

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

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

ENQUETE PERSONNEL

	Nom	Code
Région		
Fivondronana		
Commune		[]
Fokontany		
CSB1/CSB2 <input type="checkbox"/> 1. CSB1 2. CSB		[]

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

Visa de l'établissement visité :

Code personne	1. Nom de la personne (copier de l'enquête « 1 ^{er} jour »)	2. La personne est-elle présente ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> >>LS	3. En quelle année avez-vous commencé à travailler dans le secteur santé?	4. En quelle année avez-vous commencé à travailler dans ce centre?	5. Pendant combien d'heures par semaine travaillez-vous dans ce centre ? (heures normales)	6. Position de la personne 1. <i>Fonctionnaire</i> 2. <i>Non-Fonctionnaire</i> >>aller à 8	7. Si fonctionnaire,		
							a. Catégorie 1 à 10	b. Cadre 1. <i>cadre A</i> 2. <i>Cadre B</i> 3. <i>Cadre C</i> 4. <i>Cadre D</i>	c. Est-ce que vous avez maintenant un retard en avancement (problème de 'régularisation administrative') ? 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i>
1 chef centre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code personne	8. Quel est le plus haut diplôme académique que vous avez obtenu ? 1.CEPE 2.BEPC 3.BAC 4.DEU ou équivalent BAC+2 5.Licence ou équivalent BAC+3 6.Maitrise ou BAC+4 7.DEA ou BAC+5 8. Doctorat/Médecin	9.Quelle est votre formation exacte ? 1. Médecin 2. Sage femme 3. Infirmière 4. Aide sanitaire 5. Aide soignante (fille ou garçon de salle) 6. Laborantin(e) 7. Accoucheuse traditionnelle 8. Dispensateur 9. Jardinier /Servante 10. Chauffeur 11. Autre, à spécifier		11. Quand avez-vous assisté la dernière fois à un programme de formation après que vous avez commencé à travailler ? 1. 6 derniers mois 2. 12 derniers mois 3. 1-2 ans derniers 4. 3-5 ans derniers 5. 6-10 ans derniers 6. Plus de 10 ans 7. Jamais	12. Quel age avez-vous ?	13. Situation matrimoniale 1.Célibataire 2.Marié 3.Séparé 4.Divorcé 5.Veuf	14. Combien d'enfants avez- vous?
1 chef centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Code personne	15. Où est votre lieu d'origine (tanindrazana) ? 1. Ce fokontany 2. Cette commune 3. Ce fivondronona- district 4. Cette région 5. Région avoisinante 6. Autre région 7. Autre pays	16. Où avez-vous grandi ? 1. Ce fokontany 2. Cette commune 3. Ce fivondronona-district 4. Cette région 5. Région avoisinante 6. Autre région 7. Autre pays	17. Depuis quelle année habitez- vous en permanence dans la localité où vous habitez maintenant ? année	18. Est-ce que votre maison est : 1. en votre possession>>20 2. loué>>20 3. mise à votre disposition gratuitement à cause de votre travail dans le centre 4. Autre	19. Par qui ? 1. Etat autre que commune/ SSD 2. SSD 3. Commune 4. ONG-Bailleur de fonds 5. Autres	A quelle distance du centre se trouve votre maison où vous habitez pendant la semaine?		22. Quel moyen de transport utilisez-vous pour aller au centre à partir de votre maison? 1. transport en commun 2. voiture personnelle, particulière 3. train 4. bateau/pirogue 5. moto 6. charrette 7. bicyclette 8. à pied
						En minutes		
						20. En saison sèche	21. En saison des pluies	
1 chef centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Code personne	23. Niveau de Salaire (en ariary par période)				
	a. Etat	b. SSD	c. Commune	d. Autre (ONG/Bailleur de fonds/...)	
	Salaire (toutes les indemnités incluses)			Montant	Qui ?
1 chef centre	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
2	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
3	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
4	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
5	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
6	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
7	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
8	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
9	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	
10	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	[][][][]-[][][][] par []	

Code période :

1. Semaine
2. quinze jours

3. mois
4. bimestre (2 mois)

5. trimestre (3 mois)
6. semestre (6 mois)

7. année scolaire

Code personne	24. Pendant les 12 derniers mois, est-il arrivé que vous n'avez pas été payé ?	25. Pendant les 12 derniers mois, combien de mois vous n'avez pas été payé ?	24a. Pendant les 6 derniers mois, est-il arrivé que vous n'avez pas été payé ?	25a. Pendant les 6 derniers mois, combien de mois vous n'avez pas été payé ?	26. En moyenne, pendant combien de jours par période de paiement devez-vous vous absenter pour toucher votre salaire ?		27. Pendant les 12 derniers mois, quel était la période la plus longue que vous avez dû vous absenter pour toucher votre salaire ?	27a. Pendant les 6 derniers mois, quel était la période la plus longue que vous avez dû vous absenter pour toucher votre salaire ?	28. Mode de paiement <i>1. Bon de caisse>>30</i> <i>2. Virement>>30</i> <i>3. Par « avance »</i> <i>4. En espèces>>30</i> <i>5. Autre>>30</i>	29. Combien « d'avances » avez-vous déjà reçu ?
					En jours par période					
	<i>1. Oui</i> <i>2. Non >>26</i>	Nombre de mois	<i>1. Oui</i> <i>2. Non >>26</i>	Nombre de mois	Saison sèche	Saison de pluie	En jours	En jours		Nombre
1 chef centre	[]		[]		_____	_____			[]	
2	[]		[]		_____	_____			[]	
3	[]		[]		_____	_____			[]	
4	[]		[]		_____	_____			[]	
5	[]		[]		_____	_____			[]	
6	[]		[]		_____	_____			[]	
7	[]		[]		_____	_____			[]	
8	[]		[]		_____	_____			[]	
9	[]		[]		_____	_____			[]	
10	[]		[]		_____	_____			[]	

Code personne	30. Avez vous reçu d'autres indemnités en espèces (p.ex. surplus de salaires) ou en nature (en plus du montant de q.23) 1. Oui 2. non>>34	31. De qui ? 1. Etat (autre que commune/SSD) 2.SSD 3.Commune 4.Autre	32. Combien avez- vous reçu en autres indemnités en espèces (p.ex. surplus de salaires) pas mentionné en q.23 En Ariary par période	33. Qu'avez-vous reçu en nature ? 1. Rien 2. Nourriture (à spécifier) 3. Fourniture 4. Bicyclette 5. Autres (à spécifier)	34. Outre le travail dans le centre, avez- vous d'autres activités? 1. Aucune 2. Travail autre centre 3.Consultations privées 4.Entrepreneur/Gérant 5.Agriculteur/élevage/pêche 6.Commerçant/collecteur 7. Artisanat 8.Autre type de revenu, à spécifier	35. Etes-vous membre d'une association des médecins/paramédicaux ? 1.Oui, au niveau national 2.Oui, au niveau de fivondronona/district-région 3.Oui, au niveau local 4.Non 5.Ne sait pas
1 chef centre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> par <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>