous reçu une formation en 2003?                      |  | Oui = 1            | _ _ | Si Non<br>→ 36 |
|     |  |  | Non = 2            |     |                |
| 32  | Qui a assuré la formation?                                 | DS/DPS/Ministère de la Santé = 1<br>ONG = 2<br>Bailleur de fonds = 3<br>Autre _____ = 4<br>Ne sais pas = 5   | _ _                |     |                |
| 33  | Où avez-vous reçu cette formation?                         | Dans ce Centre = 1<br>Dans le Centre du District = 2<br>Dans le chef lieu régional = 3<br>Dans la Capitale = 4<br>A l'étranger = 5   | _ _                |     |                |
| 34  | Sur quels thèmes la formation a-t-elle porté?              |  | Oui = 1<br>Non = 2 |     |                |
| (a) | Vaccination/ Gestion de la Chaîne de Froid                 |  | _ _                |     |                |
| (b) | Traitement /diagnostic des Infections Respiratoires Aiguës |  | _ _                |     |                |
| (c) | Traitement /diagnostic de la diarrhée                      |  | _ _                |     |                |
| (d) | Traitement /diagnostic de la malaria                       |  | _ _                |     |                |
| (e) | Nutrition  |  | _ _                |     |                |
| (f) | Soins de la mère/ santé maternelle                         |  | _ _                |     |                |
| (g) | Planning Familial  |  | _ _                |     |                |
| (h) | Usage et Gestion des Stocks de Médicaments                 |  | _ _                |     |                |
| (i) | ISTs ou VIH / SIDA   |  | _ _                |     |                |
| (j) | Autre_(précisez) _____                                     |  | _ _                |     |                |
| 35  | Qui a décidé de cette formation?                           | Initiative Propre = 1<br>Chef de Département /section = 2<br>Gestionnaire du Centre = 3<br>DS = 4<br>DRS = 5<br>ONG = 7<br>Bailleur de fonds = 8<br>Autre _____ = 9<br>Ne sait pas = NSP | _ _ _              |     |                |

**Perceptions et moral**

|     |   |   |   |                 |
|-----|---|---|---|-----------------|
| 36  | Comment vous sentez-vous en travaillant dans ce Centre de Santé?                  | Très satisfait = 1<br>Satisfait = 2<br>Indifférent = 3<br>Insatisfait = 4<br>Très insatisfait = 5 | _ |                 |
| 37  | Si vous le pouviez, seriez-vous parti travailler dans un autre Centre?            | Oui = 1<br>Non = 2  | _ | Si Non<br>→ FIN |
| 38  | Quelles sont les raisons les plus importantes qui motivent votre envie de partir? | Important = 1<br>Sans importance = 2  |   |                 |
| (a) | Je n'aime pas mon environnement de travail (autres collègues, gestionnaire, etc.) |   | _ |                 |
| (b) | Je ne m'entends pas avec les gens de la Communauté                                |   | _ |                 |
| (c) | Manque de services (écoles, eau, électricité, etc.)                               |   | _ |                 |
| (d) | Habitat délabré   |   | _ |                 |
| (e) | Veux vivre près de la famille et des amis   |   | _ |                 |
| (f) | Désire avoir de meilleures opportunités de gagner de l'argent                     |   | _ |                 |
| (g) | Désire avoir de meilleures opportunités de recevoir des formations                |   | _ |                 |
| (h) | Veux vivre près des villes et des cités   |   | _ |                 |
| (i) | Autre_(précisez)_____   |   | _ |                 |